



Classici della psichiatria | 2

Traduzione integrale

Eugen Bleuler

Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie



SECONDA EDIZIONE
RIVEDUTA

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

Traduzione integrale e note di ANTONELLO SCIACCHITANO

Polimnia Digital Editions

Seconda edizione digitale riveduta e corretta gennaio 2024

© 2017 Polimnia Digital Editions via Campo Marzio 34, 33077 Sacile (PN)

Tel. 0434 73.44.72.

e-mail: info@polimniadigitaleditions.com

Sito web: <https://polimniadigitaleditions.com>

Catalogo:

https://polimniadigitaleditions.com/download_me/catalogo_polimnia.pdf

ISBN: 979-12-81081-10-9

Copertina:

Hasdrubal, Plastico di Gunther Stilling, Bronzo, 1987.

(https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gunther_Stilling,_013.jpg)

(Gunther Stilling, modified image, CC BY-SA 3.0 DE <<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/de/deed.en>>, via Wikimedia Commons)

Progetto grafico: Marcello Manghi

Eugen Bleuler

DEMENTIA PRAECOX
O
IL GRUPPO DELLE SCHIZOFRENIE
(1911)

Traduzione integrale e note di Antonello Sciacchitano



Indice

Presentazione	15
Una malattia “essenziale”, essenzialmente non malattia - di Antonello Sciacchitano	17
<i>Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie</i>	29
Prefazione	31
INTRODUZIONE	33
Riferimenti storici	35
<i>Il nome della malattia</i>	40
<i>La definizione</i>	43
PARTE PRIMA – LA SINTOMATOLOGIA	49
Introduzione	51
Capitolo 1 – I sintomi fondamentali	53
<i>A. Le funzioni semplici</i>	53
a) Le funzioni semplici alterate	53
α) Le associazioni	53
β) L'affettività	85
γ) L'ambivalenza	99
b) Le funzioni intatte	101
α) La sensazione e la percezione	103

β) L'orientamento	105
γ) La memoria	106
δ) La coscienza	109
ε) La motilità	111
<i>B. Le funzioni composte</i>	111
α) Il rapporto con la realtà. Autismo	112
β) L'attenzione	118
γ) La volontà	120
δ) La persona	121
ε) La demenza schizofrenica	121
ζ) L'agire e il comportamento	143
Capitolo 2 – I sintomi accessori	149
α) <i>Le dispercezioni</i>	149
β) <i>Le idee deliranti</i>	174
Carattere delle idee deliranti	184
Personalità e idee deliranti	186
Genesi e destino delle idee deliranti	189
La durata delle idee deliranti	198
γ) <i>Disturbi accessori della memoria</i>	199
δ) <i>La persona</i>	204
ε) <i>Linguaggio e scrittura</i>	210
ζ) <i>I sintomi corporei</i>	224
η) <i>I sintomi catatonici</i>	248
1. La catalessia	248
2. Lo stupore	252
3. L'ipercinesia	254
4. Le stereotipie	254
5. I manierismi	259

6. Il negativismo	260
7. L'automatismo di comando e l'ecoprassia	268
8. Gli automatismi	270
9. L'impulsività	276
θ) <i>Le sindromi acute</i>	277
1. Stati melanconici	279
2. Stati maniacali	281
3. Stati catatonici	283
4. Il delirio	287
5. Gli stati crepuscolari	288
6. Intontimento (o ottundimento)	292
7. Confusione, incoerenza	296
8. Accessi d'ira	297
9. Eccitazioni delle ricorrenze	297
10. Lo stupore	298
11. Deliri	298
12. Stati di automatismo ambulatorio	298
13. Dipsomania	299
PARTE SECONDA – I SOTTOGRUPPI	301
Introduzione	303
A. La forma paranoide	305
B. La catatonia	310
C. L'ebefrenia	311
D. <i>Schizofrenia simplex</i>	313
E. Gruppi speciali	317
a) <i>Periodici</i>	317
b) <i>Gruppi di età</i>	319

<i>c) Gruppi eziologici</i>	320
<i>d) Gruppi di gravità</i>	322
PARTE TERZA – IL DECORSO	325
A. Il decorso temporale	327
B. L'inizio	333
C. L'esito	337
<i>a) La morte</i>	337
<i>b) Grado di deterioramento. Possibilità di guarigione</i>	338
D. Gli stati finali	347
<i>La trasmissione ereditaria</i>	349
PARTE QUARTA – ASSOCIAZIONI TRA SCHIZOFRENIA E ALTRE PSICOSI	351
a) [Idiozia]	353
b) [Psicosi organiche]	353
c) [Alcolismo]	356
d) [Follia maniaco depressiva]	356
e) [Epilessia]	357
f) [Isteria, nevrastenia, paranoia]	357
g) [Delirio febbrile]	358
PARTE QUINTA – IL CONCETTO DELLA MALATTIA	359
Estensione del concetto	379
PARTE SESTA – LA DIAGNOSI	387
A. Generalità	389
B. Significato diagnostico differenziale dei singoli sintomi	393

C. La diagnosi differenziale	400
a) [<i>La follia maniaco-depressiva</i>]	400
b) [<i>Le psicosi organiche</i>]	407
c) [<i>L'idiozia</i>]	410
d) [<i>La paranoia</i>]	412
e) [<i>L'epilessia</i>]	413
f) [<i>L'alcolismo cronico</i>]	415
g) [<i>Le confusioni acute – amentia</i>]	417
h) [<i>L'isteria e la nevralgia</i>]	418
i) [<i>Le follie degenerative</i>]	423
k) [<i>Il morbo di Basedow</i>]	424
l) [<i>La simulazione</i>]	425
 PARTE SETTIMA – LA PROGNOSE	 427
 PARTE OTTAVA – FREQUENZA ED ESTENSIONE	 437
 PARTE NONA – LE CAUSE	 441
A. [Ereditarietà]	443
B. [L'età]	447
C. [Predisposizioni individuali]	449
 PARTE DECIMA – LA TEORIA	 455
Capitolo 1 – La teoria dei sintomi	457
<i>Sintomi primari e secondari</i>	457
A. <i>I sintomi primari</i>	459
B. <i>I sintomi secondari</i>	462
a) <i>I singoli sintomi</i>	462
b) <i>L'origine dei sintomi secondari</i>	465

α) Corso dei pensieri. Scissione	466
β) L'affettività	476
γ) L'autismo	486
δ) L'ambivalenza	488
ε) La memoria e l'orientamento	490
ζ) La demenza schizofrenica	492
η) La falsificazione della realtà	496
1. Le idee deliranti	497
2. Le dispercezioni	503
3. Gli inganni della memoria	505
4. Genesi delle illusioni di realtà	506
θ) I sintomi catatonici	562
1. Generalità	562
2. Stupore	563
3. Negativismo	564
4. I sintomi motori	567
5. I complessi sintomatologici catatonici. Automatismi.	571
6. I manierismi	575
ι) Punti di vista generali	582
Capitolo 2 – La teoria della malattia	585
<i>A. La concezione della malattia</i>	585
<i>B. Il processo morboso</i>	590
PARTE UNDICESIMA – LA TERAPIA	595
Bibliografia	619
<i>Abbreviazioni</i>	619
Indice analitico e dei nomi	657

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.

Per oltre trent'anni ha circolato in Italia una traduzione parziale, aggravata dalla pretesa di modernizzare un classico, una traduzione per sunto, che abbassava il classico a livello di manuale scolastico. La presente 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. 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.

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 conìò 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 traduzione 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,¹ 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 dis-

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

sociazione 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.²

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 al dialogo. Insomma, anche l'autismo è una forma di dissociazione: è la dissociazione degli affetti, il cui paradigma è l'ambivalenza (o ambiten-denza), 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

² “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.

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 obbiettivi 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 sconnessione 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.³

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 "sconnessione" 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 di Bleuler, la "peculiarità psicosessuale della dementia praecox".⁴ Sul punto Bleu-

³ 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.

⁴ "Sarebbe, quindi, il regresso dell'individuo malato all'autoerotismo. I sintomi della malattia sarebbero una forma di attività sessuale autoerotica". K.

ler 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 ar-

Abraham, “Le differenze psicosessuali tra isteria e dementia praecox (1908), in *Karl Abraham Opere*, vol. 1, trad. T. Cancrini, Boringhieri, Torino 1975, p. 234.

restiamo 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 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 equivalgano. 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"⁵ né la lezione epistemica di James: "Quanto all'anima sostanziale la mia conclusione finale è che non spiega nulla né garantisce nulla".⁶ 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*.⁷ Più precisamente, Bleuler afferma che esistono infiniti gradi di transizione tra corpo e anima. Lo dimostra la patologia.

⁵ *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.

⁶ W. James, *The Principles of Psychology* (1890), vol. i, Dover, New York 1959, p. 350.

⁷ Segnalo l'hapax bleuleriano *psychisches Organ* ("organo psichico") nella sezione "Teoria della malattia".

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.

Sull'impostazione essenzialistica di Bleuler faccio notare che essa costituisce il tratto caratteristico del suo modo di teorizzare in psicotologia. 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.⁸ 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 dottrinarina, 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

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

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 sommaria 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 dottrina, 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

affettiva⁹ (con la relativa coartazione nell'autismo);¹⁰ 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'intellettiva (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 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

⁹ 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").

¹⁰ 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).

Dementia praecox
o
il gruppo delle schizofrenie

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 psiche¹ che esporta gli stessi processi nei più diversi contesti.

¹ [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]

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 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 deterioramento¹ mentre le malattie acute prive di tali sintomi e la maggior parte delle malattie rientranti nella categoria delle follie maniaco-depressive² non evolvevano mai in demenza³ secondaria.* In questo modo si guadagnava molto dal punto

¹ [*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]

² [Oggi si chiamano disturbi bipolari. Ndt]

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

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 positivo 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 batte-

riologia ha suddiviso le polmoniti in infezioni distinte), riteniamo che il progresso così realizzato superi la scoperta della paralisi,⁴ 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.

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 Kraepelin 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 sta-

⁴ [Con “paralisi” Bleuler intende “paralisi progressiva” o “demenza paralitica”, su base luetica, all'epoca non ancora definitivamente stabilita. Ndt]

to. 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 catatonìa, 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 catatonìa 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 catatonìa è caratterizzata da un certo numero di sintomi, considerati somatici dall'autore, oggi annoverati tra le manifestazioni catatoniche.

Da allora la nozione di catatonìa 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'eboide, 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 conformazione 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*⁵ descrisse le rare forme a rapida evoluzione con allucinazioni, delirio 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.

