

Paul E. Mullen

È un dovere, e dovrebbe essere un privilegio per l'esaminatore medico, passare diversi giorni a esaminare un lunatico prima di pronunciare una diagnosi definitiva.

Theodric Beck (1823)

L'asserzione del Dottor Beck potrebbe essere considerata stravagante in questi tempi di brevi ricoveri e di fiacca psichiatria di comunità, tuttavia la psichiatria clinica senza alcun tipo di curiosità e di interesse per la vita mentale del paziente risulterebbe una specialità impoverita.

Questo è tanto vero sia per quegli psichiatri il cui principale interesse risiede nella classificazione e nella diagnosi, sia per coloro che tentano di esplorare, in primo luogo e soprattutto, i significativi collegamenti e meccanismi mentali del mondo interiore dei propri pazienti. Le informazioni prodotte da tale interesse, se devono essere condivise, richiedono un linguaggio prestabilito, di sufficiente chiarezza e precisione. Dare un nome alle cose è un prerequisito essenziale per qualunque discorso che abbia un significato. Permettere alle definizioni di tali nomi di determinare la presunta essenza di tali cose costituisce, però, la morte della scienza e del progresso. Tristemente, questo accade non solo nel tentativo di imporre definizioni operazionali nell'ambito della psicopatologia, ma anche negli approcci classificatori dei sistemi del *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) e dell'*International Classification of Diseases* (ICD), o, per lo meno, nel modo in cui tali sintomi sono trattati in alcune circostanze (Mullen, 2006).

Anomalie dello stato psichico come sintomi

Le anomalie dello stato psichico sono spesso trattate in psichiatria solo come sintomi che si comportano da segnali che indirizzano a specifiche conclusioni diagnostiche. La struttura teorica che soggiace a tale approccio è il modello del medico di famiglia nella sua forma basica.

Si possono comunque esprimere delle riserve nell'equiparare le anomalie dello stato psichico ai sintomi, così come accade per i sintomi in medicina generale. Nella medicina stessa il sintomo può essere visto come espressione dell'effetto del processo morboso. Il dolore lungo il braccio sinistro in caso di sforzo può riflettere i cambiamenti fisici che accompagnano l'ischemia cardiaca. Il lamento del paziente è un chiaro indicatore di una lesione fisica. Il tono e il tipo di lamento del paziente, in questa circostanza, possono essere alterati dal carattere e dalla cultura del soggetto, ma il sintomo può ancora essere utilizzato come un indicatore della malattia. In psichiatria, anche se si accetta a priori l'affermazione secondo cui i disturbi soggiacenti allo stato psichico sono disturbi cerebrali, l'idea di una diretta espressione del disturbo mediante il sintomo è supportata con più difficoltà. I cosiddetti sintomi della malattia psichiatrica sono, in modo virtuale, sempre disturbi dello stato psichico. Quando un paziente dà voce alle proprie lamentele, o, più spesso, tenta di esprimere le alterazioni nella percezione di se stesso e del proprio mondo, là, dietro le sue affermazioni, si trova l'intera vita psichica di quel particolare individuo. Così come espresso da Minkowski (1970) «dietro la confusione sta sempre la persona confusa, dietro la malinconia il depresso, dietro una sindrome d'influenza l'influenzato». Le anomalie dello stato psichico non devono essere necessariamente viste come frammenti disordinati, ma, al contrario, possono essere considerati come il riflesso dell'intera personalità e del funzionamento mentale di quel soggetto. Questa prospettiva suggerisce che il concetto di sindrome in psichiatria non può essere equiparato così facilmente a una semplice associazione di sintomi, ma diventa l'espressione di una alterazione dello stato psichico e della personalità dell'individuo stesso.

La chiara e precisa definizione dei sintomi psichici si è rivelata utile e si presta in modo ammirevole al modello medico del disturbo psichiatrico.

Deve esserci, comunque, qualche perplessità su quanto questo possa distogliere dall'indagine e dalla definizione delle attuali esperienze del paziente. Una allucinazione può essere definita come una percezione senza un oggetto. Utilizzando questa definizione, il fatto che il paziente in questione abbia avuto o meno una esperienza allucinatoria, può essere determinato formulando le giuste domande. Una volta stabilita la presenza di allucinazioni, lo psichiatra può credere di aver esaurito questa area di indagine, ma ciò che è stato definito è un sintomo; quello che non è stato ancora fatto è spiegare l'attuale esperienza del paziente.

Per fare un esempio, l'ipocondria è stata definita come una dolorosa o spiacevole preoccupazione, incentrata in modo specifico sulla possibile esistenza di una malattia o malfunzione che sfugge al controllo del paziente ed è sproporzionata rispetto a qualunque malattia o disturbo di fatto presenti (Wing *et al.*, 1974). L'ipocondria così definita può presentarsi in molti modi differenti in presenza di diversi stati psicologici: la paziente gravemente depressa in uno stato di agitata disperazione che si lamenta della propria putrefazione e decomposizione interiore; il paziente con demenza che piange incessantemente cercando aiuto e una cura per un imprecisato malessere; il giovane uomo che passa da un medico all'altro raccontando di un disordine fisico che sostiene lasciarlo privo di sentimenti, di volontà e che gli impedisce di pensare ad altro se non alla propria ipotetica disfunzione; la donna che ha cambiato un dottore dopo l'altro per trent'anni portandosi dietro una molteplicità di acciacchi e dolori e che, nonostante abbia accumulato operazioni, vaghe etichette diagnostiche e innumerevoli cicli di trattamento, continua a lamentarsi amaramente di essere tormentata dalla sua cattiva salute. Il sintomo *ipocondria* potrebbe essere utilizzato per tutte le precedenti condizioni. Il contesto dell'ipocondria in questi casi particolari potrebbe essere ulteriormente localizzato all'interno di una sindrome come quella di Briquet, di un disturbo psichiatrico come la depressione o anche di un'entità clinico-patologica come la malattia di Pick. Questa ulteriore elaborazione non ci porta più vicini alla comprensione dello stato psichico che si manifesta in questi quattro soggetti attraverso la loro preoccupazione e il loro interesse per lo stato della propria salute fisica. Forse, cosa più importante, se non ricono-

sciamo le differenze qualitative relative a come l'ipocondria è vissuta ed espressa, perdiamo un segno assolutamente importante della natura del disturbo di cui è parte.

Se possediamo una reale curiosità in merito alla vita mentale dei nostri pazienti e non ci accontentiamo di rimanere esclusivamente all'interno del riduzionismo delle attuali affascinanti etichette diagnostiche, allora l'esplorazione dello stato mentale deve andare oltre la semplice raccolta dei sintomi. I sintomi sono costruzioni che non esistono in forma pura, ma variano all'interno del contesto, sotto l'influenza di altri disturbi dello stato mentale, a seconda delle situazioni in cui sono vissuti, in base al background culturale e personale dell'individuo e anche a seconda delle convinzioni teoriche dell'esaminatore che dirige e regola il racconto del paziente.

La psicopatologia descrittiva è, pertanto, una concessione intellettuale per quegli operatori sanitari che possiedono tempo sufficiente per analisi che vanno oltre quelle necessarie per la efficace cura e trattamento del paziente? O riveste piuttosto un interesse clinico e di potenziale ricerca? Ci auguriamo che il presente capitolo suggerisca quest'ultima opzione. L'approccio del tipo "lista di sintomi" è abbastanza valido nella maggior parte dei casi, ma la competenza dello psichiatra dovrebbe oltrepassare i limiti intrinseci alla professione medica da manuale. La capacità di indagare lo stato psichico non solo fornirà una comprensione più completa anche della più banale situazione clinica, ma un'analisi competente farà sentire il paziente molto più seguito e compreso rispetto a un colloquio basato su un congiunto predefinito di domande. Nei casi più complessi, questo tipo di indagine tutela maggiormente da un possibile errore e offre la speranza di una gestione più efficace. Negli ultimi anni, la maggior parte delle ricerche sociali e biologiche in psichiatria si è incentrata, per ottime ragioni, sull'uso di strumenti diagnostici standardizzati. Tuttavia, in alcune aree si cominciano a incontrare i limiti relativi a questo approccio diagnostico che domina sia il DSM-IV sia l'ICD-10.

Si ritiene che le classificazioni diagnostiche meticolosamente articolate del DSM-IV e dell'ICD-10 siano correlate in modo significativo al mondo dei disturbi mentali. Nonostante ciò, la sempre più crescente distanza tra i risultati della ricerca e le definizioni dei disturbi mentali contenute nei moderni manuali diagnostici

comincia a sollevare interrogativi circa la eventualità che la validità sia stata sacrificata sull'altare dell'affidabilità. Per esempio, la schizofrenia come entità diagnostica ha iniziato a frammentarsi sotto l'impatto della genetica, delle tecniche di neuroimaging, neuropsicologiche, sociali e di altre metodiche di ricerca per cui è difficile trovare un senso ai risultati all'interno dei modelli manualistici della schizofrenia. È ritornata la pluralità delle schizofrenie di Bleuler. Si può parlare di schizofrenia persino nel processo di regressione da malattia a sindrome. La questione è ancora una volta aperta su quali anomalie dello stato psichico e del comportamento meglio si rilevano nella ricerca dello sviluppo dei database – una domanda alla quale le categorie di auto-conferma e di diagnosi prestabilite odierne, con i loro semplici indicatori di sintomi, sono incapaci di rispondere (Mullen, 2006).

I clinici di salute mentale con una qualsiasi capacità critica non potranno fare a meno di notare come, quanto meglio conoscono il paziente e quante più informazioni possiedono, tanto più problematico sarà far rientrare il tutto in una specifica categoria diagnostica. Questo rappresenta il rovescio della medaglia nelle specialità mediche consolidate.

Il sempre più frequente uso della definizione di *disturbo schizoaffettivo*, per esempio, riflette non solo una pratica negligente, ma una genuina confusione creata dal tentativo di leggere la realtà clinica attraverso le categorie dei manuali diagnostici.

La situazione nel caso dei disturbi affettivi è ancora più drammatica. In seguito all'estensione della categoria *depressione* utilizzata per coprire una vasta gamma di sofferenze e disforie, restano supposte entità diagnostiche, come la depressione maggiore, che hanno perso coerenza per essere state estese in modo eccessivo. Sotto la guida di illustri esperti dell'industria farmaceutica, stiamo osservando una simile inflazione anche del termine *mania*. Al giorno d'oggi una diagnosi equivale a una indicazione, e una indicazione piuttosto ampia può essere la fortuna di una casa farmaceutica. Nel mondo medico, sempre più commercializzato, non esiste alcuna innocenza nei sistemi diagnostici psichiatrici. Ammesso che rimangano essenzialmente arbitrari, per lo meno a grandi linee, essi diventano gli strumenti per la ricerca di potere e influenza da parte di qualche professore e per la ricerca di profitto da parte di

alcune aziende farmaceutiche. I vari DSM e ICD sono nati con l'intento di creare un linguaggio comune codificando quelle che prima venivano considerate supposizioni preliminari e provvisorie in merito alle categorie diagnostiche. Oggi il DSM-IV e l'ICD-10 si presentano non come ipotesi circa i modi utili per concettualizzare gli stati mentali e i comportamenti distorti, ma come il reale fondamento delle nostre ricerche e della pratica clinica. Nella psichiatria moderna, essere un ricercatore o anche un tradizionale clinico porta a immergersi nel nucleo dell'auto-justificazione e dell'auto-sostegno ermeneutico del mondo dei contemporanei manuali dei disturbi mentali. A conti fatti, comunque, le entità diagnostiche dipendono dalla fenomenologia, almeno fino a quando genuine entità cliniche patologiche emergeranno dall'attuale confusione di mezze verità, buone intenzioni e puro oscurantismo.