⁵ [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, studiate da J.-C. Maleval in Id., *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Payot, Paris 1981. Ndt]

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.⁶ 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 follia 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 coniato 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 ca-

⁶ Da quando ho scritto questo, Kraepelin ha di nuovo ristretto il concetto a favore della follia maniaco-depressiva.

tegoria 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*,⁷ perché, come spero di dimostrare,

⁷ [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

una delle sue principali caratteristiche è la scissione [*Spaltung*] delle diverse funzioni psichiche. *Uso la parola al singolare 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.⁸ 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 “paratonica 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.

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]

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

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 influenzamento dei diversi complessi⁹ 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 ininfluenti. 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 (arresto¹⁰); allora, invece di continuare,

⁹ [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]

¹⁰ [*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]

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 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 forti, 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 *idiozia* 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.

PARTE PRIMA – LA SINTOMATOLOGIA

Introduzione

Singoli sintomi schizofrenici sono presenti in ogni tempo e in ogni caso, anche se, come ogni altro sintomo morboso, devono raggiungere un certo livello di intensità per essere riconosciuti con sicurezza. Naturalmente, qui ci riferiamo solo ai grandi complessi sintomatologici. Per esempio, il caratteristico disturbo associativo è sempre presente, ma non ogni sua manifestazione parziale. L'anomalia associativa si manifesta ora con blocchi, ora con dissociazione delle idee, ora con qualsiasi altra fenomenologia schizofrenica.

Accanto a questi specifici sintomi durevoli o fondamentali troviamo una schiera di altre manifestazioni accessorie – idee deliranti, allucinazioni, sintomi catatonici – che possono mancare o temporaneamente o in tutto il decorso, mentre altre volte possono determinare il quadro fenomenologico continuativamente e da sole.

Per quanto ne sappiamo finora, i sintomi fondamentali sono caratteristici della schizofrenia, mentre gli accessori possono presentarsi anche in altre malattie. A ben vedere, spesso nella genesi o nel modo di manifestarsi di un sintomo si trovano particolarità uniche della schizofrenia; c'è da aspettarsi che diventi man mano sempre più riconoscibile la proprietà caratteristica della schizofrenia in un gran numero di questi sintomi accessori.

Naturalmente, la descrizione dei sintomi può basarsi solo su casi conclamati. *È però molto importante sapere che si danno tutte le transizioni verso la normalità e che casi lievi di schizofrenia latente, con sintomi meno pronunciati, sono molto più numerosi dei casi manifesti. Inoltre, per le forti oscillazioni del quadro morboso schizofrenico, è indispensabile di riscontrare sempre ogni sintomo.*

Capitolo 1 – I sintomi fondamentali

I sintomi fondamentali sono formati dal disturbo delle associazioni e dell'affettività, dalla tendenza a sovrapporre la propria fantasia alla realtà, isolandosi da essa (autismo). Si può inoltre tener conto dell'assenza di sintomi che hanno un grande ruolo in certe altre malattie, per esempio: i disturbi primari della percezione, dell'orientamento, della memoria, ecc.

A. Le funzioni semplici

a) Le funzioni semplici alterate

α) Le associazioni

Prospetto generale

Le associazioni perdono connessione. Dei mille fili che reggono il nostro pensiero, la malattia ne interrompe irregolarmente qua e là ora alcuni ora gran parte. Perciò il pensiero risultante diventa strano e spesso logicamente falso. Inoltre le associazioni battono nuove vie, di cui finora conosciamo solo le seguenti: due idee, che si incontrano per caso, si legano reciprocamente in un unico pensiero, concatenandosi nella forma logica determinata dalle circostanze. Le associazioni sonore assumono un significato insolito e così pure le associazioni indirette. Due o più idee si condensano in una. La tendenza alla stereotipia fa sì che il corso dei pensieri o si fissi a un'idea o torni sempre sulle stesse idee. Di frequente la povertà di idee si spinge fino

al monoideismo; spesso un'idea, in qualunque modo concepita, si impone al corso dei pensieri nelle forme di scongiuro, nominazione, ecoprassia. La distraibilità non è affetta in modo univoco nei diversi stati schizofrenici. I disturbi associativi forti portano alla confusione.

Per quanto riguarda l'andamento temporale delle associazioni conosciamo solo due disturbi speciali schizofrenici: la *coazione a pensare*, cioè un flusso patologicamente accresciuto di pensieri, e il caratteristico *blocco*.

Un giovane schizofrenico, che prima sembrava paranoide o ebefrenico e alcuni anni dopo divenne gravemente catatonico, scrisse spontaneamente quanto segue.

La fioritura dell'orticoltura. Al tempo della luna nuova venere sta nel cielo d'agosto d'Egitto e illumina con i suoi raggi di luce i porti mercantili, Suez, Il Cairo e Alessandria. In questa storica città di califfi si trova il museo dei monumenti assiri della macedonia. Vi prosperano accanto al pisang granoturco, avena, trifoglio e orzo, poi banane, fichi, limoni, arance e olive. L'olio di oliva è una salsa di liquore araba con cui gli afgani, i mori e i musulmani allevano gli struzzi. Il pisang dell'India è il whisky del parso e dell'arabo. Il parso o caucasico ha tanto potere sul suo elefante quanto il mauro sul suo dromedario. Il cammello è lo sport degli ebrei e degli indiani. In India allignano molto bene l'orzo, il riso e la canna da zucchero, cioè il carciofo.¹ I bramini vivono in caste nel Belucistan. I circassi abitano la Manciuria della Cina. La Cina è l'Eldorado del Pawnees.

Un ebefrenico, malato da 15 anni, ma ancora in grado di lavorare e pieno di desideri, alla domanda su chi fosse Epaminonda risponde verbalmente così:²

Epaminonda fu un potente, in particolare per mare e per terra.

¹ [*Zuckerstock*, canna da zucchero, fa rima con *Artischocke*, carciofo. Ndt]

² La peculiarità della dissociazione del processo ideativo si vede bene in egual misura nell'espressione verbale e scritta. Il fatto ha un'importanza non ancora riconosciuta nelle teorie del pensiero associativo.

Conducesse grandi manovre navali e battaglie navali contro Pelopida, ma durante la seconda guerra punica fu colpito alla testa dal naufragio di una fregata corazzata. Viaggiò per mare da Atene al boschetto di Mamre, vi portò viti e melograni della Caledonia e vinse i Beduini. Assediò l'Acropoli con delle cannoniere e fece bruciare i soldati della guarnigione persiana come torce viventi. Il Papa successivo Gregorio VII – beh – Nerone seguì il suo esempio e bruciò tramite i druidi tutti gli ateniesi, tutte le generazioni romano-germanico-celtiche, che non erano viste favorevolmente dai preti e questo accadde il giorno del Corpus Domini in onore del Dio del sole Baal. È questo il periodo dell'età della pietra. Punte di lancia di bronzo.

Le due performance mostrano il grado medio di intensità dei disturbi associativi schizofrenici; sono sorprendentemente simili, pur provenendo da pazienti con comportamenti diametralmente opposti. Dei fattori determinanti la direzione delle associazioni manca il più importante: la *rappresentazione finalizzata allo scopo*. Uno sembra voler scrivere sui giardini orientali – strana idea per il commesso che non ha mai superato i confini della sua piccola patria e da anni se ne sta seduto in ospedale con le mani in mano; l'altro, pur attenendosi formalmente alla domanda posta, in pratica non parla di Epaminonda, ma di un ambito concettuale molto più ampio.

Qui i pensieri sono tenuti insieme da una sorta di *sovra-concetto*, ma senza *direzionalità* o *finalismo*. Così sembra che i concetti di una determinata categoria – nel primo caso riferiti all'Oriente, nel secondo ai fatti della storia antica – siano buttati in una pentola e rimescolati, per poi estrarne alcuni ad arbitrio e casualmente, unendoli grazie a forme grammaticali e qualche rappresentazione ausiliaria. Comunque, alcuni concetti, infilati uno dopo l'altro, acquisiscono *ex novo* un certo legame comune, un po' più stretto, che tuttavia è troppo labile per rappresentare un nesso logicamente utilizzabile: manovre navali – battaglie navali – fregata corazzata – acropoli – guarnigione persiana – bruciare – torce viventi – Nerone – preti – druidi – giorno del Corpus Domini – Dio del sole Baal ecc.

Analizzando i disturbi associativi, è necessario avere ben chiari gli influssi che dirigono propriamente i nostri pensieri. Naturalmente, da associazioni dovute puramente ad abitudine, somiglianza, subor-

dinazione, rapporto di causa ed effetto non può emergere un processo ideativo fecondo; solo la rappresentazione finalizzata trasforma catene di concetti in pensieri. Anche questa non è qualcosa di unitario; è una gerarchia infinitamente complessa di rappresentazioni [finalizzate]. Elaborando un tema, il fine prossimo è formulare il pensiero parziale che vogliamo fissare e simbolizzeremo in generale nella frase che stiamo scrivendo. Un fine più avanzato e più generale sta nel paragrafo, questo a sua volta subordinato al capitolo e alla sezione, ecc.

Nel pensiero del contadino che lavora la terra non può mancare il fine principale: la fertilizzazione massima della terra; per quanto a un certo momento possa passare in secondo piano nella sua coscienza, questa rappresentazione determina tutte le sue associazioni. Infatti, potendo dimostrare che quel che sta facendo non serve allo scopo principale, lascerebbe immediatamente il lavoro. Lo scopo principale coordina sotto di sé una quantità di scopi collaterali: prepararsi a tempo debito per la semina; venire a compromessi con altre faccende che possono interferire: mangiare, dormire in certi momenti della giornata. Anche ogni singola azione che compone l'atto del seminare: preparare i semi, andare nel campo, gettare i semi, ha di nuovo propri fini specifici. La loro rappresentazione e la loro connessione devono continuamente incidere sulla sua azione e quindi, ancora prima, sulle sue associazioni.

Non solo le rappresentazioni finalizzate ma anche i concetti considerati semplici, con cui di solito operiamo, sono composti da diverse componenti, variabili da contesto a contesto. Il concetto di acqua è affatto diverso a seconda che lo si utilizzi in chimica, in fisiologia, in navigazione, a proposito di paesaggio, di un'inondazione o di fonti energetiche. Ognuno di questi concetti speciali è collegato alle restanti idee da fili del tutto differenti. Nessun individuo sano pensa all'acqua in forma cristallina, quando gli sta portando via la casa; nessuno pensa alla dislocazione delle navi, quando vuole dissetarsi.

Naturalmente anche il concetto più ristretto di "acqua" è di nuovo composto da rappresentazioni come liquida, vaporizzabile, umida, fredda, incolore. Di tutte queste rappresentazioni parziali nell'individuo normale vengono in primo piano sempre solo quelle appartenenti al contesto; le altre rimangono potenziali o almeno recedono fino

a non esercitare più alcun influsso. Così, non solo forze singole, ma una quantità quasi infinita di influssi determinano la direzione delle nostre associazioni.

Tutti i fili associativi qui accennati possono rimanere senza effetto sul corso dei pensieri schizofrenici sia singoli sia associati. Alcuni esempi per dimostrarlo.

“Cara mamma, oggi mi sento meglio di ieri. Veramente non mi va per niente di scrivere; ma in fondo mi piace lo stesso parecchio scriverti. Posso ben fare due cose alla volta. Avrei gradito molto se ieri, domenica, tu, Luise e io avessimo avuto il permesso di andare nel parco. Da Stefansburg c’è una bella vista. In fondo, è molto bello al Burghölzli. Luise ha scritto Burghölzli sulle ultime due lettere, che ho ricevuto, voglio dire sulle copertine, no, sulle buste. Io, invece, ho scritto Burghölzli dove si mette la data. Al Burghölzli ci sono anche pazienti che dicono Hölzliburg. Altri parlano di fabbrica, che si può anche prendere per una casa di cura.

Scrivo su carta. La penna che sto usando viene da una fabbrica che si chiama Perry e Co. La fabbrica è in Inghilterra. Lo suppongo. Dietro il nome Perry e Co è incisa con uno scarabocchio la città di Londra, ma non la città. La città di Londra è in Inghilterra. Lo so dalla scuola. Mi è sempre piaciuta la geografia. Il mio ultimo insegnante di geografia fu il professor August A. Aveva gli occhi neri. Mi piacciono gli occhi neri. Ci sono anche occhi blu e occhi grigi e altri ancora. Ho sentito dire che il serpente ha gli occhi verdi. Tutti gli uomini hanno gli occhi. Alcuni sono ciechi. I ciechi sono guidati per il braccio da un ragazzino. Deve essere terribile non veder niente. Ci sono persone che non vedono e per di più non sentono. Ne conosco anche certe che sentono troppo. Uno può sentire troppo. Uno può anche vedere troppo. Al Burghölzli molti sono malati. Li chiamano pazienti. Uno mi è piaciuto molto. Si chiama E. Sch. Mi ha insegnato che al Burghölzli ci sono quattro specie di persone: pazienti, residenti e guardiani. Poi ce ne sono altri che non sono qui. È tutta gente strana...”

Uno scrivente non schizofrenico riferirebbe quel che intorno a lui influenza il proprio stato e in qualche modo lo tocca favorevolmente o sfavorevolmente o potrebbe interessare il destinatario. Qui simile

finalità manca del tutto. Tutte le idee hanno in comune solo il collegamento all'ambiente del paziente, ma senza riferirsi a lui. In questo senso, il corso dei pensieri è ancora più sconnesso³ dei precedenti sull'orticoltura e su Epaminonda. In compenso è più ordinato nei dettagli. Mentre nei casi precedenti le idee sono collegate solo eccezionalmente e in piccoli gruppi, qui non ci sono salti. Da un certo punto di vista le "leggi associative" sono ancora in vigore. Nell'esperimento associativo,⁴ dove è esclusa la rappresentazione finalizzata, la maggior parte di queste associazioni conserverebbero tutto il loro valore: Londra – lezioni di geografia – insegnante di geografia – i suoi occhi neri – occhi grigi – occhi verdi dei serpenti – occhi d'uomo – ciechi – essere accompagnati per il braccio – sorte terribile ecc. Anche se tutte le idee espresse sono esatte, lo scritto complessivo risulta ugualmente senza significato. Scopo del paziente era scrivere, non scrivere *qualcosa*.

Un'ebefrenica vuole come al solito mettere il nome in fondo a una lettera: "B. Graf". Scrive "Gra". Poi le viene in mente un'altra parola che comincia con Gr. Corregge la *a* in *o*. Aggiunge *ss* e ripete due volte la parola *Gross*. Improvvisamente nella malata l'insieme di tutte le rappresentazioni che stanno alla base della firma perde efficacia, ad eccezione delle lettere *Gr*. In questo modo i pazienti possono perdersi in associazioni collaterali e non riescono a sviluppare un corso di

³ [*Zerfabren*, letteralmente "rovinato", nel senso di strada dissestata dal passaggio di veicoli. Freud usa lo stesso aggettivo per descrivere i pensieri dell'Es. (Cfr. S. Freud, *La questione dell'analisi laica* (1926-27), trad. A. Sciacchitano e D. Radice, Mimesis 2013, p. 39). In questo testo Bleuler usa l'etimo *zerfabren* ben 16 volte contro le 59 del termine più tecnico *Spaltung*, "scissione". Si potrebbe tradurre *zerfabren* con "incoerente", ma si perderebbe la concretezza topologica. Bleuler stesso usa a volte il termine meno metaforico *unzusammenhängend* per dire "sconnesso". Una metafora più pertinente di *Zerfabrenheit*, che adotta una dimensione in più, potrebbe essere "esfoliazione". La psiche sarebbe una sovrapposizione di fogli, dal più realistico al più immaginario. Ogni complesso sarebbe scritto su un foglio. La scissione sarebbe la trascrizione di un complesso su un foglio più immaginario. Ndt]

⁴ [Bleuler si riferisce agli esperimenti associativi di Jung e Riklin. Cfr. C. G. Jung, "Ricerche sperimentali sulle associazioni di individui normali" (1904), in C. G. Jung *Opere*, vol. ii, tomo i, Boringhieri, Torino 1984. Ndt]

pensieri unitario. Il sintomo è stato anche chiamato *pensiero laterale*.⁵

Alla domanda “Cos’era suo padre?” il paziente risponde “Johann Friedrich”. Comprende che si tratta di suo padre, ma la domanda sulla professione non influenza la risposta; così il paziente risponde alla domanda non formulata sul nome. Esaminando più da vicino questi casi, risulta che la maggior parte dei malati coglie la domanda in quanto tale, ma non porta a termine la rappresentazione di cui fa parte.

Un ebefrenico chiede al governo di essere dimesso dall’istituzione nella seguente forma: “Lei è invitata a effettuare il mio rilascio e a pubblicarlo sui giornali del maggio 1905, altrimenti è licenziata dal suo ufficio in base ai miei diritti tradizionali. Voglia continuare a gestire l’ordinaria amministrazione fino a nuove elezioni. Con osservanza ...”

L’uomo che prima sedeva in Consiglio comunale ha tra l’altro l’idea delirante di poter comandare al governo, che altrimenti si poteva dimettere. Al momento di scrivere gli viene meno tutto quello che momentaneamente non si riferiva a tale rappresentazione.

Un ebefrenico scrive: “Meravigliosa è la montagna che si disegna nei rigonfiamenti dell’ossigeno”. Si tratta della descrizione di una passeggiata, cui si accorda male il termine chimico. Evidentemente gli è balenato in mente qualcosa dell’“aria salubre”, dato che nella frase seguente parla della sua salute in modo apparentemente del tutto inatteso.

Esempio analogo:

– Ha preoccupazioni?”

– No.

– Si sente un peso addosso?”

– Sì, il ferro è pesante.” D’un tratto, *pesante* è inteso in senso fisico.

Si sparcchia la tavola vicino a un paziente. Dice. “Addio, sono Cristo”, si appoggia indietro e reclina la testa come moribondo. Prima il paziente non credeva di essere Gesù. La rappresentazione parziale del distacco da noi si verifica sia nell’addio di un uomo sia nello

⁵ [*Vorbeidenken*. Il *lateral thinking* ha per gli inglesi anche il significato positivo dell’intuizione imprevista ma innovativa, magari con tocco umoristico. La corda dell’umorismo manca a Bleuler. Ndt]

sparecchiare la tavola. Per il normale le differenze tra i due processi sono enormi, ma sulle associazioni del paziente incide il *tertium comparationis* dello sparire, una rappresentazione che non si addice affatto al caso attuale. L'addio, verosimilmente collegato all'immagine della tavola sparecchiata, suscita in lui l'idea di Gesù. Dall'associazione non risulta valorizzata l'enorme differenza tra l'addio di Gesù e l'addio del paziente. Non si presenta solo l'associazione di Gesù, ma basta la minima somiglianza tra la situazione del paziente e quella di Cristo per identificare temporaneamente il paziente a Cristo. Anche in questo caso è venuta meno la serie di rappresentazioni che distinguono l'addio di Gesù dai suoi discepoli e il congedo alla croce. Gli ulteriori fattori della costellazione, soprattutto quelli che hanno fatto affiorare l'idea di Gesù, non sono in questo caso mostrati.

Per l'interruzione dei fili associativi di natura più secondaria, le associazioni, se non diventano proprio insensate, appaiono strane, bizzarre, spostate, anche se sostanzialmente esatte. Dire, per esempio, che Bruto è "un italiano" è del tutto esatto, limitatamente al rapporto temporale cui il nome del popolo allude, ma è strano che il termine più preciso di "romano" sia stato sostituito da quello generale di "italiano". L'autore della "Fioritura dell'orticoltura" alla domanda "Dove si trova l'Egitto?" risponde "Tra l'Assiria e il Congo". La stranezza della risposta, pur esatta nel contenuto, sta nel definire la posizione tramite un paese africano e uno asiatico e soprattutto nel collegare uno stato della più remota antichità a uno dei più recenti. Le componenti elementari del concetto, che di solito non mancano mai, sono qui senza effetto. Nell'esperimento associativo una paziente associa *filo a cuore*, perché due cuori sono come collegati da un filo; un'altra, di Zurigo, associa ad *ago*.

Un ebefrenico definisce il fieno *mezzo di intrattenimento delle vacche*.

Una lettera termina così: "Per favore, salutami anche gli altri miei fratelli e sorelle, le altre cognate e i vostri figli. Non soltanto l'ira e il castigo di Dio, ma anche l'amore di Dio e la grazia di nostro Signore Gesù Cristo sia con tutti noi, anche con te e tu vieni da me"; improvvisamente "tu vieni da me" è in dialetto. In questo caso tutti i passaggi da un'idea all'altra si spiegan molto facilmente con le circostanze

e i sentimenti dominanti nel paziente; ogni frase esprime un pensiero, che può benissimo esser detto alla fine di una lettera e che si collega al precedente in modo comprensibile; ciononostante, il tutto risulta così bizzarro che non si può attribuirlo a fuga maniacale delle idee, per non dire al pensiero sano.