Fenomeni patologici

Nelle seguenti sezioni verranno discussi i fenomeni patologici. L'enfasi verrà posta sulla descrizione dei fenomeni mentali prima che vengano inclusi come parte della definizione di specifici disturbi; a ogni modo, per convenienza e coerenza, alcune comuni sindromi, come la mania, verranno usate per riunire i fenomeni associati. Lo spazio disponibile ci permette solo una limitata presentazione. Questo capitolo non è altro che una sorta di pubblicità per la psicopatologia descrittiva, che speriamo, riesca a stimolare il lettore a esplorare ulteriormente quest'area. Il miglior modo per iniziare questa esplorazione resta la *General Psychopathology* di Karl Jaspers (1963), in particolare le pagine 5-148.

Disturbi della percezione

I pazzi sono visionari dei sensi perché non vedono le cose come sono e perché spesso vedono le cose che non ci sono.

(Malebranche, 1674/ 1980)

Le modalità sensoriali sono costituite dai sensi speciali della vista, udito, olfatto, gusto, così come dalle sensazioni di tatto, dolore, tempera-

tura, punto di discriminazione sensoriale e posizione. Salvo particolari situazioni, noi proviamo percezioni, non sensazioni. Le sensazioni sono trasformate in percezioni dal fatto che all'origine sono vissute come provenienti da un qualche oggetto esterno. Se io percepisco un odore senza riconoscerlo o associarlo, questo sarà una semplice sensazione, ma dopo che questo viene attribuito a un oggetto esterno (diciamo: una rosa) diventa parte di una percezione. Nella percezione di solito viviamo noi stessi in relazione a un oggetto nel mondo. Gli oggetti sono di solito percepiti come cose specifiche. Questo è soprattutto vero per le percezioni visive in cui, per esempio, se io guardo un cubo, tendo a percepirlo come un cubo, sebbene, all'inizio, la mia mente possa al massimo afferrare tre dei suoi lati, ed esiste la possibilità, fino a quando non abbia esaminato ogni aspetto, che non sia veramente un cubo. I significati tendono, quindi, a essere imminenti nella percezione. Gli oggetti percepiti esistono fisicamente davanti a noi e sono infusi della qualità della realtà. Noi crediamo in quello che vediamo, e lo facciamo di solito senza alcuna verifica o considerazione. Tradizionalmente, le teorie sulla percezione introducono nella percezione stessa operazioni intellettuali e un esame critico dell'evidenza dei sensi, ai quali noi di fatto ricorriamo solo nel caso in cui l'osservazione diretta sprofonda nell'ambiguità. È chiaro, comunque, che quando ci occupiamo di percezione piuttosto che di sensazione, ci stiamo occupando non solo di semplici dati grezzi, ma di un processo che di solito coinvolge la consapevolezza "di cosa" allo stesso modo "della percezione di". Nell'affermare che sente una voce, il paziente riconosce il carattere e la natura di ciò che sente.

Disturbi della funzione sensoriale

I disturbi a carico delle stesse modalità sensoriali sono in gran parte risultato di lesioni organiche e sono trattati nei classici testi di neurologia. A volte si può lamentare l'assenza di sensazione (es. cecità o anestesia), l'alterazione della sensazione (es.: parestesia con formicolio) o l'anomala intensificazione della sensazione (es. iperacusia) senza una plausibile spiegazione di patologia fisica. Questo, per esempio, si vede in certi sintomi di conversione di tipo isterico. In alcuni pazienti con mania,

tutte le sensazioni possono apparire intensificate, così come può verificarsi negli individui depressi, sebbene per alcuni questo costituisca una fonte di piacere e di gioia, per altri un ulteriore carico e imposizione. Un intorpidimento delle sensazioni, in cui tutto è vissuto come scialbo e tetro, può accompagnare la depressione.

Dispercezioni

Agnosia

La disturbata capacità di organizzare impressioni sensoriali così da permettere il riconoscimento degli oggetti (cioè, di percepire gli oggetti) è conosciuta come agnosia. L'agnosia può, ovviamente, interessare diverse modalità sensoriali e, di solito, rispecchia un danno corticale.

Micropsia e macropsia

Le proporzioni relative agli oggetti percepiti possono essere alterate così da renderli ingranditi (macropsia) o rimpiccioliti (micropsia). Tali cambiamenti possono verificarsi, per esempio, in caso di grave affaticamento, insonnia, stati tossici ed epilessia del lobo temporale.

Sinestesia

Questa condizione si verifica quando le percezioni in una modalità (es. udito) sono simultaneamente vissute come se fossero presenti anche in un'altra modalità (es. vista). La sinestesia si ritrova in alcune intossicazioni da droghe. Gli effetti visivi che si verificano in concomitanza con la musica negli stati di intossicazione da cannabis sono spesso molto apprezzati dagli *habitués*.

False percezioni

Queste sono reali anomalie percettive e implicano che il tipo di esperienza in questione si riferisce al percepire un qualcosa, non solo al credere in qualcosa.

Allucinazioni

Esiste una lunga tradizione circa la distinzione tra illusioni e allucinazioni (Van Den Berg, 1982). Esquirol (1833), riteneva che

una persona si trova sotto allucinazione se ha una profonda convinzione di una sensazione quando nessun oggetto esterno adatto a stimolare questa sensazione

abbia impressionato i suoi sensi, mentre si tratta di una illusione se i sensi sono stati ingannati in relazione alle qualità, relazioni, e cause di impressioni effettivamente ricevute e portano a formare falsi giudizi relativamente alle sensazioni interne ed esterne.

Le vere allucinazioni presentano le seguenti caratteristiche:

- Sono reali false percezioni, non distorsioni di reali percezioni.
- Sono vissute come se fossero presenti realmente nel mondo e occupanti uno spazio oggettivo.
- Sono vissute come aventi le qualità e la forza delle corrispondenti percezioni normali, essendo altrettanto vivide, complete e immediate.
- Sono di solito vissute accanto e simultaneamente alle normali percezioni (le visioni complesse possono costituire una eccezione).
- Sono indipendenti dai nostri desideri come qualunque altra normale percezione, per tale ragione non possono essere rievocate o dismesse.

L'allucinazione può manifestare una maggiore indipendenza dalla nostra volontà e dalle nostre azioni rispetto a una percezione normale: sebbene io possa distogliere lo sguardo dalla pagina davanti a me o smettere di ascoltare la voce monotona di un professore, le mie allucinazioni continueranno a imporsi sulla mia attenzione. Una voce allucinatoria di norma riuscirà a penetrare il più efficiente dei paraorecchie, e il paziente potrà continuare a essere tormentato da voci allucinatorie anche dopo aver distrutto i propri timpani con degli aghi, così da ridurre il resto del mondo al silenzio.

Le allucinazioni non possono essere soggette ad argomentazioni poiché l'immediatezza dell'esperienza è quella della normale percezione, anche se la realtà vissuta delle allucinazioni può variare. In più di una occasione, mi è capitato di avere pazienti che tentavano di descrivere come le voci o le visioni differissero dalle reali percezioni. È stato asserito che le allucinazioni sono dovute tanto all'interpretazione quanto alla percezione, con pazienti che elaborano e costruiscono le proprie esperienze fuori dai più basilari fenomeni allucinatori (Horowitz, 1978). I pazienti spesso non hanno difficoltà nel discernere tra le proprie allucinazioni e le vere percezioni. Le allucinazioni sono di solito confinate a una sola modalità sensoriale e questa o qualche altra sottile differenza con le normali percezioni può

permettere al paziente di rendersi consapevole della falsa natura delle percezioni. La facilità con cui, alcuni pazienti, distinguono le allucinazioni dalle reali percezioni è illustrata dall'esempio di un telefonista che, nonostante fosse ingannato da costanti allucinazioni uditive, continuava a lavorare in modo efficiente, distinguendole in modo infallibile dalle evanescenti voci di quanti telefonavano. Uno specifico paziente potrebbe soffrire simultaneamente di allucinazioni in più modalità sensoriali allo stesso tempo, ma esse saranno percepite di rado come prodotte da una singola entità. A volte le allucinazioni multimodali o sceniche sono descritte in coloro che provano un'allucinazione visiva o uditiva complessa, ma se il paziente riferisce una visione che parla pure, in particolare se risponde, le spiegazioni più probabili sono la simulazione o l'isteria.

Le allucinazioni possono essere ripartite sulla base della modalità sensoriale.

Le *allucinazioni uditive* possono andare da suoni indefiniti a percezioni altamente organizzate. In questo caso, per esempio, il paziente può sentire una voce conosciuta, come quella di un parente o di un conoscente, parlare anche per lungo tempo. Uno dei miei pazienti era perennemente tormentato dal suono di una delle canzoni dei Beatles "Strawberry Fields", completa dell'intero accompagnamento musicale, fenomeno che, nonostante il suo amore per la musica Pop, scomparve dopo poche settimane. Le vere allucinazioni uditive di solito hanno una qualità direzionale, e il paziente può descrivere da dove sembrano provenire. Alcuni modi di sentire le voci sono stati considerati da Kurt Schneider (1974) di particolare rilevanza diagnostica nei casi di schizofrenia. Il sentire i propri pensieri letti ad alta voce, voci che parlano l'una con l'altra, e voci che continuano a commentare i pensieri e le azioni del paziente sono considerati sintomi di primo rango. A volte gli acufeni o altri disturbi dovuti a malattie locali dell'orecchio possono essere confusi con allucinazioni.

Le *allucinazioni visive* possono a loro volta variare, andando da ombre e colori indefiniti a oggetti e persone chiaramente riconoscibili fino a complesse visioni che possono, per esempio, accompagnare gli stati di estasi.

Le *allucinazioni olfattive e gustative* possono verificarsi separatamente o, più di frequente, insieme. Si possono riscontrare in alcuni tipi di

disturbi schizofrenici, ma possono anche verificarsi in disturbi affettivi ed epilettici. Il paziente con deliri di persecuzione può sentire il sapore e l'odore del veleno collocato nel proprio cibo dai suoi persecutori, il paziente depresso può essere assalito dal fetore della propria decomposizione, l'ipersensibile può contorcersi nell'imbarazzo di quello che percepisce come il suo insopportabile odore (la distinzione dal delirio può essere spesso difficile in questi casi).

Le *allucinazioni tattili* si riferiscono a percezioni cutanee che variano da un vago formicolio o sensazioni di cambiamento di temperatura a percezioni quali l'essere trattenuto, colpito o accarezzato. In alcune intossicazioni, tipicamente da cocaina, il paziente può presentare un formicolio come se sentisse degli insetti strisciargli intorno, sopra o sotto la pelle.

Le *allucinazioni somatiche* possono essere difficili da distinguere dalle allucinazioni tattili e, all'estremo, si fondono con le idee deliranti riguardo a cambiamenti del corpo. Un paziente affermava che il proprio sperma gli fosse tirato fuori da demoni. Chiaramente, connesse a queste bizzarre convinzioni deliranti, ci sono allucinazioni tattili che concernono la percezione di essere pizzicati con delle mollette e sensazioni di solletico alla base della spina dorsale, ma anche allucinazioni somatiche che riguardano la sensazione che i propri testicoli e il proprio pene si ritirino nell'addome e la sensazione che la colonna vertebrale sia "vuota e incrinata".

Le allucinazioni somatiche possono anche accompagnare l'attività epilettica. Un paziente che descriveva strani sintomi addominali che precedevano i suoi attacchi, li percepiva come movimenti contorcimenti e, di conseguenza, li interpretava come serpenti che si contorcevano nella sua pancia.