In molti casi tutti i fili del processo ideativo si spezzano. Se non si prendono nuove vie, c'è *stupore* o *blocco*. Spesso però il paziente abbandona con la massima naturalezza un pensiero e passa ad altro affatto diverso, senza che si possa riconoscere alcun legame associativo con il precedente.

Nel seguente frammento “autobiografico” i salti sono segnalati da //. In parte, ma non tutti, si spiegano in rapporto all'ambiente (distrazione).

“Bisogna appunto alzarsi all'ora giusta; allora c'è anche l'appetito necessario. *L'appétit vient en mangeant*, dicono i francesi. // Con il tempo e con gli anni l'uomo diventa così pigro nella vita pubblica che non è più nemmeno capace di scrivere. Su un foglio di carta ci stanno moltissime lettere, se si sta ben attenti a non superarlo di una “scarpa quadrata”. // Con un tempo così splendido si dovrebbe passeggiare nel bosco; naturalmente non da soli ma con *Avec*.⁶ // Alla fine dell'anno si fa sempre la chiusura dell'anno. // Il sole sta solo adesso in cielo e sono appena le dieci. Anche al Burghölzli? Questo non lo so perché da tempo non ho orologio. *Après le manger on va p...* Ci sono abbastanza divertimenti per chi non è e non è mai stato in questo manicomio. Perché fare “scemenze” con la “carne umana” in “Svizzera” è vietato. // *La foi*,⁷ il fieno, l'*herbe*, l'erba, *das Gras*, *mörder* = *mordere* ecc. ecc. R...K... In ogni caso da Zurigo viene moltissima “merce” al Burghölzli, altrimenti non dovremmo rimanere a letto finché piace a *questo* e a *quello* per dire di chi è la colpa per cui uno non può più uscire all'aperto // *disegnini* // 1000 quintali // *in aggiunta alle ghiande*!⁸

A. les Eschèlles. d'un homme qui ne peut plus aller au pièg. XII

⁶ Cioè con una ragazza, come si dice.

⁷ [In francese *foi* è fieno; in tedesco *Mörder* è assassino. Ndt]

⁸ [*Eichel* in tedesco significa “ghianda” o “glande”. Ndt]

Vous connaissez ça. En Allemagne: le ghiande e cioè in francese: Au Maltraïtage // tabacco (Ti ho visto così bella). // Se su ogni riga c'è scritto qualcosa, allora è giusto. "Jetzt ischt albi elfi"⁹ appena. L'Altro. // Hü, hü, hüst umne nö nä?¹⁰ // *Comunità di ergastolani: Burghölzli*. // Ischt nanig après le manger!? – ?!? – Mia moglie fu stata benestante."

Solitamente, parlando e scrivendo, questo modo peculiare di interrompere i fili associativi si mescola ad altri disturbi così che è difficile trovare esempi puri. Negli stati acuti l'anomalia può arrivare al punto che solo eccezionalmente è possibile seguire un pensiero attraverso la concatenazione logica di più elementi. In questi casi si parla di *pensiero dissociato* (Ziehen 842) e *incoerenza*; il quadro morboso esterno va descritto come *confusione*. A volte, però, è poco chiaro solo il modo di esprimersi e i passaggi logici si possono sempre almeno presupporre; non si può mai dire con certezza se nel collegamento abnorme si sia verificata un'interruzione completa del processo ideativo, come in questo caso stenografato:

"L'orgoglio svizzero va meritato. Salü K, io sono la suora, se basta, tu sei ancora suo. Sei un bravo cavaliere, ora prendetelo come marito. Karolina, lo sai, se sei il mio Signore Iddio, allora sei stata solo un sogno. Sei tu, la casa dei piccioni, la signora K ha sempre paura. // Normalmente non sono così esatta nel mangiare. Badi al brodo. // Dove hai il pennello. Hermann, dove sei? Hermann, Altdorf, Anna, Walder o dare al fuochista S.G.M., nelle tue braccia dormo dolcemente. // Questo è il Burghölzli. // Ida sei diventata messicana, mi sembra che abbia letto molto. Adesso è una pagina, un cavaliere del Burghölzli, poi fanno una festa sul mare o un'altra fiaccolata. Il bambino perduto ha una testa di mattoni. Dove restano i signori della festa sacra? Questa è la fonte della vita."

Tutti i disturbi menzionati possono oscillare da quasi zero al massimo della più completa confusione. Nello schizofrenico non tutti i collegamenti di pensiero hanno questa caratteristica. Mentre in pratica

⁹ Mezz'ora alle undici, pronunciato all'italiana.

¹⁰ [In dialetto potrebbe voler dire: "Non mi senti, eh?" Ndt]

nei casi gravi predominano le associazioni sbagliate, nella *dementia praecox* “guarita” o latente solo l’osservazione paziente e continua può scoprire i singoli difetti ideativi.

L’affiorare di nuove idee è più evidente nelle domande e risposte o nell’esperimento associativo, dove, detta una parola, il paziente deve subito dire quel che gli viene in mente. Un paziente fissa una candela. Alla domanda cosa vede risponde: “Là c’è una candela, luce eterna: // Barbara v.R. in S. // Un po’ dietro a destra. Barben appunto sì, esistono sul Reno.” All’invito ad andare a lavorare, ci si può sentir rispondere: “Come, lo fa cadere? // Il sole è alto nel cielo. // Come, lo fa cadere?”. Nessuno ha fatto cadere alcunché. Oltre ai salti ideativi, indicati con //, già la prima frase non si collega all’invito. È abbastanza comune che la risposta alla domanda sia solo formalmente pertinente mentre il contenuto non lo è.

Una paziente, che doveva aiutare nei lavori domestici, alla richiesta del motivo per cui lavora risponde: “Non so proprio il francese”, che non ha alcun nesso logico né con la domanda né con la situazione.¹¹

A una paziente in grado di lavorare, che si comporta abbastanza bene e si presta all’esperimento, si mette in mano una chiave per provare il suo senso stereognosico. Richiesta di cosa sia, risponde: “Un consiglio comunale”.

Nell’esperimento associativo a “inchiostro” associa “Macchia d’inchiostro // è quello che volevamo ereditare”.

A volte la lacuna è superata da forme grammaticali, creando l’illusione della connessione. Idee diverse, senza nulla in comune, sono unite in una frase, come nell’esempio precedente “Non so proprio il francese”; la forma soltanto, non il contenuto, costituisce la risposta.

“Questo è l’orologio del piccolo ebreo di cui si parla in Daniele”, è la risposta data invece del saluto. Nella biografia sopra riportata si trova: “Da Zurigo viene moltissima “merce” al Burghölzli, altrimenti non dovremmo rimanere a letto”; l’idea nuova del rimanere

¹¹ [È facile obiettare a Bleuler che un nesso logico si trova sempre. “Non so proprio il francese, altrimenti non sarei qui ad aiutare nei lavori domestici”. Ndt]

a letto è messa sotto forma di giustificazione di quanto detto prima.

Tra le innumerevoli rappresentazioni, attuali o latenti, i cui effetti nel normale processo ideativo portano a determinare ogni singola associazione, nella schizofrenia, in modo apparentemente irregolare, singole rappresentazioni o loro associazioni possono essere senza effetto. Possono, invece, arrivare ad avere un certo effetto alcune rappresentazioni poco o nulla collegate all'idea principale, che pertanto sarebbero escluse dal processo ideativo. È così che il pensiero diventa sconnesso, bizzarro, inesatto, spezzettato. Molte volte tutti i fili vengono meno e il processo ideativo si interrompe completamente. Dopo il "blocco" possono affiorare idee senza riconoscibile rapporto con le precedenti.

In certi casi di stupore, il pensiero può interrompersi completamente. *Di solito, anche quando i fili sono interrotti, emergono o immediatamente o subito dopo nuove idee, la cui connessione con le precedenti spesso non è rintracciabile.*

Contro l'opinione di Swoboda, l'affiorare di un'idea slegata dal precedente processo ideativo e da sensazioni provenienti dall'esterno è un fatto così estraneo alla psicologia normale che anche per le idee apparentemente più peregrine dei malati si è obbligati a cercare un tragitto associativo, partendo da pensieri o percezioni precedenti. È vero che, così facendo, non sempre si riesce a dimostrare l'esistenza della concatenazione; tuttavia, in molti casi sono individuabili alcune direzioni di massima del deragliamento.

Anche là dove i fili associativi si interrompono solo in parte, al posto delle direttive logiche si mettono in luce altre influenze, che in condizioni normali non si notano. Per quanto ora ne sappiamo, sono per lo più le stesse direttive che determinano il nuovo collegamento associativo dopo la completa interruzione del processo ideativo, cioè, connessioni casuali di pensieri stimolati, condensazioni, associazioni per assonanza, associazioni indirette, vischiosità delle idee, stereotipie. Tutte queste connessioni di pensiero non sono estranee alla psiche normale, dove però si presentano solo in via eccezionale e collateralmente, mentre nella schizofrenia sono esagerate fino alla caricatura e spesso dominano integralmente il processo ideativo.

Molto spesso si osserva che *due idee senza rapporto interno, che impegnano contemporaneamente il paziente, semplicemente si con-*

nettono così come sono. La forma logica della connessione dipende dalle circostanze di accompagnamento. Se gli si chiede qualcosa, il paziente risponde con l'idea che ha già in testa; se cerca una causa, le sue idee si legano in modo causale; se ha un'eccessiva patologica coscienza di sé o al se contrario si sente sminuito, riferisce la nuova idea direttamente al proprio io nel senso del complesso affettivamente connotato.

Allora un paziente chiama l'immagine del pettine "utensile da bagno", perché disegnata accanto a un lavandino. Chiama il maggiolino "uccello maggiolino", perché prima gli era stato indicato un uccello.

– Perché è tanto che non parla?

– Per la rabbia.

– Per che cosa?

– Uno vuole andare in bagno, cerca la carta e non la trova (Abraham). Il primo pensiero che passa per la mente serve da giustificazione.

La moglie di un insegnante schizofrenico ha perso la chiave. Nello stesso giorno il dott. N visita la scuola, quindi il dott. N. ha una relazione con sua moglie.

È abbastanza comune che i pazienti rispondano afferrando al volo un'idea casuale. Ovviamente si contraddicono, ripetendo la domanda.

Dopo essersi gettato in acqua, l'ebefrenico di Dawson motivava l'atto in momenti diversi con le seguenti ragioni: non credeva nel futuro e non si aspettava di migliorare; apparteneva alla classe inferiore dell'umanità e doveva far posto alla superiore; era stato avvelenato; l'aveva fatto per depressione religiosa.

A volte i due pensieri provengono da circostanze esterne o dallo stesso processo ideativo.

– Come va? Chiedo alla paziente.

– Male, con viso sorridente.

– Ma ha una buona cera,

– Va bene a lei.

Le do una pacca sulla spalla.

– No, ho male alla spalla, indicando il punto dove ho battuto.

– Perché ride?

- Perché lei sgombera il comodino.
- Ma rideva anche prima.
- Perché le cose erano ancora lì dentro.

Succede tutti i giorni che i pazienti imbrattino o strappino i vestiti “perché non li si lascia andare a casa”.

Un malato associa a nave “il Nostro Signore è la nave del deserto”; alla parola precedente aveva associato il Nostro Signore, che sta in primo piano nei suoi patologici interessi religiosi e ricorre sovente in lui. Il completamento della parola sta dietro un altro processo ideativo.

A “legno” una ragazza associa “che mio cugino Max viva di nuovo”; la malata utilizza il concetto parziale “bara di legno”, che ha una certa funzione nel suo amore infelice, per collegare la parola stimolo al complesso.¹²

BOsshard VON OERLikon diventa Bonaparte VON ORLeans, come gli dice il nome. Gli esempi dimostrano che l’associazione di un’impressione casuale con un complesso preesistente ha un ruolo importante nella formazione delle idee deliranti.

Inoltre sono frequenti le associazioni per *assonanza*: *Kopf-Tropf* (testa-sempliociotto), *Frosch – Rost – rostig* (ranocchio-ruggine-ar-rugginito), *sauber – Tauber* (pulito-colomba), contrapposto a *wilder – böser – starker Kerl* (selvaggio-cattivo-maschiaccio), *geschlagen – betrogen – betroffen – beklagen* (battuto-ingannato-colpito-lamentare). Queste connessioni assomigliano alle associazioni per assonanza nella fuga maniacale delle idee. Già l’associazione *Frosch-Rost* sarebbe strana in un maniacale e produzioni come *betrogen-betroffen* o *Diamant-Dynamo* sarebbero abbastanza rare, perché in fondo l’assonanza è assai scarsa. Se ne presentano anche di più rare: *Pauline – Baum – Raum* (Paolina-albero-stanza), *See – Säubund* (mare-porco

¹² Complesso: espressione abbreviata per complesso di rappresentazioni, investite affettivamente in modo così forte da influenzare durevolmente il contenuto dei processi psichici. L’effetto normale dell’affetto sulle associazioni conferisce al complesso una certa tendenza ad auto-circoscriversi e ottenere una certa indipendenza anche nel sano; allora il complesso diventa una formazione più resistente all’interno di una massa di rappresentazioni variabili.

cane), *Tinte – Gige* (inchiostro-violino), *Nadel – Nase* (ago-naso). In *Tinte – Gige* il sano non troverebbe assonanza, perché la *i* di *Tinte* è breve e ha un altro suono dalla *i* lunga di *Gige* (=Geige). Se si associa *schon* (già) a *ein Paar Schuhe* (un paio di scarpe) e subito dopo *Krieg* (guerra) a *das ist die Schönheit* (questa è la bellezza), allora nessuno che conosca solo associazioni maniacali o normali cercherà nella semplice assonanza il legame tra *Schube* e *Schönheit*. Ciononostante, da centinaia di combinazioni abbiamo appreso con certezza che l'uguaglianza, ma anche solo la somiglianza, di un suono basta a stabilire la direzione dell'associazione.

Anche le associazioni per assonanza hanno spesso il carattere schizofrenico della bizzarria.

Una paziente dice che *Kalender* (calendario) è *Felsenverkauf* (vendita di rocce) perché *die Felsen kahl seien* (le rocce sono calve). In presenza di una catatonica si parla del mercato del pesce (*Fischmarkt*). “Sì, anch'io sono un pescecane”, si lamenta. Usa l'associazione per assonanza *Fischmarkt – Haifisch* abbastanza strana, impossibile in stato di veglia per chi non sia schizofrenico, per dire che è molto cattiva, ignorando completamente l'impossibilità di identificare il mercato del pesce con il pescecane.

Altro esempio di associazione per assonanza nel libero corso del pensiero. Il medico rimprovera un'ebefrenica, in grado di lavorare e di comportarsi bene fuori dall'istituzione, perché tiene in disordine la stanza. Risponde: “Non voglio soldi italiani”. Richiesta di cosa vuol dire, ribatte: “*Sou* sono soldi italiani o francesi e io non sono *Surberli* (cioè impiegata che non può essere addetta a mantenere l'ordine) e comunque la signora Suter è morta”. Rimproverata così, la paziente pensa consciamente o inconsciamente alla parola *Sauordnung* (pronuncia *Sou*, significa “ordine da troia”), usuale tra le persone meno colte ma non usata dal medico. In questo modo le parole e i concetti *Sou*, *Suberli* e *Suter* sono parzialmente determinati, mentre la forma negativa della frase dice che la paziente non vuole passare per disordinata (Riklin). Una paziente cambia il suo modo di parlare, stabile ormai da trent'anni: *Es ist mir nicht wohl* (non mi sento bene), inserendo al posto di *wohl* diverse espressioni dialettali fino all'inglese *well*. Un bel giorno quest'ultima parola si trasforma in “non mi sento *Velo*” (bicicletta).

Naturalmente la sola assonanza non può mai determinare l'associazione. Nell'associazione di *Schub* (scarpa) a *schon* (già) e di entrambe a *Schönheit* (bellezza), l'assonanza è uno dei tanti fattori determinanti. Sono centinaia le parole che cominciano con *Sch*; perché emergono solo *Schub* e *Schönheit*?

L'esempio di *Tinte* e *Gige* ci fa riconoscere un'altra circostanza che contribuisce a determinare l'associazione. Il paziente ha pensieri sessuali che in certe associazioni si esprimono in modo nudo e crudo. Nel nostro dialetto *Geige*, violino, è usato quasi sempre in senso osceno e praticamente mai come strumento musicale. Si costata pari effetto in molte associazioni dello stesso paziente e in molte produzioni di altri malati. L'orientamento in base all'assonanza e quello in base alla sessualità sono nella schizofrenia tanto frequenti che non possono non associarsi.¹³ Così a *Bitte, sagen Sie doch* ("Prego, dica pure") una malata risponde: "Non ho bisogno di *bidet*" (nel nostro dialetto *d* e *t* differiscono nettamente). È molto frequente fraintendere parole nel senso del complesso, per esempio, del delirio di persecuzione.

Ma due influenze non determinano ancora l'associazione in modo del tutto univoco. Esistono di fatto molte parole che hanno la stessa assonanza, nel senso lato qui inteso, come pure lo stesso significato sessuale. La scelta deve quindi essere determinata da altri fattori, che ci sfuggono.

La *semplice continuazione dei comuni di dire* ha quasi lo stesso valore dell'assonanza, che negli schizofrenici possono presentarsi in modo del tutto spostato. Così una paziente, in procinto di fare una passeggiata con la famiglia, comincia enumerando i membri della famiglia: "Padre e figlio"; poi continua: "e Spirito Santo", aggiungendo anche la "Santa Vergine", distratta anche concettualmente dalla citazione.

In linea di principio, non sono diverse dalle associazioni casuali le *condensazioni*, che concentrano più idee in una.

Questo procedimento era all'opera nella formazione del pensiero

¹³ [Questa argomentazione è in generale fallace. Lanciando una moneta, testa e croce sono egualmente frequenti, ma non si verificano mai insieme. Ndt]

sopra riferito “il Signore è la nave del deserto” dove due complessi diversi, appartenenti a cose diverse, si concentrano in un pensiero unico. Un catatonico associa a *Segel* (vela) *Dampfsegel* (vela a vapore), composto mettendo insieme *Dampfschiff* (nave a vapore) e *Segelschiff* (nave a vela). La condensazione partecipa in misura cospicua alla formazione delle idee deliranti e dei simboli; causa anche la formazione di gran numero di parole (neologismi): *trauram* (tristele) da *traurig* (triste) e *grausam* (crudele); *schwankelhaft* composto da frammenti di tre parole: *wankelmütig* (volubile), *schwankend* (oscillante) e *nicht standhaft* (non fermo).

Nelle indagini sperimentali le *associazioni indirette* sono sorprendentemente assai frequenti. Suppongo che sia solo per carenza di osservazioni se finora le abbiamo troppo poco dimostrate nel comune processo di pensiero.

L'associazione prima riferita *Holz* (*Holzarg*) – *toter Cousin* (cugino morto) può essere considerata anche indiretta attraverso *Holzarg*. Certamente sono indirette *See – Geist* (mare, spirito) attraverso *Seele* (anima); *Stengel – Wädenswill* (gambo, nome di città) attraverso *Engel* (angelo), nome della locanda di *Wädenswill* importante per la vita emotiva della paziente; *Herz – Tannenbaum* (cuore, pino) attraverso *Harz* (resina); *Kochen – Schwindsucht* (cucinare, tisi) attraverso Koch-tuberculina. A una catatonica si mostra una chiave, chiedendole cosa sia. Risposta pronta: “È la terrina (*Schüssel*) bianca”; l'associazione può essere passata solo attraverso *Schlüssel* (chiave).¹⁴

Anche nelle prove di lettura Reis (p. 617) ha trovato associazioni indirette nel senso che al posto di *Krieg* (guerra) si legge *Zank* (lite), al posto di *Pferd* (cavallo) *Vieh* (bestiame). Qui l'impressione sensoriale primaria non arriva neppure alla coscienza, ma condiziona una nuova associazione. Anche Gros fa notare che a domanda univoca i pazienti invece della risposta danno un'associazione in risposta. (Stransky (748) p. 1077).

Non di rado la *tendenza alla stereotipia* diventa causa di ulteriori

¹⁴ [Magari con il rinforzo “sessuale” di *Schoss* (grembo) e *Schuss* (colpo). Ndt]

deragliamenti. I malati restano attaccati agli stessi circoli ideativi, alle stesse parole, alle stesse forme grammaticali oppure ci tornano sopra senza alcuna giustificazione logica. In singoli casi Busch ha trovato che nelle prove di comprensione numerose dichiarazioni sbagliate ripetevano stimoli precedenti.

Nell'esperimento associativo i pazienti spesso dipendono dallo stimolo o dalla parola precedente. "Stella – è il miglior augurio di benedizione; accarezzare – è la perfezione; grandiosa – la volontà; bambino – la divinità; rosso scuro – cielo e terra". La parola "stella" ha risvegliato un'idea religiosa, che, incurante delle diverse parole stimolo, fila via nelle reazioni immediatamente successive. Nelle prime due risposte si vede anche la stereotipia della forma, che si riscontra nella maggior parte delle associazioni di questi malati e porta a formazioni del tipo "gatto – il gatto è un topo"; alla parola stimolo "gatto" si associa "topo" ma in forma di predicato ("è un topo"), forma data dalle precedenti associazioni.