I disturbi dell'immagine corporea possono verificarsi in una varietà di disturbi cerebrali organici, in alcuni disturbi psichiatrici e, probabilmente più spesso, in soggetti normali sotto l'influenza di privazione del sonno, esaurimento o intossicazione. I disturbi dell'immagine corporea più frequenti sono rappresentati da percezioni di cambiamenti delle dimensioni e della forma di parti del corpo (mani e testa sembrano essere le più comuni) o dell'intero corpo. Tale alterazione dell'immagine corporea nel caso dell'anoressia nervosa appare essere un fenomeno molto più complesso.

Le *illusioni* sono distorsioni di vere percezioni, in contrasto con le allucinazioni che sorgono in assenza di stimoli esterni. Lo stimolo percepito sorge da un oggetto reale, e l'illusione è formata mediante la trasformazione della percezione. Le altre caratteristiche sono identiche a quelle elencate nelle allucinazioni. Le illusioni presentano, tuttavia, una esistenza più transitoria rispetto alle allucinazioni e spesso svaniscono quando l'attenzione è spostata sulla errata percezione.

Una tipica illusione che si verifica in soggetti ansiosi è quella per cui la loro visione in una notte scura trasforma i rami che oscillano al vento nella percezione di essere attaccati da qualcuno. Una paziente depressa che si trovava alla guida della sua macchina, raccontava di essere stata paralizzata dal terrore dopo aver sentito il suono di un bambino che urlava di dolore, realizzando solo più tardi di aver mal interpretato il cigolio dei freni della propria macchina. Ciò che è importante in questo esempio è il fatto che la paziente abbia sentito distintamente un urlo di dolore e non abbia invece frainteso il cigolio dei freni per lo strillo di un bambino ferito. Il paziente con delirium tremens è spesso afflitto dalla trasformazione di cose intorno a lui in illusioni terrificanti.

Allucinazioni funzionali. Queste allucinazioni, che possono essere confuse con le illusioni, sono fenomeni rari in cui l'allucinazione si verifica in modo simultaneo e in associazione con una reale percezione. Pertanto le voci allucinatorie possono essere udite solo, per esempio, con il rumore di un rubinetto aperto come sottofondo e la chiusura dell'acqua causa il cessare della allucinazione. Il rumore dell'acqua corrente, in questo esempio, non è trasformato o distorto in una voce allucinatoria né è frainteso come tale, per l'allucinazione funzionale è udito parallelamente e in modo separabile dalla reale percezione che la accompagna. Un uomo si lamentava del fatto che, alla guida della propria macchina, fosse assalito da voci che lo insultavano. Queste voci venivano udite solo ai semafori ed erano limitate ai periodi in cui il segnale giallo del semaforo era acceso. Quando il segnale passava al rosso o al verde le voci cessavano.

Pareidolia. Un altro comune e normale fenomeno, pareidolia, è rappresentato da percezioni evocate da impressioni sensoriali mal definite, come quelle che si verificano quando si fissano le ceneri di un fuoco all'aperto.

Fenomeni correlati alle false percezioni

Interpretazioni errate

Queste non sono false percezioni, dal momento che sono costituite da una corretta percezione, la cui importanza è dedotta in modo scorretto. Pertanto, un attento cercatore potrà confondere un metallo luccicante con l'oro, la percezione del luccichio è corretta, ma la sua interpretazione è eccessivamente ottimista. I fraintendimenti insorgono spesso in pazienti paranoici, per esempio, quando ogni scricchiolio e colpo, seppur correttamente percepito, può essere mal interpretato come passi incalzanti del proprio persecutore.

Pseudoallucinazioni

Le pseudoallucinazioni, uno dei fenomeni patologici più fraintesi e sottovalutati, costituiscono una forma di immaginazione distinta dalle allucinazioni e dalle illusioni, che sono invece fenomeni percettivi. L'immagine è un prodotto del pensiero e si riflette sul mondo, a differenza della percezione in cui c'è la sensazione di qualcosa di esterno, presente nel mondo reale. Sebbene un'immagine sia una cognizione, essa è vissuta in modo figurato come se fosse una percezione. Le pseudoallucinazioni sono immagini patologiche vissute come se fossero prodotte dalla mente; esse sono viste con gli occhi della mente e sentite con l'orecchio interiore, non sono percepite con occhi e orecchie reali. Le pseudoallucinazioni popolano lo spazio soggettivo profondo, non il mondo esterno degli oggetti. Le pseudoallucinazioni sono pensieri propri del paziente, e si prova un senso di responsabilità per loro, sebbene, a differenza delle immagini della normale vita mentale, le pseudoallucinazioni patologiche non sono sotto il controllo della volontà. Si presentano al paziente come se fossero all'interno della mente; non sono sotto il suo comando e non si dissolvono in risposta ai suoi desideri. Le voci interiori sono l'esempio che più di frequente si incontra, spesso descritte come voci dentro la testa o come la voce della coscienza.

I pensieri che sono vissuti come se fossero letti ad alta voce non sono pseudoallucinazioni se vengono alienati dal soggetto e diventano delle percezioni uditive che si presentano come parte della realtà esterna.

Il problema è costituito dal paziente che dice di sapere che le voci e le immagini sono nella

sua mente, pertanto questo indica che il paziente possiede una certa capacità di discernimento in relazione alla natura patologica della propria esperienza. In tal caso è importante distinguere se il fenomeno sia stato vissuto come una percezione proveniente dallo spazio oggettivo o se, in realtà, si tratta di una immagine all'interno dello spazio soggettivo. Le pseudoallucinazioni sono definite a volte come percezioni patologiche in cui, colui che ne è affetto, è consapevole della loro natura patologica e non le proietta nel mondo circostante. A questo autore sembra piuttosto avventato chiamare "allucinazioni" le pseudoallucinazioni semplicemente perché il paziente è a conoscenza della loro natura patologica (Fish, 1967; Hare, 1973), per questa ragione occorre fare la classificazione di disturbi percettivi dipendenti dal giudizio del paziente al momento dell'intervista, e non dalla natura propria delle esperienze.

Il termine *pseudoallucinazione* ha favorito la tendenza ad approssicare il fenomeno come qualcosa che deve essere escluso nel tentativo di scoprire le "vere" allucinazioni. Come risultato, è stato messo da parte come sciocchezza priva di importanza inerente – o peggio, come un segno di mendacia in coloro che riferiscono l'esperienza. In realtà si tratta di una esperienza anomala che si ritrova in un ampio spettro di stati psicopatologici, dai gravi disturbi di personalità agli stati confusionali tossici. Costituisce né più né meno un fenomeno reale come l'allucinazione, e la sua presenza, sebbene di limitata importanza diagnostica, è indicativa di un grave disturbo dello stato mentale. In modo interessante i suoi contenuti possono essere molto più informativi riguardo alle attuali preoccupazioni e intenzioni del paziente che una esperienza allucinatoria.

Immagini eidetiche

Le immagini eidetiche sono fenomeni perfettamente normali che si riscontrano più di frequente nei bambini. Sono immagini di qualcosa una volta percepito, che può essere rievocato con quasi tutti i dettagli originali intatti. Pertanto, una pagina di un libro precedentemente letto può essere richiamata come immagine così vivida che la persona eidetica può leggere il testo come se avesse di fronte la pagina originale.

I disturbi percettivi e le pseudoallucinazioni ricorrono in tutte le tipologie dei disturbi

psicotici, negli stati alterati di coscienza e, con frequenza sorprendente, nei soggetti normali (Posey e Losch, 1983; Slade e Bentall, 1988). Durante la fase che intercorre tra lo stato di veglia e il sonno, molte persone possono avere illusioni e allucinazioni. Le allucinazioni che si verificano mentre ci si addormenta sono chiamate *ipnagogiche*, mentre quelle che si verificano al risveglio sono dette *ipnopompiche*. Nel dolore che segue a un lutto, le allucinazioni e le pseudoallucinazioni che hanno come oggetto il defunto sono un fenomeno comune e normale. In situazioni di estremo stress, sia questo fisico o emotivo, caratterizzate da alti livelli di eccitazione, i disturbi percettivi tendono a essere più frequenti, anche se momentanei. Le procedure di deprivazione sensoriale hanno prodotto un'ampia varietà di anomalie percettive, incluso esperienze allucinatorie organiche. Una varietà di stati organici sono associati a disturbi percettivi, e qualunque sconvolgimento importante della funzione cerebrale può produrre tali fenomeni, di solito in associazione a obnubilamento della coscienza nello stato confusionale. Le allucinazioni uditive e visive più significative sono nello specifico associate a disfunzione del lobo temporale ed è stato anche affermato che, in realtà, possono essere prodotte dalla diretta stimolazione del lobo temporale o di aree circostanti. Le droghe allucinogene inducono un ampio spettro di disturbi percettivi, di carattere principalmente visivo, la cui forma e il cui contenuto tendono ad avere un flusso costante, a differenza dei disturbi allucinatori della schizofrenia.

Le allucinazioni tattili e somatiche richiedono particolare attenzione. Se una paziente presenta allucinazioni tattili, come uno strano formicolio, potrà dire che questo è dovuto a raggi che sono diretti su di lei o "come se" ci fosse qualche corrente elettrica. Chi soffre di sclerosi multipla può descrivere in modo analogo una vera parestesia come se sentisse una corrente elettrica (segno di Lhermitte). Si deve, pertanto, porre sempre particolare attenzione nel distinguere i modi strani di esprimere veri disturbi sensoriali dalle elaborazioni, deliranti o altro, delle false percezioni. In più, è saggio non dimenticare che una bizzarra interpretazione, in particolare di una sensazione somatica nella schizofrenia, può mascherare il sintomo di un disturbo fisico.

Sentimenti, emozioni, affetti e umore

La terminologia in questa area è complicata poiché diverse espressioni di uso comune sono spesso associate a ciascuna parola. Per esempio, *sentimenti* nel linguaggio quotidiano può riferirsi alle sensazioni, credenze, presentimenti, considerazioni per gli altri e può anche essere usato come sinonimo di *emozioni*. Nonostante l'estesa sovrapposizione di vari termini, vale la pena fare una distinzione approssimativa e una gerarchia.

I *sentimenti* possono essere considerati come le esperienze basiche di piacere e dispiacere. Wundt (1903) ha suggerito che i sentimenti variano in relazione al loro grado di piacevolezza o spiacevolezza, alla capacità di produrre eccitazione e al grado di provocare tensione o, al contrario, rilassamento. Un sentimento non deve essere necessariamente riguardo a qualcosa in sé e per sé; è semplicemente un qualcosa di interiore.

Le *emozioni* si possono considerare come coinvolgenti uno stato mentale più complesso rispetto ai sentimenti, in quanto sono di solito intenzionali, e possono essere attivamente dirette verso qualcosa. Se sono innamorato, questo è amore per qualcuno, ed è il fascino dell'amato ciò di cui sono consapevole, non l'esperienza dissociata dell'essere innamorato. Uno stato emotivo, come la tristezza, può ovviamente diventare un oggetto per la coscienza, un pensiero astratto su cui è possibile riflettere, ma non appena questo torna a essere di nuovo l'emozione di tristezza, si parla di tristezza *per* qualcosa. La distinzione tra sentimento ed emozione può essere illustrata dalla rabbia. Arrivando al lavoro, una persona scopre che gli importanti documenti che gli avevano assicurato gli sarebbero stati senz'altro consegnati non sono sulla sua scrivania e si arrabbia. Quella persona in quel momento sta provando l'emozione della rabbia dovuta alla delusione. Pochi istanti più tardi, si accorge che il fascicolo è in cima all'archivio: non può più essere arrabbiato per essere stato deluso, ma i sentimenti che accompagnano l'emozione della rabbia (il senso di spiacevole eccitazione, palpitazioni e perturbazione generale) possono continuare per un certo periodo di tempo. Questo esempio illustra anche come un giudizio, in questo caso quello di essere stato deluso, è fondamentale per una esperienza emotiva e, insieme al giudizio, viene la possibilità di scelta

(si veda Solomons, 1980). Si sottolineano inoltre i cambiamenti autonomi che accompagnano le nostre emozioni più veementi.