Le stereotipie si possono fissare a lungo. In pochi singoli casi abbiamo visto che, per esempio, dopo quattro settimane al 40% delle parole stimolo reagiscono di nuovo come la prima volta. Una paziente reagisce a *so* (così) con l'incomprensibile "è un canale". Si scopre che qualche giorno prima aveva reagito con la stessa frase alla parola *See* (mare). La stessa paziente a *rechnen* (calcolare) associa *essen* (mangiare) e poco dopo a *Recht* (diritto) *das ist viel essen* (questo è mangiare molto); di nuovo lo stesso collegamento a una parola dal suono simile.

Nelle espressioni di pseudo-fuga delle idee schizofreniche in stato di confusione acuta è molto comune il ritorno su cose già dette.

La tendenza alla stereotipia, insieme alla mancanza di finalità del pensiero, portano da una parte al *pensiero vischioso*, una forma di *perseverazione*, dall'altra al generale *impoverimento del pensiero*. I malati parlano sempre dello stesso argomento (*monoideismo*), incapaci di passare ad altro.

Insieme a mancanza di finalità e stereotipia può verificarsi che i malati non arrivino a concludere alcun pensiero. Un insensato *associare estrinseco* sostituisce il pensare. Un ebefrenico non si schioda dai concetti di *Liebe* (amore) e *haben* (avere) e per molto tempo as-

socia spontaneamente serie come *Liebe*, (amore) *Diebe*, (ladro) *Gabe*, (dono) *Dame*, (dama) *haben*, (avere) *Liebe*, *Diebe*, *Gaben*, *Dame*, *haben*, *Liebe*, *Diebe*, *zurückgenommen* (restituito), *zurückgenommen*, *zurückgenommen*, *zurückgenommen haben*...

È così che spesso i pazienti incappano in enumerazioni che nella maggior parte dei casi presentano di nuovo il carattere di disturbi francamente schizofrenici dell'associazione.

Una paziente scrive: "Il cielo non sta solo sopra la casa parrocchiale di Wil, ma anche sopra l'America, il Sud Africa, il Messico, il McKinley e l'Australia". Occasionalmente una determinata idea è illustrata mediante associazioni da tutti i lati. "Vi auguro quindi un anno felice, pieno di gioia, salute, benedetto, ricco di frutta e ancora molte future buone annate di vino, e un buon anno di patate, crauti, cavoli, un buon anno di noci e di formaggio ecc.". Un paziente scrive alla figlia diventata cattolica che il rosario è una *moltiplicazione di preghiere* e che è di nuovo una *preghiera moltiplicata*, cioè un *mulino di preghiere*, a sua volta una *mugnaeria di macchine di preghiera*" e così via per due pagine di seguito.

Non di rado nell'esperimento associativo succede che i malati comincino a nominare tutto ciò che hanno sott'occhio: alle diverse parole stimolo nominano tutti i mobili della stanza uno dopo l'altro, anche se tentano di staccarsi da quelle rappresentazioni e hanno abbastanza capito il senso dell'esperimento.

Esternamente e a volte anche internamente il sintomo assomiglia a quel che Sommer chiama *nominare e tastare*.¹⁵ In molti pazienti, in particolare abbastanza storditi (*benommen*), l'unica associazione riconoscibile a un'impressione esterna consiste nel *nominare* l'impressione: "specchio" o "tavolo", oppure indicandola con l'espressione "Questo è un barometro", "Questo è il condotto del gas", "Questi sono cappotti".¹⁶ Il nominare non proviene solo da impressioni otti-

¹⁵ Certi autori classificano questi fenomeni tra le anomalie motorie; per esempio Kleist le riporta sotto il nome di "atti in corto circuito".

¹⁶ Non capisco perché von Leupoldt (413) parli di coazione, sebbene "in senso stretto" non ce ne sia. Tanto meno capisco come si possa in ogni caso stabilire che l'incapacità di comprendere il complesso sia la supposta base del

che. Per esempio, prendo una paziente per mano; lei dice: “La mano” (è tedesca); invitata a fare una cosa qualsiasi, la indica con una parola chiave: “nel giardino”, “svestire”. Allo stesso modo le allucinazioni nominano quel che i malati stanno per fare; “adesso si siede”, “adesso vuole scrivere”, “adesso scrive”. Il passaggio dal semplice enumerare a quel che succede ai pazienti e intorno a loro, fino a nominarlo, è abbastanza fluttuante. Anche il paziente che riferisce ciò che è inciso sulla penna (vedi p. 17) non è molto lontano da quello che nomina. Alla stessa categoria appartiene il paziente che vede arrivare qualcuno con la lanterna e osserva: “Costato che questa è una lanterna”. Comune a entrambi i pazienti è il collegamento all’impressione sensoriale, in mancanza di rappresentazione finalizzata. Questi pazienti collegano sempre nuovi concetti a ogni genere di idee provenienti dall’interno o dall’esterno; spesso varia la cosa a cui si riallacciano e la direzione in cui vanno, come succede all’estensore della lettera; la direzione dell’attività associativa è determinata a caso.

Molto simile è il *tastare*,¹⁷ descritto anche da v. Leupoldt; consiste nel far scorrere le mani del paziente lungo i contorni dell’oggetto che può raggiungere. Al posto della descrizione dell’oggetto si associa il corrispondente movimento di scivolamento della mano.

Se il concetto è dato comunque in modalità motoria, allora l’unica associazione possibile diventa attuare l’idea corrispondente. Il paziente imita ciò che vede e sente: *ecoprassia* ed *ecolalia* (cfr. anche automatismo di comando).¹⁸ In linea di principio non so discriminare nettamente tra la fenomenologia del nominare e dell’ecoprassia. Tut-

fenomeno. Il suo paziente concepisce l’inaugurazione del monumento “in toto” come processione.

¹⁷ Movimento ipermetamorfotico secondo Wernicke.

¹⁸ [I fenomeni meccanici, imposti come estranei al soggetto (allucinazioni psicosensoriali, pseudoallucinazioni, psittacismo, ritornelli, imprecazioni, pensiero coatto, rubato, letto da altri, ecolalia, ecoprassia ecc.), furono raccolti da Clérambault sotto il titolo di *automatismi mentali*. Clérambault non ebbe fortuna in area germanofona (Bleuler e Freud non lo citano), come Bleuler in quella francofona (Lacan lo cita nella tesi di psichiatria ma non negli *Écrits*. Ndt)]

te le rappresentazioni hanno una componente motoria,¹⁹ evidente già nel soggetto sano nel caso di azioni eseguite sotto i propri occhi o di parole udite con le proprie orecchie. Se non c'è motivo di accostare altre associazioni, allora si può facilmente comprendere che tale componente non venga repressa. Perciò annoveriamo qui anche evenienze come la seguente: un paziente ha rotto un pannello della porta e un altro entra ed esce in continuazione dalla breccia senza sapere perché.

Se è vero che in certe circostanze, per esempio nel caso della “cattura ottica”, le percezioni sensoriali acquisiscono un sovrappeso patologico, allora inversamente è possibile che in altre circostanze il paziente ignori completamente il mondo esterno. Tra i due estremi esistono tutte le forme di transizione. In linea di principio, per quanto riguarda le associazioni, la *distraibilità*²⁰ non varia in una direzione precisa, essendo la risultante di molti processi primari, tra cui uno dei più importanti è l'isolamento attivo del paziente dal mondo esterno. Così a volte, quando nel quadro sintomatologico predomina il sintomo del nominare, i malati sembrano dipendere completamente dalle impressioni esterne, senza direttive proprie; altre volte non sembrano in alcun modo distraibili; gli stimoli più forti non riescono a influire sul corso delle loro idee o a destare la loro attenzione.

La maggioranza dei casi cronici riserva in questo senso poche sorprese nel comportamento comune; stanno intenti alle loro occupazioni; se succede qualcosa di particolare, guardano in su, come i sani, e si occupano del nuovo evento *finché li interessa*. Se parlano, possono interrompersi. Spesso però, precisamente nei casi più gravi, la distraibilità è ridotta. Sommer (724) l'ha dimostrato sperimentalmente, ottenendo dai pazienti gli stessi risultati per calcoli eseguiti in presenza e in assenza di forte rumore. Se gli schizofrenici sono in preda a un affetto,²¹ in particolare di rabbia, allora si mette regolarmente

¹⁹ [Oggi si parla in proposito di neuroni specchio, motoneuroni che scaricano quando l'animale vede l'azione dell'altro. Vedi i lavori di Rizzolatti e Jacoboni. La nozione di specularità è poco elaborata nella teorizzazione di Bleuler. Ndt]

²⁰ Vigilanza dell'attenzione secondo Ziehen.

²¹ [*Affekt* è un falso amico. In tedesco ha un significato più vicino a “eccitazione” che a “sentimento”. L'etimologia è dal latino *afficere*, “fare”. Ndt]

in luce il disturbo della distraibilità. Non badano più alle obiezioni o le capiscono solo nel senso del loro processo ideativo, trovandosi spesso nuovi spunti per le loro effusioni. Finché sono infervorati, non si lasciano influenzare dal cambiamento delle circostanze. È del tutto usuale che lo schizofrenico, che brontola per l'abbandono, continui a brontolare, anche se non c'è più nessuno che l'ascolta o qualcuno cui indirizzare la sua loquacità.

La *mananza di interesse* può spesso simulare la mancanza di distraibilità. Non curandosi di nulla, nulla può influenzare il comportamento dei malati. Tuttavia, si può dimostrare che gli stessi malati sanno cogliere abbastanza bene quel che succede intorno a loro, pur non dedicandovi attivamente attenzione (v. attenzione).

In certi stati acuti la distraibilità è molto ridotta, spesso azzerata.

La maggior parte delle produzioni schizofreniche presenta contemporaneamente le diverse caratteristiche del processo ideativo schizofrenico.

“Finora non sono mai stato ad Amburgo né a Lubeca né a Berna; non ho ancora mai visto il professor Hilthy; non sono ancora mai stato all'università di Basilea, non ho ancora mai visto Luther né mai avuto *Lütter* (nome volgare per diarrea), ma ho già visto tutti i consiglieri federali, vado dal generale Herzog, farò vedere a quella carogna...”