Le emozioni spesso coinvolgono ciò che Frida (1986) riferisce come *oggettività* in quanto sembra che esse, presenti in una data persona, diventino poi spontanee e indipendenti dalle proprie scelte coscienti. Le emozioni sono vissute come un qualcosa che ci accade e spesso come se fossero reazioni irrazionali e incontrollabili. Pertanto, sebbene le emozioni siano di solito intenzionali, nel senso che rappresentano un orientamento cosciente nei confronti di qualcosa, esse possono essere vissute come non-intenzionali, in quanto fuori da ogni possibile controllo cosciente. Le emozioni possono coinvolgere non solo i sentimenti relativi a qualcosa, ma anche comportamenti o, più esattamente, una disposizione a comportarsi in un determinato modo. Così, l'amore sarà associato alla tendenza ad avvicinarsi o comportarsi in modo affabile nei confronti dell'oggetto del proprio affetto, così come il timore causerà la tendenza a indietreggiare o a scappare da ciò che temiamo. Le fantasie sono così intimamente connesse alle più forti emozioni che possono essere considerate come un elemento integrante dell'esperienza. Per concludere, ciò che dà origine alle emozioni, come queste vengono espresse e forse anche come vengono vissute, è influenzato dal contesto sociale e culturale che condiziona le aspettative (Harré, 1986; Mullen, 1991).

La gelosia romantica offre un esempio (Mullen, 1990). Questa coinvolge l'esperienza di sentimenti dolorosi associati al timore legato alla perdita e alla rabbia rivolta contro la persona ritenuta colpevole di infedeltà. Esiste una causa che spiega una relazione in cui si insinuano i sospetti ed esiste l'avviso che le ragioni del geloso siano state violate e ignorate. Ciò che rappresenta la fedeltà e, pertanto, l'infedeltà è in parte determinato dal bagaglio culturale. La fedeltà e l'infedeltà hanno una motivazione perché c'è la gelosia di qualcuno e per qualcosa. La gelosia spesso porta con sé vivide fantasie delle ipotetiche infedeltà del partner, a volte descritte come immagini visive di tale immediatezza che sembra quasi di assistere all'evento reale. Esiste una tendenza ad alcuni tipi di comportamento, inclusi il controllare, l'interrogare e l'aggreddire sia verbalmente sia fisicamente. I "copioni accet-

tabili" che determinano comportamenti di gelosia sono sanciti culturalmente.

Umore e affetti designano stati della mente più prolungati e pervasivi; le emozioni dell'individuo possono farne parte. È il tono prevalente con cui la vita emotiva del soggetto si svolge.

Jasper (1963) sosteneva che l'umore si esprime con una emozione prolungata, ma in pratica spesso è come se l'umore precedesse e condizionasse le risposte emotive emergenti. Così, negli stati affettivi depressivi, i soggetti possono essere predisposti a provare una varietà di emozioni (vergogna, timore, rabbia), proprio come se fossero stati resi indifferenti ad altre emozioni come, per esempio, la gioia. "Umore" e "affetto" sono designazioni più generali rispetto a "emozione" e rappresentano una concezione molto più complessa dell'esperienza psichica della persona. I termini umore e affetto designano in larga misura il nostro orientamento nel mondo. Gli orizzonti della nostra esistenza possono essere profondamente influenzati dall'umore; per esempio, la depressione porta con sé una limitazione di possibilità, un restringimento del nostro senso di azione ed efficacia, così come un generale appiattimento dell'esperienza.

Il *temperamento* è quell'aspetto dell'individuo che può essere considerato come una predisposizione per particolari modelli e tipi di risposte emotive e stati affettivi che dura per tutta la vita.

Pertanto esiste una gerarchia che va dai sentimenti, passando per le emozioni, gli stati d'animo e lo stato affettivo, fino al temperamento, e che implica una crescente complessità in termini di stato mentale e, di solito, un aumento della durata dello stato stesso.

Patologia dei sentimenti ed emozioni

Si può considerare che la patologia delle emozioni, utilizzando il modello delineato, coinvolga alterazioni nei seguenti aspetti.

1. Tipo e qualità di eventi e intenzioni che evocano risposte emotive

Le alterazioni e le patologie che coinvolgono le situazioni e le intenzioni che evocano emozioni sono di considerevole importanza in psichiatria ma, di solito, ricevono scarsa attenzione in termini di patologia delle emozioni. Per usare

l'amore come esempio, esso è di solito considerato patologico in funzione di idee anomale (deliri) che lo suscitano. Chiaramente, a ogni modo, esistono patologie che riguardano l'amore in cui il grado di risposta, i tipi di situazioni che lo evocano e le intenzioni delle emozioni possono essere grossolanamente devianti rispetto alle norme sociali e culturali accettate, senza alcun coinvolgimento di idee deliranti riguardo ai sentimenti dell'amato o al proprio rapporto con questi sentimenti. Le infatuazioni intense con speranze prive di fondamento rispetto al possibile avverarsi della passione possono preoccupare l'individuo. Eccetto nei momenti in cui si è immersi nella fantasia, è possibile conservare un certo intuito relativo alla natura oltremodo fiduciosa delle aspettative, ma questo non fermerà l'individuo nell'impeto dell'infatuazione morbosa dal pedinare il presunto amato, fino addirittura al danneggiarlo e prenderlo di mira (Mullen e Pathé 1994; Mullen *et al.* 2000). Si può vedere come la patologia amorosa, all'interno di questo modello, occupi un ampio spettro di disturbi, incluse le perversioni sessuali (Boss, 1949).

2. Le caratteristiche, il tono e la forza dei sentimenti generati

Secondo la tradizione, la psicopatologia delle emozioni si è concentrata principalmente sulle alterazioni del tono del carattere dei sentimenti generati. Questo è in accordo con la prospettiva secondo cui le emozioni sono eventi che, semplicemente, accadono in noi o a noi. I disturbi descritti in questa sezione sono i seguenti.

Povertà della risposta emotiva, in cui è presente una perdita della intensità dei sentimenti evocati dagli eventi, e la vita emotiva diventa piatta e arida. Questa condizione la si ritrova, nelle sue forme più drammatiche, nella schizofrenia cronica e fa parte della cosiddetta sintomatologia negativa. L'ottundimento della risposta può essere distinto dall'appiattimento, sebbene vengano spesso usati in modo intercambiabile. *L'ottundimento* si riferisce strettamente alla perdita di sensibilità o indifferenza circa l'importanza emotiva di un evento, cosa contrapposta alla scarsità di reazione (Sims, 1988). Può essere descritto in termini di perdita della capacità di empatia, sebbene non venga di solito concettualizzato in tal modo. *L'appiattimento*, al contrario, è illustrato

da coloro che sono consapevoli del potenziale significato dell'evento e dei sentimenti che potrebbero essere evocati, ma manca ad essi l'appropriato grado di risposta. Una distinta giovane donna con schizofrenia descriveva che quando era con gli altri, sapeva di dover condividere con loro le risate, gli interessi e anche la rabbia, ma a differenza degli altri, lei poteva solo rappresentare le emozioni, non viverle.

L'anedonia è un fenomeno correlato in cui è presente una perdita di risposta associata, nello specifico, alla esperienza del piacere che può essere relativa sia alle esperienze fisiche sia ai piaceri derivanti dalla interazione sociale.

L'incongruità si verifica quando le risposte emotive degli individui alle proprie esperienze sembrano essere inappropriate a un osservatore esterno. L'ottundimento marcato o l'appiattimento possono dare l'impressione di incongruità, per quanto il termine dovrebbe essere limitato a situazioni in cui l'emozione espressa è del tutto slegata dalla situazione.

La *rigidità* e la *repressione delle risposte emotive* si verificano quando il paziente è ancora in grado di fornire risposte emotive, ma esse tendono a essere limitate e ristrette nella varietà e sono relativamente non rispondenti ai cambiamenti del contesto. Emotività repressa è un termine che ricopre una simile gamma di fenomeni. Nella rigidità, la risposta persiste senza variare per adattarsi alla situazione che si modifica.

La *labilità* si ha quando, improvvisamente, brevi ma spesso intensi cambiamenti dei sentimenti avvengono in risposta a eventi minori. Questa condizione si riscontra spesso negli stati di mania, ma si può ritrovare anche in corso di depressione e può essere, tra l'altro, una caratteristica di una varietà di disturbi cerebrali come, per esempio, le sindromi post cerebrovascolari.

L'apatia si verifica quando viene espressa indifferenza nei riguardi della situazione dell'individuo. A primo acchito, può sembrare simile alla povertà della risposta emotiva descritta, ma di solito evoca una diversa risposta empatica nell'interlocutore. Nella povertà di sentimenti, l'intervistatore sente un profondo vuoto nelle risposte emotive; nell'apatia, è presente un senso di chiusura e allontanamento da ciò che riguarda il mondo piuttosto che una perdita della capacità di risposta. L'apatia implica una resa con perdita della volontà e della motivazione a rispondere.

L'*ambivalenza* si ha quando emozioni e intenzioni contraddittorie coesistono nello stesso istante. Nel linguaggio comune, l'*ambivalenza* si riferisce alla relativamente comune esperienza del provare un mix di emozioni in apparenza contraddittorie, nei riguardi di qualcuno o qualcosa, che tendono ad alternarsi con rapidità. Il termine è stato usato anche da Bleuler (1950) per riferirsi a una divisione molto più fondamentale nella vita emotiva in cui emozioni e desideri radicalmente incompatibili coesistono allo stesso momento. Bleuler considerava questa estrema forma di ambivalenza come uno dei sintomi fondamentali della schizofrenia.

L'*allessitimia* è un termine usato per descrivere una virtuale incapacità nel riconoscere o verbalizzare esperienze emotive e una scarsità di fantasie associate (Sifneos, 1972). Il concetto è stato ampiamente, anche se non correttamente, utilizzato.

3. Risposte comportamentali e meccanismi di coping usati per affrontare le emozioni

Il comportamento evocato da una emozione o da uno stato affettivo può essere anormale nella sua forma e grado. Nelle reazioni esplosive, c'è un improvviso scoppio di una forte emozione accompagnato da un comportamento mal controllato e mal considerato. Simili reazioni esplosive possono verificarsi in soggetti relativamente normali in situazioni di stress emotivo estremo o possono essere evocate da quotidiane richieste emotive in soggetti poco disciplinati e dai temperamenti auto-indulgenti. All'opposto, forti emozioni estreme possono indurre una inappropriata incapacità di risposta in quanti sono "gelati" o "paralizzati" dall'emozione. Nei soggetti timidi e impacciati, la possibilità di contatti sociali o sessuali fortemente desiderati con altri può indurre non tanto a un comportamento che non permette al soggetto di avvicinarsi agli altri o provare sentimenti, quanto piuttosto, alla totale incapacità di agire che può, forse, sfociare persino nell'evitare e nel fuggire. In alcuni individui, la difficoltà di accettare o affrontare le proprie emozioni può condurre all'espressione di comportamenti inappropriati: l'uomo incapace di esprimere la propria rabbia può diventare sempre più accondiscendente e servile mentre la sua rabbia continua a crescere; la donna desiderante spaventata dai propri bisogni erotici può agire con freddezza, rabbia e condan-

na nei confronti della persona che desidera. Pochi di noi sono così fortunati da esprimere sempre il comportamento appropriato alle proprie emozioni e le vicissitudini che interessano quest'area del funzionamento costituiscono una gran parte della psicopatologia della vita quotidiana.

Patologia dell'affetto

Stati depressivi

La trattazione sulla depressione risulta dominata dalla ricerca di una chiara definizione dei sintomi più che dalla descrizione dei fenomeni. In parte questo riflette la necessità clinica di definire un disturbo comune e trattabile. L'indagine dell'esperienza depressiva da cui emerge una fenomenologia può sembrare clinicamente irrilevante comparata a un buon strumento diagnostico su cui possono essere semplicemente punteggiati sonno, umore, impulsi suicidi e così via. Dopo tutto, sappiamo veramente cosa voglia dire essere depressi?

Kraepelin (1921) ha suggerito che la depressione "semplice" potrebbe essere intesa come varie manifestazioni di una inibizione mentale con rallentamento cognitivo, dell'attività fisica e del discorso, insieme all'associato deterioramento della concentrazione e senso di indebolimento e spossatezza. L'inibizione psichica può culminare nello stupore depressivo in cui la vita mentale dell'individuo si trascina fino a un virtuale arresto. Kraepelin (1921) suggerì che, in aggiunta a questo rallentamento, i pazienti si sentono come tagliati fuori dai loro corpi e dai loro pensieri; "il pensare e l'agire procedono senza la cooperazione del paziente; egli si vede come un automa" (Kraepelin, 1921, p. 75). Schneider (1959) enfatizzò un simile appiattimento della vita mentale in cui il mondo diventa privo di valore e i sentimenti del soggetto sono vissuti come assenti o alienati. Certamente in molti individui depressi è presente un senso oppressivo di rallentamento sia mentale sia fisico tanto che ogni movimento rappresenta uno sforzo e ogni pensiero sembra emergere solo dopo una prolungata fatica. In proporzioni più ridotte, la depressione è caratterizzata da tormentata e agitata eccitazione in cui il paziente, torturato da idee di colpa o paure ipocondriache, si trova in un continuo stato di lamentosa irrequietezza (Leonhard, 1979).

Un ovvio aspetto della depressione è la disperazione relativa a se stessi e al proprio futuro. Questo coinvolge non solo una perdita di ottimismo, ma anche uno slittamento dell'orizzonte tale per cui il depresso vive in un interminabile presente in cui l'unica prospettiva è il passato. È possibile vedere il futuro come probabilmente orribile (o peggio) senza essere depressi. In caso di depressione la disperazione relativa al futuro è in gran parte una mancanza di fiducia nel futuro stesso. Il passato sommerge il presente e si trasforma in un passato che cessa di essere una fonte di informazioni e possibilità per il futuro, ma diventa un passato che non porta da nessuna parte e che può solo essere una ossessiva e ripetuta lezione sul fallimento e la vacuità. Ad accentuare il problema vi è il senso del tempo che scorre più lento fino al punto in cui il paziente si sente come ibernato in un determinato momento o fuori dal tempo. Jaspers (1963) scrisse della sensazione dei pazienti depressi di sentirsi come se fosse sempre lo stesso istante, come in un vuoto senza tempo (p. 84). Curiosamente, alcuni pazienti depressi hanno un senso del tempo come di qualcosa esterno e separato da loro stessi che scorre veloce. I loro giorni durano un'eternità, ma il mondo passa in un lampo.

Un senso di permanenza pervade la depressione severa. La depressione è vissuta come una realtà che non ha fine e dalla quale non esiste scampo; il passato è trasformato in una progressione di ricordi pervasi di rimpianti e responsabilità, mentre il futuro è sfibrato e vuoto (Minowski, 1970).

Esiste un ostacolo nel divenire, un arresto nel processo dell'autorealizzazione; tutto è visto come conclusivo e perduto, ma allo stesso modo c'è spesso un senso di confronto finale con una immutabile realtà. La depressione è reale, tutto il resto è errore e autoinganno.

Associate all'esperienza della depressione ci sono quelle che Kraepelin (1921) chiama *idee imperative* incentrate sulla malvagità, assenza di valore, persecuzione, degenerazione e morte. Questi temi si autoimpongono sul depresso, e diventano non solo preoccupazioni, ma travolgono le sue esperienze. Il contenuto mentale dell'individuo depresso può essere dominato da idee di inferiorità con autoaccusa, autodenigrazione e timore di danneggiare gli altri. Le asserzioni di colpa e peccato possono avere sfumature di

grandiosità e iperbole. Anche le depressioni da lievi a moderate possono essere associate a un senso di deterioramento fisico relativo sia alla struttura del corpo sia del mondo. Nelle sue manifestazioni più appariscenti, questo porta a deliri ipocondriaci e *idee di annichimento* in cui l'intero mondo sta per essere distrutto o è già stato disintegrato, lasciando il paziente circondato da spettri e fantasmi.

Uno dei vari paradossi incontrati in individui depressi è l'alternanza tra una disperazione suicida, (per cui si disconosce qualunque interesse nel vivere) e l'ipocondria ansiosa (in cui il paziente medita con paura su condizioni potenzialmente letali). Queste idee imperative presentano spesso sia apparente profondità sia una travolgente immediatezza, ma, viceversa, possono essere particolarmente effimere. Pertanto, un momento l'agonizzante paziente depresso può afferrare la mano di qualcuno, contorto dall'angoscia e dalla colpa per le proprie sconsideratezze passate, lamentando una propria responsabilità universale per i mali del mondo; il momento dopo, lo stesso soggetto si lamenta amaramente della trascuratezza e mancanza di cure come pure di essere perseguitato dallo staff e dagli altri pazienti. Nessuna punizione è troppo grande, ma allo stesso modo, nessun servizio o gentilezza è adeguato per soddisfare il senso di ciò che il depresso considera un diritto.

Un aspetto della fenomenologia del depresso che è spesso tralasciato o mal interpretato è il senso di persecuzione. Le idee di diffidenza e persecuzione si ritrovano dalla depressione lieve fino alla moderata. Questo può diventare un tema dominante con la fissazione che il paziente ha di essere seguito, che qualcuno parli di lui, di essere privato di qualcosa, di essere sempre in condizioni sfavorevoli, che qualcuno gli complotti contro e persino di essere assalito da voci minacciose. Idee sensitive di riferimento e deliri di riferimento possono essere prominenti, oscurando perfino il disturbo depressivo primario. La popolarità della diagnosi di disturbo schizoaffettivo riflette in parte, se non del tutto, una certa ignoranza relativa a tale evidenza fenomenologica di base.

L'umore prevalente in corso di depressione è spesso descritto come triste. Nella pratica, la mite tranquillità della tristezza è incontrata di rado. Malinconia, effettiva angoscia, cupo scon-

forto e irritata lamentela sono più frequenti. Vale anche la pena ricordare che qualche depresso socialmente esperto può presentare una ironia autosprezzante che può travestire la sottostante disperazione. Molti grandi comici sono stati tormentati dalla depressione e, a volte, è proprio durante la depressione che la capacità di divertire gli altri raggiunge il culmine.

Centrali nella depressione sono i disturbi relativi ai processi biologici, in particolare quelli che riguardano gli appetiti e il ritmo circadiano. Il sonno è interrotto. Tentativi di associare particolari tipi di disturbi del sonno, come il risveglio precoce, a particolari tipi di depressione sono spesso svianti. In corso di depressione c'è spesso una combinazione di difficoltà ad addormentarsi, sonno instabile e irrequieto e difficoltà a dormire con risvegli precoci. Il risveglio precoce è di solito più frequente negli anziani. L'interesse per il cibo, insieme ad altri piaceri, è ridotto o perso del tutto, e la libido tende ad annullarsi.

Stati maniacali

Esiste la tendenza a considerare la mania come l'immagine speculare della depressione cosa che, sebbene utile fino a un certo punto, può portare a tralasciare alcune caratteristiche salienti. Jaspers (1963) ha caratterizzato la mania come "primaria, immotivata ed eccessiva ilarità ed euforia; come una gioia nella vita, un vivace ottimismo" (p. 596). Sebbene gli individui con mania possano mostrare queste caratteristiche affascinanti, ad eccezione dei casi più lievi, un lato più scuro, anche se non del tutto oscuro, si alterna a questi elementi di buon umore. L'irritabilità manifesta per lo meno frustrazione, l'intolleranza si trova prossima alle ambizioni esagerate e arroganti, e condotte di iperattività fisica possono tutte facilmente sfociare nella violenza.

La persona maniacale è spinta e colpita da emozioni, attività e desideri elevati ed esagerati. C'è un incremento della voglia di vivere, ma il prezzo di ciò è una disorganizzazione dell'unità profonda che di solito regola il coerente dispiegarsi delle nostre idee, intenzioni e attività. La frammentazione e la distruzione delle attività dei soggetti con mania aumentano all'aumentare della gravità delle forme di mania.

L'umore in corso di mania è buono, ma con l'aumentata intensità compaiono anche instabilità e labilità. Possono esserci improvvisi passaggi

dalla gioscosità alla irritabilità accusatoria, dalla esultanza alla disperazione. Può anche essere presente un atteggiamento di pomposa superiorità, ma a differenza del simile comportamento riscontrato in alcune perturbazioni deliranti, l'esagerata fiducia in sé del soggetto con mania è di solito una fragile e fugace audacia.

Si possono verificare stati di *estasi* in cui il paziente è trasfigurato dal piacere, spesso restando relativamente o addirittura completamente immobile. Tali pazienti risultano difficili da distogliere dal loro stato di piacere e racconti sulla situazione possono essere ottenuti solo retrospettivamente. Possono essere pervasi da un senso di gioia e appagamento e possono descrivere una "sensazione oceanica" in cui si sentono come in una sorta di mistica unità con l'umanità, la vita o anche con l'universo. Non sorprende che connotazioni religiose siano legate a tali esperienze. Uno dei miei pazienti, un filosofo precedentemente privo di simpatie religiose, nel corso di un episodio maniacale venne sconcertato da una simile esperienza estatica: senti come se dovesse integrarla, in qualche modo, nella propria prospettiva materialistica del mondo. Così come per molti che hanno sperimentato un'esperienza di estasi, la sua intensità e "veridicità" è troppo grande per confinarla a un sintomo di malattia. Al momento del ricovero, i pazienti con mania possono avere chiara percezione del fatto di aver avuto una malattia mentale, ma restano convinti della validità di alcune delle loro esperienze e rivelazioni.

Nella maggior parte dei soggetti con mania è presente la sensazione che il ritmo e la profondità dei loro pensieri siano aumentati. L'aumentata velocità è associata alla difficoltà di mantenere l'attenzione e, nei casi più gravi, la *fuga di idee* produce un disturbo e una frammentazione a volte chiamata *incoerenza secondaria*. La manifestazione esteriore della difficoltà del pensiero è una difficoltà del discorso e distraibilità (si veda la sezione Disturbi del linguaggio).

L'agitazione fisica, o *eccitazione volitiva*, può essere impressionante in tali individui. Un paziente con mania camminava incessantemente a grandi passi intorno alla mia stanza lungo un percorso che comprendeva l'arrampicarsi dalla sedia alla scrivania e poi, attraverso la scrivania, raggiungere il termosifone. Nelle forme gravi di mania, così come il discorso si può frantumare in

parole e frasi sconnesse, anche le attività possono arrivare a essere movimenti privi di finalità. Anche nelle forme lievi di mania molti lavori possono essere iniziati, ma pochi vengono conclusi.

La percezione è affinata nello stato di mania. Il mondo diventa una fonte di intense e colorate esperienze, ma alcuni pazienti descrivono una certa fragilità e falsano tali percezioni. Una giovane donna diceva di sentirsi come sullo scenario di un opulento set cinematografico in cui ogni cosa era variopinta e scintillante, ma che nulla sembrava avere un qualche tipo di consistenza o vigore; diceva: “era come se potessi stendere le mie dita e farle passare attraverso muri, oggetti e persino persone”. Le allucinazioni, in particolare visive e uditive, si verificano nelle forme più gravi di mania. Visioni complesse possono accompagnare quadri di mania severa. Una paziente, riprendendosi da uno stato di estasi, diceva di essere stata in grado di vedere a una grande distanza e ciò che aveva visto era una grande orgia in cui la gente faceva sesso in un vasto giardino di piaceri carnali (visioni meno colorite sono, comunque, più frequenti).