Qui la forma negativa si mantiene per ben sette pensieri. L'enumerazione dei luoghi non è ordinata in modo sistematico; da Lubeca a Berna c'è un salto brusco, forse per assonanza con Brema, città vicino a Lubeca. L'ultimo nome ricorda al paziente un professore dell'Università di Berna, che media il passaggio all'Università di Basilea, che ha un ruolo nella storia della Riforma; da lì l'associazione a *Luther*. A questa segue l'associazione per assonanza del tutto insensata con *Lütter*; ma il cambiamento del verbo [da “essere” ad “avere”] segnala che il paziente intende quel che la parola comunemente dice (diarrea). I “consiglieri federali” si ricollegano al termine precedente “Berna”. Partendo da loro non è del tutto illogico, anche se stravagante, date le circostanze, pensare al generale Herzog, mor-

to da tanto tempo, cui si riallaccia l'idea insensata di volere andare da lui. Il termine "generale" si ricollega al concetto di "potere" o a qualcosa di simile; proprio per questo segue l'insensato "farò vedere a quella carogna...", in quanto la rappresentazione del potere viene dal paziente stesso associata in uno dei soliti modi, sentendosi ora improvvisamente più forte del generale.

Nella seguente lettera il processo ideativo non si riesce quasi più ad analizzare; ci sembrano tutte chiacchiere confuse e sconnesse. La conoscenza esatta del complesso a sfondo emotivo della paziente permetterebbe di spiegare molte cose.

"Burghölzli 20 nov 1905.

Stimata Famiglia Fridöri e famiglia Graf oppure Orecchie Schmidli!

Qui nella casa Schmiedten non va bene. Questa non è una chiesa, una parrocchia, neanche una casa dei poveri, ma tutto l'anno c'è suono, *Kollder, Brumberen = Sonnen = Himmelschall* (suono del cielo); più di un contadino grande e piccolo *Humel, Surbeck, Armtrunk aus Thalweil, Adlisweil, von Albis von Sulz, von Seen, von Rorbach, von Rorbas* ha lasciato la sua casa e non è più tornato indietro, sparisce così un garzone di macellaio, *Siegrist*, contadino del precantante, anche un *Meier*, fattore di una tenuta, *Messner Jakob*, vecchio, giovane, soldato svizzero, anche Ernst di Ernst, che si è tolto due dita nell'anno 1900-esimo mese di agosto, così come suo padre Konrad e signora sono diversi. Infatti, gli uomini aspo di seta e le donne hanno ogni giorno la tentazione di far fuori le visite, perché aspettano così a lungo, finché i pazienti fuori si accapigliano, anche lì non hanno buon latte, prendere, le guardiane non sono altro che pazzzerelle, capsule che perforano il cuore, basta sottogonne, sottovesti, calze, di giorno, devono creare agitazione anche di notte agli ospiti del cielo e della terra...

Un saluto anche a tutti quelli che vivono ancora. Anna

I miei non sono più.

Chi – certo – direzione Foreli sono periti; se al Bühl re ci portasse via in carrozza, poiché il treno fa male, se l'ape di Wyl Hüntwangen evitasse fino a Neuhausa, gettare le carrozze del treno in una cava di ghiaia e coprirle di terra. Piccolo cuore di donna non riesce a fare molto. Cuore d'uomo è davvero più forte."

I gradi più elevati del disturbo schizofrenico dell'associazione portano quindi alla completa *confusione*.

La confusione non va vista come sintomo *sui generis*; è il risultato di diversi disturbi psichici elementari che hanno raggiunto un grado di intensità così elevato da far perdere il riferimento al contesto al paziente o all'osservatore o a entrambi. Anche la fuga maniacale delle idee, che pure dobbiamo distinguere nettamente dal disturbo schizofrenico, se è di grado elevato, porta alla confusione. Persino l'inibizione malinconica può portare alla confusione, se la lentezza del flusso ideativo e l'incapacità di concatenazione rendono impossibile orientarsi e pensare adeguatamente una rappresentazione complessa. Anche le allucinazioni possono portare a un quadro confusionale, se combinate con percezioni reali, confondendo la rappresentazione dell'ambiente.²²

Nella schizofrenia la confusione consegue ora allo sbriciolarsi delle idee, ora ai blocchi con insorgenza di idee *ex novo*, ora alla soppressione di singoli determinanti delle associazioni, con inserzione di associazioni collaterali, e infine agli "impulsi ideativi" (v. sotto), alla vera e propria fuga delle idee, alle allucinazioni o a più di questi fattori contemporaneamente.

Decorso delle associazioni

In pratica non sappiamo ancora nulla sui rapporti temporali del decorso delle associazioni schizofreniche. Può darsi che non abbiano nulla di caratteristico. Naturalmente, negli stati maniacali intercorrenti il flusso delle idee è "accelerato" nel senso della fuga delle idee; nella depressione c'è rallentamento; siamo autorizzati a supporre che in certi stati stuporosi le associazioni siano rallentate in seguito a esaurimento dello stesso processo mentale schizofrenico; nel complesso non si tratta però di stati cronici ma di episodi o addirittura di complicazioni.

²² Qui prescindo da quegli stati in cui le allucinazioni e le illusioni stesse producono confusione, che naturalmente è solo l'espressione delle associazioni confuse alla base dell'allucinazione.

Il solo impulso a pensare (*impulso ideativo*) dura spesso anni, anche se nei casi terminali si osserva a malapena. Alcuni pazienti si lamentano di dover pensare troppo, perché le idee si rincorrono nella testa. Loro stessi parlano di *flusso di pensieri*, perché non riescono a fissare nulla, e parlano di *impulso a pensare e accumulo di pensieri*, perché ne vengono loro in mente troppi. In alcuni casi, nonostante la sensazione soggettiva contraria, l'osservatore ha l'impressione che il malato pensi poco. Comunque, è sicuro che in certi malati le idee si incalzano in modo patologico. I malati hanno allora la sensazione di coazione; spesso credono di essere costretti a pensare; si lamentano del conseguente affaticamento; anche se manca il senso della coazione, credono di stare facendo un grosso lavoro. Gli impulsi ideativi sembrano esteriormente in contrasto con i blocchi già descritti, ma nell'arresto ideativo osserviamo entrambi i fenomeni. Uno dei nostri pazienti più istruiti traccia una linea di demarcazione: di qua c'è "l'incalzare coatto di idee diverse", di là "semplicemente nulla".

Il contenuto degli impulsi ideativi è uguale a quello degli altri pensieri schizofrenici. Un teologo ride tutta la notte, perché gli vengono sempre in mente spiritosaggini etimologiche: "Io sono un *Witz* (motto di spirito), un *Nicht* (nulla), un *Nietzsche*". L'intelligente paziente di Forel (299) descrive il fenomeno nel modo migliore; si noti come lei stessa si stupisca del ritorno a idee precedenti.

"Era come se nella mia testa funzionasse un meccanismo a orologeria, una catena pressante, straziante, ininterrotta di idee inarrestabili. Naturalmente, non erano ben definite, formulate in modo chiaro ma, seguendo le associazioni più bislacche, un'idea si riallacciava all'altra, mantenendo comunque una certa connessione tra un anello e l'altro. C'era una certa sistematicità, in quanto, per esempio dovevo sempre distinguere il lato in luce da quello in ombra delle cose, degli uomini, delle azioni dei detti che mi venivano in mente. Quante rappresentazioni non hanno scorrazzato nella mia testa, che comiche associazioni di idee non sono venute fuori! Tornavo spesso indietro su certi concetti, su certe rappresentazioni, che ora non ho più presenti, per esempio, *Droit de France! Tamins! Barbera! Roban!* In un certo senso hanno costituito delle tappe in quella caccia alle idee. Pronunciavo rapidamente, come una parola d'ordine, il concet-

to cui l'incessante pensare era appena arrivato. Soprattutto in certi momenti della mia vita quotidiana, entrando in sala, quando si apriva la porta della cella, andando a mangiare, se qualcuno mi si avvicinava, ecc., pronunciavo quelle parole per non perdere il filo o per prendere fiato in quella folle corsa di pensieri che mi crescevano in testa.

La caratteristica formale più sorprendente del processo ideativo schizofrenico è data dai *blocchi*. In certi momenti l'attività associativa si arresta del tutto; se e quando riprende, nella maggior parte dei casi affiorano idee non connesse alle precedenti.

Si parla con un paziente. Dapprima non si notano anomalie nel corso delle idee; battute e repliche si susseguono come in ogni conversazione normale. A un tratto, in mezzo a una frase o passando a una nuova idea, il paziente si pianta e non va più avanti. Spesso riesce a superare l'ostacolo ricominciando dall'inizio; altre volte riesce a riprendere il filo del pensiero in un'altra direzione. Il blocco può non essere superato per molto tempo ed estendersi a tutto lo psichismo: il paziente resta muto e immobile più o meno senza pensieri.

Il concetto di blocco, coniato da Kraepelin, è di fondamentale importanza per la sintomatologia e il riconoscimento della schizofrenia. Lo si riscontra anche nella motilità, nell'agire, nella memoria e perfino nelle sensazioni. In linea di principio il blocco non è diverso dall'*inibizione*, comune sintomo di accompagnamento di tutte le più gravi depressioni dell'umore di ogni genere: il pensiero e l'azione inibiti procedono lentamente e pesantemente con dispendio abnormemente grande di energia psichica. Il flusso psichico procede come liquido viscoso in un sistema di tubi: attraversa tutto. Nel blocco, invece, un liquido che scorre facilmente si blocca all'improvviso in un punto o nell'altro per chiusura di un rubinetto. Oppure, paragonando il meccanismo psichico a quello di un orologio, l'inibizione corrisponde al forte attrito, il blocco all'improvviso arrestarsi del ruotismo. In ambito motorio la differenza si mette facilmente in luce chiedendo al paziente, che finora non si muoveva e parlava a stento o per nulla, di ruotare il più velocemente possibile le mani l'una intorno all'altra o di contare rapidamente fino a dieci; l'inibito, con tutte le difficoltà, ruota lentamente le mani e conta piano fino a dieci; d'altra parte, una volta superato il blocco, il bloc-

cato può all'improvviso mettersi a parlare e muovere le mani come un sano.