Un senso di benessere fisico e di maggiore forza è comune nella mania e può portare a credere nella propria invulnerabilità, precipitando il soggetto, a volte, in attività pericolose. Un paziente guidò contromano per diversi chilometri lungo una trafficata superstrada sbattendo allegramente contro le fiancate delle macchine che sopraggiungevano, consapevole di essere in torto e fuorilegge (di fatto risultò che aveva ragione su entrambi gli aspetti).

Anche nelle forme lievi di mania, c'è una tendenza alla grandiosità e un esagerato senso di valore personale. È importante relazionare le lamentele e i comportamenti del paziente a ciò che è per lui usuale. Uno dei miei pazienti, assunto col ruolo di addetto ai servizi igienici, aveva elaborato l'idea di essere un inserviente all'interno della stazione, cosa per lui grandiosa. Le idee grandiose e le aspettative esagerate alimentano fugaci idee deliranti e deliri di riferimento. Le persone con mania possono credere di possedere immense ricchezze provenienti da un'eredità precedentemente dimenticata; allo stesso modo, possono credere che l'ultima canzone pop sia stata adattata su di un pezzo che avevano strimpellato qualche anno prima e che i soldi dei diritti d'autore cominceranno presto ad arrivare

copiosi; possono credere di essere i depositari della saggezza economica e che risolveranno la loro e l'altrui disoccupazione. Nella mania, i deliri (come gli altri contenuti mentali) emergono di solito rapidamente, ma non sono mantenuti. In altri termini, la cosiddetta *mania delirante* si verifica in coloro che presentano come caratteristica dominante un sistema delirante fisso ed estremamente elaborato, di solito di contenuto religioso o di grandiosità, a cui sono legate allucinazioni e fraintendimenti, ma in cui l'agitazione e l'esaltazione sono più in sordina. Questa condizione può essere notevolmente stabile e può provocare difficoltà diagnostiche. L'esaltazione e lo smisurato senso di valore possono condurre a lamentele fantasiose e storie in cui la fantasia e l'invenzione si combinano per produrre fluenti confabulazioni. Questa condizione può essere a prima vista difficile da distinguere dalle confabulazioni fluenti che si possono ritrovare in associazione con alcuni sistemi deliranti, ma la storia della sua apparizione, i contenuti e l'evanescenza dei fenomeni maniacali di solito sono sufficienti per distinguerla.

Nella mania, l'aumento di interesse e impegno col mondo va di pari passo con l'aumento degli appetiti di tutti i tipi, ma in modo più ovvio, dell'area sessuale. Un accresciuto e disinibito comportamento sessuale è comune. Ancora una volta è necessario correlare l'emergente comportamento con quello che è normale per il paziente. La moglie di un parroco mostrò quale fosse per lei la più volgare disinibizione sessuale camminando nuda in punta di piedi nel loro giardino, quantunque nel cuore della notte. Una mancanza di prudenza caratterizza le attività finanziarie così come quelle sessuali dei soggetti con mania. Un'esagerata autostima, un senso di invulnerabilità e un'aumentata tendenza ad accumulare possono combinarsi tra loro portando a una cattiva gestione finanziaria, rovinosa non solo per il paziente ma anche per coloro sui cui soldi il paziente esercita un qualche controllo.

I disturbi del sonno sono virtualmente universali e il cambiamento nelle caratteristiche del sonno spesso preannuncia un episodio maniacale. Nella mania grave, le caratteristiche del sonno sono del tutto sconvolte, con il paziente che è in grado di avere solo brevi sonnellini o micro-sonni.

Gli stati di mania esercitano un certo fascino e attrazione non solo per gli osservatori, ma

anche in retrospettiva per alcuni pazienti. Sebbene alcuni pazienti temano più di tutto la perdita di controllo e i comportamenti di condotta autolesiva, altri ripensano in modo nostalgico al miglioramento dell'umore, all'autostima e all'attività della loro precedente mania. Non pochi pazienti inducono intenzionalmente un episodio maniacale nell'erronea convinzione che, questa volta, saranno in grado di controllarlo invece che lasciarsi controllare. Gli stati maniacali possono mandare a monte, e lo fanno, le vite dei nostri pazienti, distruggendo le loro esistenze interpersonali, professionali ed economiche.

Il termine *disturbo bipolare* incorpora nella vera essenza della sindrome una opposizione polare tra depressione e mania. Questa non è in accordo con le indagini fenomenologiche in cui le fasi di mania e depressione possono fondersi e mescolarsi e nelle quali, nelle più gravi manifestazioni, le eco delle sindromi alterne sono spesso riscontrate. Nella novella *Mrs Dalloway*, Virginia Woolf (1925/1996) proietta la propria esperienza di grave malattia affettiva sul suo personaggio Septimus Smith. Questo fornisce un vivido ritratto del modo in cui gli elementi depressivi e maniacali si intrecciano nella vissuta esperienza della pazzia melanconica.

Stati di ansia

L'ansia gioca un ruolo fondamentale nei disturbi mentali, e tutti quanti noi la proviamo di tanto in tanto. Nonostante ciò, risulta essere un'esperienza particolarmente difficile da descrivere. È relativamente facile parlare di ciò che ci rende ansiosi, sia questa paura di insuccessi, malattie, folla, serpenti o altro. I concomitanti fisici dell'ansia come le palpitazioni, tensione muscolare, tremori e l'iperacusia sono allo stesso modo prontamente descritti. Tentativi di catturare lo stato psicologico dell'essere ansioso spesso tendono a produrre solo una lista di similitudini come preoccupazione, timore, panico, terrore e tensione.

L'ansia si verifica in risposta all'attesa di un qualche male che si avvicina, e nella sua essenza costituisce la previsione di una qualche temuta futura possibilità che tormenta il soggetto nel presente. L'ansia è uno stress che si prova nel presente di fronte a una temuta minaccia futura. L'insorgenza della paura è collegata a un'ovvia e imminente possibilità (come il pericolo rappre-

sentato da un serpente sul sentiero o da un veicolo in rapido avvicinamento). Nell'ansia, irritazione e angoscia sono manifestazioni di una più distante e ambigua calamità futura. Gravi forme di ansia di solito riguardano una più nascosta, ma meno travolgente, paura che sembra influire sulla sopravvivenza stessa del malato. La condizione dell'essere ansioso crea un senso di confusione e incertezza che distrugge la capacità dell'individuo sia di fuggire il timore, sia di formulare, per non parlare di realizzare, qualsivoglia proponimento efficace. L'ansia spesso si incentra su una particolare minaccia di annichimento personale o sociale, come un attacco di cuore o l'esposizione a un opprimente imbarazzo sociale, ma non si esaurisce o si limita all'oggetto prescelto. La paura riguarda le temute conseguenze di un attacco cardiaco o il completo ostracismo sociale che consegue alla messa in mostra della ipotetica o reale trasgressione. L'ansia patologica porta con sé una inesauribile visione di un qualcosa di terribile davanti alla quale restiamo confusi, incapaci di agire, implorando aiuto in un modo che inevitabilmente sarà inadeguato.

Fenomeni ossessivi e compulsivi

Le caratteristiche centrali di questi fenomeni sono state descritte da Lewis (1967) come "l'inutile lotta contro un disturbo che sembra essere isolato dal resto dell'attività mentale". Questo colloca l'enfasi su una consapevole resistenza a questi impulsi "fatti in casa ma ripudiati". Una distinzione è spesso tracciata tra *ossessioni* come percezioni ricorrenti nella forma di pensieri intrusivi, impulsi, idee o immagini e *compulsioni* come ripetitivi comportamenti stereotipati apparentemente senza finalità (American Psychiatric Association, 1987; Rachman e Hodgson 1980). In pratica le compulsioni sono risposte comportamentali alle ossessioni, sebbene non tutte le ossessioni portino a compulsioni.

Centrale nell'esperienza di una ossessione è di solito un timore o una fobia. Tipiche paure sono quelle della morte, della contaminazione, di agire in modo violento e di essere blasfemo (Straus 1948).

La percezione, di solito ma non sempre una paura, è provata in un particolare modo in cui chi ne soffre riconosce fino a un certo punto che

è irrazionale, o per lo meno insensata. Uno sforzo di volontà è di solito fatto per sopprimere o distogliere l'attenzione da questa percezione preoccupante. A volte la percezione intrusiva non sembra possedere connotazioni terrificanti, come una melodia intrusiva o l'impulso a eseguire qualche tipo di esercizio di agilità mentale. Di solito, comunque, con una elaborazione successiva, queste diventano sia performance finalizzate a evitare ciò che si teme (compulsioni), sia attività devianti per cancellare qualche percezione temuta. Un paziente, affidatomi a causa della sua crescente incapacità di essere produttivo sul lavoro, riferì una opprimente fissazione per l'aritmetica mentale, che si sentiva costretto a eseguire nonostante tentasse di resistervi e di riportare la propria attenzione alle faccende concrete. Solo più tardi ammise di aver coltivato la convinzione che solo se avesse portato a termine con successo calcoli aritmetici sempre più difficili avrebbe evitato l'infedeltà della moglie. La palese absurdità, se non riguardo la paura dell'infedeltà quanto meno della soluzione adottata, gli faceva credere che se avesse rivelato questa cosa, sarebbe stato rinchiuso in manicomio.

Non solo la paura riecheggia nella coscienza di chi ne soffre, ma spesso lo stesso mondo diventa una fonte di continui ricordi e provocazioni di tale paura. Il tagliare fiori evoca immagini di morte e decadenza, la vista di un orologio da polso provoca il timore che esso possa avere un quadrante luminoso che indica la presenza di una terribile radiazione, il coltello è una potenziale arma così come la chiave inglese o un vetro rotto e così via. Per l'ossessivo, il segno o simbolo della propria paura è magicamente trasformato nella presenza di ciò che si teme.

L'elemento compulsivo della esperienza è di solito secondario poiché si sviluppa come difesa verso la paura ossessiva. Così il lavarsi le mani è una risposta alla preoccupante paura di contaminazione (che, a sua volta, può essere generata dalla paura di causare la rovina o la morte di sé o degli altri). Come Lewis (1967) aveva sottolineato, le compulsioni possono diventare a loro volta ossessioni, cioè: il paziente deve lottare contro di loro e potrebbe persino sviluppare comportamenti difensivi per evitarle. Pertanto un paziente sopraffatto dal compulsivo lavaggio delle mani per fermare la temuta

contaminazione, sviluppò un complesso insieme di movimenti e rotazioni delle mani per resistere all'impulso che lo spingeva a continuare a lavarle.

Le compulsioni possono essere ritualizzate per creare un anti-incantesimo contro l'ossessione intrusiva. Per coloro che sono ossessionati da contaminazione non è sufficiente lavarsi, essi devono farlo in modo peculiare e di solito secondo modalità sempre più complesse. La mancata esecuzione dell'esatto e stereotipato rituale o, in modo più specifico, il timore di una incorretta performance, porta alla compulsione di ripetere la compulsione stessa. Il perfezionismo, così spesso riscontrato nel carattere di individui ossessivi, si combina con un pensiero magico e produce una intrecciata rete di ossessioni, compulsioni e rituali che avviluppa chi ne soffre. Nelle patologie ossessive particolarmente gravi, il paziente può isolarsi a tal punto nelle proprie pluristratificate ossessioni e compulsioni da esserne sopraffatto e la sua consapevolezza riguardo alla fondamentale irrazionalità dei suoi pensieri e delle sue azioni, così come la sua resistenza a tali fenomeni, può attenuarsi a tal punto da essere, a volte, invisibile. In modo non sorprendente, alcuni considerano i casi gravi di tale disturbo come molto prossimi alla psicosi, se non di fatto psicotici (Insel e Akiskal, 1986).

Il termine *ossessivo* è a volte esteso nella letteratura scientifica del settore per includere turbamenti o comportamenti ossessivi che non sono accompagnati da nessuna resistenza soggettiva o dalla consapevolezza dell'assurdità o della natura esagerata di pensieri e impulsi. I comportamenti ossessivi che coinvolgono intense preoccupazioni associate allo *stalking*, per esempio, o ad alcuni tipi di collezionismo possono essere altrettanto distruttivi per l'individuo e per coloro che gli sono intorno (sono esclusi libri e album musicali poiché averne in gran quantità, sebbene assorba tempo e denaro, è ovviamente fondamentale per una buona vita). Definire le intense preoccupazioni e le occupazioni ossessive come ossessionanti vuol dire non considerare la loro caratteristica centrale: un impegno personale nei confronti di un obiettivo che, lontano dall'essere ostacolato o rifiutato, è il più delle volte accettato entusiasticamente e può anche costituire un aspetto centrale dell'identità dell'individuo. L'occasionale

colpa retrospettiva, rinunce forzate o lamentele di incapacità a resistere non sono equivalenti al senso di imposta assurdità al centro della esperienza ossessiva.

Deliri

Socrate disse che non dobbiamo chiamare pazzi coloro che sbagliano su argomenti che sono al di fuori della conoscenza delle persone comuni; la pazzia è il nome che questi danno a errori in materia di conoscenza comune... noi non pensiamo che un errore minimo implichi pazzia, ma proprio come essi chiamano un forte desiderio amore, così designano un grande delirio come pazzia. (Senofonte, 1923)

La natura dell'esperienza delirante

Il delirio implica convinzioni anormali che sorgono in un contesto di giudizi disturbati e alterata percezione della realtà. I deliri diventano una fonte di nuovi e falsi significati. Nel linguaggio comune, il termine *delirio* è semplicemente usato per indicare una convinzione palesemente falsa. Nella psicopatologia, quando si definisce qualcuno come delirante, lo si fa per motivi che vanno ben oltre il fatto che il soggetto nutra false convinzioni o che abbia elaborato falsi giudizi su un particolare argomento. Il delirio è stato a lungo considerato come una delle caratteristiche centrali della pazzia e comprende molto più che semplici idee false e arbitrarie sviluppate senza prove adeguate. Sono le idee assurde che le persone matte fanno.

A complicare ulteriormente la descrizione e la definizione di delirio c'è il fatto che il termine racchiude una varietà di fenomeni che possono essere, o meno, inseriti in uno spettro e possono, o meno, costituire un numero di entità distinte. È questo il delirio? La domanda può determinare non solo il trattamento del paziente, ma anche se al paziente si può concedere la legittimità della malattia o anche, nell'arena forense, qualunque miglioramento del giudizio per rimuovere la colpa. La domanda potrebbe essere meglio formulata nel seguente modo: "L'individuo sta provando qualcuno dei molti e vari fenomeni anormali che tradizionalmente etichettiamo come delirio?".

Di solito ai deliri vengono attribuite le seguenti caratteristiche:

- Sono mantenuti con assoluta convinzione e sono vissuti come realtà auto-evidenti, non come mere opinioni o credenze.
- Non sono soggetti alla ragione né modificabili con l'esperienza.
- Sono vissuti come se avessero un grande significato personale e di solito preoccupano la persona al punto da distruggere il suo funzionamento sociale e interpersonale.
- I loro contenuti sono spesso visti dagli altri come fantastici o, quanto meno, inerentemente improbabili.
- Sono costituiti da convinzioni a carattere così altamente personale e idiosincrasico che difficilmente sono condivisi da persone persino dello stesso background sociale e culturale.

Queste caratteristiche non sono, comunque, sufficienti per distinguere i deliri da convinzioni e credenze non patologiche. L'aggiunta di tre ulteriori caratteristiche aiuta a completare tale distinzione.

- Spesso insorgono in un modo che suggerisce le loro origini patologiche.
- Spesso si estendono al punto da contaminare un ampio spettro di convinzioni del paziente relativamente a se stesso e al suo mondo.
- Possono evocare persistenti comportamenti idiosincrasici che sono potenzialmente dannosi per se stessi e per gli altri.

Questi otto aspetti dell'esperienza delirante devono essere attentamente esaminati. L'assoluta certezza della veridicità delle proprie convinzioni non è solo del soggetto delirante. Inoltre, il paziente delirante può, a volte, mettere insieme in modo paradossale un'apparente certezza complessiva associata, a un altro livello, alla consapevolezza della natura delirante delle proprie convinzioni. Gli stessi pazienti mostrano questa duplice considerazione quando, per esempio, di propria volontà vanno a raccontare delle loro missioni divine allo psichiatra piuttosto che a un'autorità ecclesiastica pertinente.

La totale impossibilità di modificare un delirio con la ragione o l'evidenza, lo distingue da un comune errore e opinione. L'errore logico non è l'esclusivo marchio di garanzia del delirio, così come neppure la incapacità di esporre ciò in cui si crede al test della valutazione critica è confinato alla pazzia. Gli errori dei più normali indi-

vidui sono quelli comuni al loro gruppo sociale e prendono origine dalla condivisione di concetti erronei. Gli errori del paziente delirante tendono a essere idiosincrasici all'estremo. La loro origine è spesso da ricercarsi in alcuni disordini fino a ora poco compresi e nei cambiamenti della funzione mentale che, fondamentalmente, alterano la conoscenza che il paziente ha del mondo. La incapacità del paziente delirante di cambiare le proprie opinioni quando messo di fronte ad argomenti contrastanti può, forse, non sorprendere. Le nostre erronee, o meglio, eccentriche credenze, svaniscono di fronte al continuo cambiamento della struttura dell'ambiente circostante e alla graduale erosione causata dal confronto con le opinioni contrastanti dei nostri pari. I punti di vista di molti di noi cambiano più come risultato delle esperienze modellate dal lento passare del tempo che per il semplice buonsenso. I soggetti deliranti, al contrario, possono a volte mutare le proprie convinzioni in risposta all'esperienza e sia il contenuto sia l'intensità della preoccupazione in alcuni stati deliranti possono essere modificati dalla terapia cognitivo-comportamentale.

Un personale sistema delirante è di solito una privata e isolata serie di credenze riguardo al mondo. Costituisce una serie centrale e sovrapposta di convinzioni che influenza, se non addirittura domina, le credenze dell'individuo riguardo a se stesso e al mondo. È forse sorprendente che i sistemi deliranti, che sono quasi sempre preminenti nel governare la comprensione che il soggetto ha delle proprie esperienze, siano considerabilmente variabili circa la misura in cui dirigono le azioni. Uno studio condotto da Wessely e colleghi (1993) suggerì che la metà dei pazienti deliranti inclusi nello studio agiva in modo coerente alle proprie convinzioni deliranti. Tipico dei comportamenti influenzati in modo delirante sono l'evitare di guardare la televisione, isolarsi dalla vita sociale ed evitare i cibi pensando che siano avvelenati. I deliri grandiosi in coloro che soffrono di paralisi generale dell'insano o vasto sistema di credenze, che possono essere ritrovati in molti pazienti con schizofrenia cronica, possono, a ogni modo, avere poca influenza sul comportamento del paziente. I deliri nelle psicosi affettive evocano più spesso comportamenti coerenti con le loro convinzioni. I soggetti maniacali, per esempio, possono agire correttamente in linea con le loro convinzioni,

spendendo denaro che non possiedono, buttandosi in impossibili progetti ambiziosi e offrendo i loro consigli non richiesti a tutti.

Il contenuto dei deliri è spesso fantasioso, e di conseguenza è improbabile che le nozioni non siano sconosciute persino tra gli psichiatri. Non è la veridicità o falsità della convinzione che definisce un delirio in psichiatria, dal momento che i deliri possono essere parte della realtà. Un delirio potenzialmente corretto è di solito più spesso riscontrato nella gelosia morbosa. A un paziente venne definitivamente rivelata l'infedeltà della moglie la vigilia di Natale quando, tornando dal lavoro, notò che le luci a intermittenza dell'albero di Natale alla sua finestra si accendevano e spegnevano in sincronia con quelle dell'albero del suo vicino. La reale natura della relazione della moglie con questo specifico vicino non è critica per l'analisi fenomenologica di questa convinzione presa come delirio, sebbene possa certamente essere rilevante per ipotizzare sul significato. Il modo in cui una convinzione emerge e le ragioni per cui viene accettata costituiscono, pertanto, parte del modo in cui noi riconosciamo i deliri.

I deliri non dipendono né da alterazioni dell'intelligenza del paziente né dal disordine della facoltà di raziocinio o di pensiero logico. Un individuo intelligente e loquace che diventa delirante metterà queste sue capacità a servizio del delirio e ne potrebbe derivare una rigogliosa crescita di idee bizzarre, argomentate e difese con tutta la solita agilità mentale della persona. Un eccellente esempio è fornito dal memoriale di Schreber (1955).

I deliri possono essere messi in relazione con il sistema di convinzioni degli individui normali. Le false convinzioni non sono sempre indicative di psicopatologia. Le convinzioni idiosincrasiche e non condivisibili non sono necessariamente false, e tanto meno morbose.

Prendiamo l'esempio di un concetto nuovo nell'ambito della scienza. Al momento della sua concezione può essere confinato a un singolo individuo e può non essere condiviso da persone dello stesso background sociale e culturale. Un concetto in campo scientifico dovrà, comunque, essere rivolto a un'area circoscritta, dovrà essere comprensibile nel contesto riconosciuto e condiviso della scienza e, sebbene possa possedere grande significato personale per il suo ricerca-

tore, questo significato sarà innanzitutto nei termini di ciò che spiega riguardo al mondo in generale, non riguardo al mondo interiore e intimo di quell'individuo. Tale convinzione potrà essere definita delirante dai colleghi scienziati per incredulità o anche per invidia, ma ci si augura che la convinzione in questione non acquisisca l'epiteto di "delirante" nella connotazione psicopatologica del termine. Le convinzioni religiose, in particolare le improvvise rivelazioni religiose, condividono alcune caratteristiche dei deliri, ma ancora una volta possono essere normalmente distinte per il fatto di poter essere riconosciute come parte di un'accettata area di esperienze e argomenti religiosi. Le rivelazioni religiose del tutto personali, separate da qualunque contesto teologico accettato, possono essere separate in modo considerevolmente problematico dai fenomeni morbosi.

Nel distinguere un delirio da una nuova idea scientifica o da una convinzione religiosa, è importante la dimensione definita *estensione* da Kendler e colleghi (1983). L'estensione descrive il punto fino a cui una convinzione delirante si estende, includendo varie aree della vita dell'individuo. Una idea scientifica comunque non ha, di solito, la funzione di spiegare il perché i vicini del ricercatore sembrano ostili, perché un collega indossi una cravatta rossa o perché il loro cibo abbia un sapore amaro. Un delirio persecutorio comune, d'altro canto, può di solito dare origine a spiegazioni per questo e molti altri eventi banali. Anche le rivelazioni religiose, per quanto credute con fervore, di solito esauriscono il loro potere esplicativo in argomenti spirituali, etici e morali.