Lo stesso paziente percepisce e descrive i blocchi del processo ideativo con nomi diversi. Nella maggior parte dei casi, ma non sempre, sono avvertiti come sgradevoli. Un'intelligente catatonica doveva restare seduta per ore "per ritrovare il pensiero"; un'altra non sa dire altro che "a volte so parlare, a volte no"; un malato "si spegne" (Abraham); un altro ha "ostacoli al pensiero"; a un terzo "la testa diventa rigida come se si contraesse"; un quarto dice che "è come se gli mettessero improvvisamente addosso un sacco di gomma"; una contadina si esprime così: "è come se mi avessero scaricato addosso una carrettata (fa il gesto come se qualcosa la colpisse al petto); è come tenere la bocca chiusa, come se ti dicessero di chiudere il becco". In quest'ultima descrizione si ritrova anche il blocco della funzione motoria del linguaggio, che un paziente di Rust descrive come se gli tenessero fermo il linguaggio. È in generale molto frequente che i pazienti attribuiscano il blocco a un'influenza estranea. Se a un paziente si fanno cantare delle canzoni, improvvisamente non sa più andare avanti; allora le voci gli dicono: "Vedi, le hai dimenticate di nuovo"; secondo lui sono proprio loro a farglielo dimenticare.

Jung ha udito la migliore descrizione del fenomeno da una paziente che lo avvertiva soggettivamente come *furto del pensiero* (*Gedankenentzug*). L'espressione è tanto appropriata che molti schizofrenici la capiscono subito. Se alla domanda: "Ha subito un furto del pensiero?" il paziente risponde subito di sì, si può fare diagnosi di schizofrenia con sufficiente certezza. Almeno finora non abbiamo trovato eccezioni. Anche malati che hanno creato un altro termine per indicare il blocco sanno cosa vuol dire furto del pensiero. Alla domanda di Jung sul furto del pensiero un paziente risponde prontamente: "Quindi, lei lo chiama così; io l'ho sempre chiamata costipazione del pensiero." Analogamente un paziente di Kraepelin parla di *sottrazione del pensiero*.

All'apparenza il blocco ha qualcosa di capriccioso, fuori dal comune sia oggettivamente per l'osservatore sia soggettivamente per il malato. A volte il paziente riesce a parlare con scioltezza e a muoversi liberamente, a volte il pensiero e la motilità si inceppano di nuovo.

Osservando però più da vicino, spesso si trova la ragione del blocco del pensiero nel significato che ha per il paziente; viceversa, *in presenza di un blocco in pazienti che non si conoscono ancora bene, si può dedurre che si sta per toccare un complesso importante.*

Interroghiamo una ragazza sulla sua vita precedente; fornisce abbastanza bene i dettagli cronologici del suo passato. Improvvisamente non riesce più ad andare avanti. Chiediamo cos'altro sia successo, ma non riusciamo a sapere più niente. Solo molto tempo dopo per vie del tutto traverse spunta che in quel periodo conobbe il suo amante. Un insegnante che aveva impegnato tutte le sue forze per ottenere un aumento di stipendio, alla domanda se lo avesse ottenuto risponde: "Che cos'è un aumento di stipendio?" Non riusciva a capire l'espressione perché gli era sbarrato l'accesso al complesso dello stipendio. Molti malati chiedono di parlare con il medico per una cosa urgente e quando arriva il medico non sanno più cosa dire.

Un paziente molto intelligente e istruito canta una canzone d'amore, ma poi dice che è solo la descrizione di un bel paesaggio; non può produrre nient'altro; anche quando gli si cantano dei pezzi, sostiene fermamente di non averla mai cantata.

I complessi affettivi dei nostri malati sono di solito collegati alle idee deliranti e alle allucinazioni. Di conseguenza, pur dominando i sentimenti e i pensieri dei pazienti, su di loro nella schizofrenia si viene a sapere ben poco. Per esempio, una paziente nota che "certe persone sono ossessionate", tanto che con loro non si riesce a parlare. Gli ossessionati sono persone intrecciate alle loro idee deliranti.

Non in tutti i casi i blocchi sono assoluti e insuperabili. Spesso si riesce a spezzarli o ad aggirarli con prolungate domande, vari stimoli e soprattutto con la distrazione. Anche con l'alcol si possono superare certi blocchi.²³ Ma, superato il blocco, i pazienti hanno spesso un sentimento sgradevole. Dopo aver risposto, una paziente trasalì spaventata come se avesse commesso qualcosa di proibito.

La volontà o almeno il desiderio del paziente non sono del tutto estranei all'instaurarsi del blocco. Un ebefrenico chiamava "se-

²³ Si può sfruttarlo durante l'esame.

gnaposto” il complesso sintomatologico del blocco collegato a idee deliranti e altre formazioni psicopatologiche; spesso inseriva questo complesso quando gli si voleva far fare un compito non voluto; allora si bloccava completamente e non si poteva pretendere più niente da lui. È ovvio che si diano tutte le transizioni da questo comportamento verso la mancanza di volontà cosciente e tutte le forme di simulazione. Allo stesso modo il confine dei blocchi con il *negativismo* non è netto né teoricamente né sintomatologicamente. I due fenomeni si convertono l'uno nell'altro e il negativismo passivo potrebbe perfino essere spiegato come combinazione di blocchi. Nella paziente che dà risposte lente, esitanti e a voce bassa i blocchi si comportano esattamente come nel negativismo, soprattutto a interrogarla con insistenza. Si aggira il blocco non rivolgendosi a lei direttamente.

Nei singoli casi è semplicemente impossibile dire se si tratta di blocco o di negativismo, soprattutto quando il paziente evita il blocco con risposte laterali (risposte di traverso). Una malata non mostra all'esame né blocchi né negativismo né discorsi di traverso, eccetto se si chiede quando è arrivata in istituzione. A molte di queste domande dirette le risposte sono del tipo: “in ambulanza” o “mi ha portato l'infermiera L.” o “sono qui da tre giorni e lunghe notti” (la paziente è arrivata il giorno prima) e altre ancora.

Blocchi parziali, come quelli lì mostrati, si presentano anche con altre modalità. Non di rado capita che il linguaggio si blocchi, mentre il processo ideativo continua a esprimersi con una breve serie di gesti, che concludono la frase iniziata. Stando alle mie osservazioni, il processo ideativo cessa comunque con la conclusione mimica della frase iniziale.

Una paziente di Jung chiama *incantamento* una sorta di blocco parziale. I pensieri sono completamente inibiti da un'impressione sensoriale, che da sola occupa tutta la coscienza. La “cattura ottica” (*optische Fesselung*) secondo Sommer indica forse in parte lo stesso sintomo.

A nostra conoscenza le *associazioni sperimentali* non appaiono spesso alterate negli stadi cronici dei casi lievi. Per lo più si trovano

stravaganze, che di per sé non consentono una diagnosi sicura ma depongono molto a favore della malattia.

1. Grande irregolarità nei tempi di associazione, inspiegabile solo con il prevalere di complessi affettivamente connotati. Le differenze dei tempi di risposta sono più lunghe che nei complessi dei sani; spesso si presenta un'alternanza degna di nota: nello stesso esperimento ora le associazioni sembrano decorrere lentamente, ora velocemente. In prima istanza si è naturalmente inclini ad attribuire tali irregolarità a oscillazioni della volontà o dell'attenzione, ma spesso mancano segni di alterazione di tali funzioni. In singoli esperimenti in casi acuti le reazioni tendono a diventare più lente.

2. Colpisce anche il già citato ricollegarsi a parole o a risposte precedenti. L'effetto ritardato del pensiero precedente non si produce necessariamente con continuità. Il malato abbandona un pensiero e lo riprende poi in un'altra associazione. "Consiglio federale" si associa a "Berna", dopo che tre pensieri del tutto diversi avevano portato il paziente lontano dalla prima rappresentazione. Tuttavia, è più frequente che idee perseveranti si riallacino l'una all'altra.

3. L'effetto ritardato del processo ideativo precedente si vede anche nella risposta di forma e contenuto stereotipi. Singoli pazienti, in particolare gli acuti, alla fine dell'esperimento rispondono in modo insensato con poche espressioni che in precedenza usavano correttamente: "Per pensare, per scrivere, per mangiare, ecc." Naturalmente, la povertà di idee favorisce questo atteggiamento.

4. A volte i malati rimangono attaccati alla parola stimolo e la ripetono senza aggiungere altri pensieri. Questa specie di *ecolalia* si presenta più frequentemente in stati acuti di stordimento (*Benommenheit*) che in stati cronici.

5. Anche se è raro che si ripeta la stessa parola, in molti malati si osserva grande povertà di idee; perseverano non sulla stessa parola ma su parole simile e idee vicine.

6. Gli schizofrenici hanno reazioni individuali che non si riscontrano in altri (Kent e Rozanoff). Presentando loro le stesse parole stimolo dopo un lungo intervallo di tempo, le parole di risposta variano più che nel soggetto sano. (Pfenninger).

7. Ciò che, però, colpisce di più sono le associazioni bizzarre e

quelle apparentemente o effettivamente sconnesse. La parola stimolo rappresenta solo il segnale per pronunciare una parola qualsiasi. (Nominare un mobile qualsiasi che rientri nel campo visivo, ecc.)

8. Non di rado succede di non trovare alcun nesso anche con l'aiuto del paziente. In questi casi si tratta per lo più, anche se non sempre, di collegamenti con complessi già predisposti di idee affettivamente connotati. Se dico "già predisposti", non intendo "predisposti nella coscienza"; infatti, lo stesso malato non sa dare informazioni su di essi. Ad esempio, un paziente esteriormente ordinato e ancora molto intelligente a molti termini che in qualche modo lo toccano associa "piccolo", senza sapere perché. La soluzione dell'enigma sta nel fatto che lui stesso è molto piccolo e la circostanza rientra nei suoi complessi.

9. Non è rara la tendenza spiccata ad associazioni indirette.

10. I segni caratteristici dei complessi carichi affettivamente si manifestano spesso in modo esagerato. I tempi di reazione a parole stimolo che toccano il complesso crescono a dismisura o la reazione manca del tutto. Gli altri segni di complessi, trovati da Jung, sono in certi casi particolarmente chiari: prolungata superficialità, citazioni, reazioni in lingua straniera, rapida dimenticanza, effetto ritardato sia intellettuale sia affettivo alle successive associazioni. In certi casi i complessi sono già pronti, tanto che le associazioni avvengono solo con essi. Tutti questi segni sono molto variabili; anche nello stesso caso oscillano in breve tempo tra il massimo e il minimo.

Il bisogno di sembrare intelligente si fa sentire anche nell'imbecille come tendenza alle definizioni, la cui bizzarria tradisce il timbro specifico della schizofrenia: occhio-punto di vista, nonna-partecipazione sessuale, stufa-articolo da riscaldamento.

Malgrado molte ricerche, non si sono trovate tracce dirette di *negativismo* nelle associazioni sperimentali. Solo in due malati abbiamo notato la tendenza a negare e ad associare per contrasto, ma non erano particolarmente negativisti.

Ziehen (847) ha esaminato anche le *associazioni retrograde*; in stati morbosi che riconosciamo come schizofrenici ha trovato difficoltà