Esiste una comprensibile riluttanza ad aggiungere ulteriori comportamenti alla costellazione di esperienze che caratterizzano il delirio. Questo è visto come il rischio di agire come agenti di controllo sociale privando della loro legittimità quei comportamenti e opinioni che non sono approvati dalla società. Ignorare dei comportamenti può comunque portare ad alcuni problemi. Per esempio, persone particolarmente querule che presentano numerosi ricorsi e querelle, attraverso i tribunali e gli enti responsabili nel processo, devastano le proprie vite e creano il caos amministrativo. Possono anche essere in grado in qualunque dato momento di difendere in modo plausibile la ricerca della propria parti-

colare visione della giustizia ed essere in grado di mascherarsi da riformatori sociali e informatori.

Il modello di condotta che porta a inseguire ciò che di solito è una reale, ma di base insignificante, lamentela a un simile costo, dovrebbe far sorgere al clinico l'ipotesi di un processo delirante (Mullen e Lester, 2006). Troppo spesso cerchiamo di stabilire se una esperienza sia delirante senza neppure prendere in considerazione la storia della condotta del paziente nonostante possa essere stato potenzialmente influenzato da fenomeni deliranti. Non è corretto partire dal comune semplicistico presupposto secondo cui i comportamenti strani e offensivi implicano necessariamente presenza di pazzia o dall'altrettanto scontato presupposto secondo cui l'esperienza delirante esiste in se stessa e di se stessa, prima e in modo indipendente dalla condotta della persona. Un comportamento guidato da un set di idee eccentriche dannose per qualunque ragionevole considerazione circa gli interessi dell'individuo non è una prova di delirio, ma è rafforzativa di tale ipotesi nel contesto di altri fenomeni.

Classificazione dei deliri

È stata fatta una serie di tentativi di classificazione dei deliri (si vedano le review di Arthur, 1964; Bentall *et al.*, 2001; Garety, 1985; Maher, 2001; Oltmanns e Maher, 1987; Winters e Neale, 1993). Forse la più semplice divisione che è stata suggerita si basa sul grado di convinzione con cui le credenze sono espresse (Wings *et al.* 1974). I deliri parziali sono quelli in cui l'individuo è disposto a prendere in considerazione la possibilità di essere in errore, mentre i deliri propriamente detti sono quelli mantenuti con una convinzione assoluta che esclude ogni possibilità di dubbio. Il problema di questa classificazione è che il modo in cui le opinioni e le convinzioni sono espresse è in larga misura determinato dalla reciproca interazione tra background educativo-culturale e personalità del soggetto. Alcuni di noi esprimono pareri insignificanti e marginali con forza e convinzione, mentre altri esprimono timidamente le loro convinzioni più profonde. Nel caso sopraggiunga il delirio, questo abituale modo di presentare le convinzioni potrebbe fuorviare l'osservatore riguardo al vero livello di

adesione alla convinzione. Esiste poi una considerevole fluttuazione nei singoli pazienti circa il periodo di tempo durante il quale aderiscono fermamente alle loro convinzioni deliranti.

I deliri sono stati suddivisi in quelli in cui l'opinione insorge in modo comprensibile da particolari interazioni o esperienze e quelli che sembrano comparire *ex novo* come intuizioni e percezioni deliranti. Questi deliri, per i quali non è possibile incontrare alcun tipo di connessione tra l'insorgenza della convinzione e qualche segno premonitore e che l'osservatore affronta come qualcosa di assoluto e irriducibile, sono stati chiamati *deliri primari* o *autoctoni*. Jaspers (1963) osservò che in questi deliri primari si verifica una esperienza del tutto estranea a una persona sana, che arriva prima del pensiero, sebbene si chiarisca solo nel pensiero. Il delirio primario emerge in un contesto di radicale cambiamento nella normale funzione mentale ed è indicativo di un processo in corso. Il delirio primario viene pertanto considerato come l'eruzione di un processo extraconsapevole in quello che si considera il normale flusso della vita mentale intenzionale (extraconsapevole nel senso di neuropatologico, non scaturito da un qualunque meccanismo freudiano inconscio). Il delirio primario non può essere completamente spiegato dal ricorso alle connessioni logiche che di solito governano il flusso di coscienza. Al contrario, è in ultima analisi un fenomeno irriducibile, non soggetto alla comprensione psicologica ed esplicabile solo in termini di connessioni causali che governano i presunti cambiamenti organici a livello dell'encefalo. Chiaramente si tratta di una ipotesi che non può essere dimostrata. Ciò non implica, ovviamente, che il contenuto di un delirio primario non possieda un collegamento con il passato del paziente o con la sua attuale situazione; significa solo che l'insorgenza della convinzione e almeno i suoi iniziali contenuti non saranno modificati da tale analisi. Stabilita la presenza di un delirio primario, la successiva elaborazione di un sistema delirante sarà, in principio, aperta a un'analisi circa le sue connessioni significative.

Un esempio di delirio primario è rappresentato da un paziente che, dopo aver domandato a un amico un accendino per la sua sigaretta, ricevette una scatola di fiammiferi sulla quale appariva la scritta "il più grande fiammifero al mondo". Ciò rivelò al paziente, in un momento di intensa con-

sapevolezza, che egli era la luce del mondo. Questa intuizione delirante diede un senso a diverse situazioni recenti e a gran parte del suo passato; realizzò a quel punto che i suoi fallimenti erano stati delle prove, i suoi rifiuti, persecuzioni e la sua inadeguatezza sessuale parte di un piano divino. Questa rivelazione portò alla nascita di una prospettiva del tutto nuova riguardo al mondo che ebbe l'effetto di sovvertire la maggior parte delle sue precedenti convinzioni.

I *deliri secondari* o *idee deliranti* emergono in modo comprensibile da altri eventi psichici o dalle interazioni che il soggetto ha con il mondo (Jaspers, 1963). La loro origine può essere ricondotta agli affetti, alle pulsioni, alle paure o a qualche personale esperienza traumatica. Tali deliri sono pertanto soggetti, per lo meno in teoria, ad analisi circa le connessioni logiche della vita psichica. Una alterazione morbosa nell'umore del soggetto potrebbe, per esempio, se tendente all'euforia, precedere la comparsa di un delirio di megalomane o, al contrario, un viraggio depressivo potrebbe essere seguito da deliri di povertà e colpa. I sensi alterati del soggetto allucinato potrebbero costituire il punto di partenza per uno sviluppo delirante, come lo sarebbero le reali esperienze di ingiustizia nel caso di personalità paranoide. Un individuo sospettoso, permaloso, con una propensione all'autoriferimento venne esposto a una serie di disastri personali, inclusi la perdita del lavoro, dei soldi e il pignoramento della casa ipotecata. Gli eventi (in parte autoindotti) vennero inizialmente da lui spiegati come dovuti a un mondo maldisposto nei confronti di un uomo di tale non riconosciuto talento. Continuando a rimuginare sugli eventi, lo schema gli apparve sempre più ovvio. Lentamente, nell'arco di diversi mesi emerse un sistema delirante che comprendeva un complesso complotto architettato dalla sua famiglia in combutta con la polizia e il personale medico. Questo sistema delirante divenne il fulcro della sua vita, dominando da lì in poi i suoi pensieri e le sue azioni. Il lento emergere di questo sistema delirante si collocava in un contesto di immenso stress personale, probabilmente associato a un non riconosciuto viraggio depressivo dell'umore verificatosi in una struttura di personalità sospettosa e ipersensibile.

È ovviamente presente un problema di classificazione che si basa su criteri soggettivi come "comprensibilità". Teoricamente sarebbe allet-

tante procedere con delle suddivisioni, ma in pratica sono spesso difficili o impossibili da applicare (Koehler, 1979). La distinzione dipende anche dal contenuto del fenomeno piuttosto che dalla forma, cosa che si scontra con l'intento di classificare in base alla forma piuttosto che al contenuto. Per cercare di oltrepassare in qualche modo questo problema, Schneider (1959) divise i deliri in due forme principali: *percezioni deliranti* e *intuizioni deliranti*. Egli considerò le percezioni deliranti particolarmente significative per la diagnosi di schizofrenia. Si trattava di un fenomeno a due tappe che coinvolgeva come prima cosa la vera percezione di un oggetto reale e, in secondo luogo, l'emergere di una intuizione delirante generata dalla percezione, per quanto questo delirio non possieda alcun collegamento facilmente evidenziabile con la percezione. Questo nuovo sapere non deriva dalla riflessione sulla percezione, ma è imminente al suo interno; il percepire e il sapere sono direttamente e immediatamente connessi, l'uno contenuto nell'altro.

Queste classificazioni dei deliri prestano minima attenzione alla misura in cui si ristruttura la consapevolezza che il paziente ha di se stesso e del mondo. Il tipo di conoscenza coinvolta è utilizzata solo indirettamente all'interno di queste classificazioni. Il delirio coinvolge sia gli elementi che portano al credere o conoscere qualcosa sia l'interpretazione, o più precisamente, l'errata interpretazione degli avvenimenti o degli oggetti intorno. Può essere utile costruire un modello gerarchico in accordo con il grado in cui i punti di vista del paziente differiscono dalle normali convinzioni in termini di: quanto fermamente sono mantenuti, quanto sono idiosincrasici e fino a che punto influenzano la visione che il paziente ha di se stesso e del mondo. Il delirio coinvolge di solito sia la convinzione sia l'interpretazione; il peso di questi due elementi è variabile e due gerarchie sono possibili: quelle in cui sono incluse principalmente convinzioni morbose e quelle in cui sono predominanti le interpretazioni morbose.

Interpretazioni morbose

L'*autocoscienza* è caratterizzata da elevata autoconsapevolezza. L'individuo spesso crede che le proprie preoccupazioni personali (relative all'aspetto, alle azioni e addirittura ai pensieri)

si rispecchieranno nell'attenzione che riceverà dagli altri. Un piccolo difetto facciale, per esempio, sarà al centro non solo dell'attenzione del soggetto, ma di tutte le persone che incontrerà. I suoi pensieri, in particolare quelli riguardanti sesso e rabbia, saranno in modo imbarazzante evidenti dalla espressione del suo viso. Le sue azioni lo faranno sembrare ridicolo agli occhi degli altri. La maggior parte di noi è stata affetta una volta o l'altra da autocoscienza. Essa è di solito più marcata durante l'adolescenza e quando ci si trova ad affrontare situazioni sociali nuove, non conosciute. All'estremo, essa può portare a una eccessiva disgregazione dell'abilità dell'individuo di agire socialmente.

L'*autoriferimento* sensitivo è la propensione a interpretare abitualmente le parole e le azioni degli altri e gli avvenimenti casuali come direttamente riferiti a se stessi. È chiaramente collegato all'autocoscienza e le due si verificano spesso insieme, sebbene essenzialmente il soggetto autocosciente sia concentrato su stesso, mentre la persona con autoriferimento è dolorosamente consapevole di ciò che le sta intorno. Nell'autoriferimento non è presente solo un'aumentata auto-consapevolezza, ma anche una tendenza ad attribuire significati personali a eventi insignificanti e privi di connessioni. Il mondo diventa incentrato sull'individuo e qualsiasi parola o azione degli altri è vista come riferita a se stessi. L'autoriferimento ha di solito carattere persecutorio, e perciò le osservazioni e le azioni degli altri sono investite di spiacevole e addirittura sinistro significato. Una coppia di persone che ride dall'altra parte di una sala affollata sta ridendo della persona autoreferente. Il frammento di conversazione udito per caso in un bus la riguarda, la scrollata di spalle del barista è un insulto sprezzante piuttosto che un semplice gesto, e così via. Nell'autoriferimento i soggetti sono di solito convinti in quel momento che gli eventi che frainendono siano diretti a loro e solo a loro, ma retrospettivamente possono almeno prendere in considerazione la possibilità di un errore. Nell'autoriferimento il significato attribuito all'azione o all'evento non è impossibile e neppure necessariamente improbabile; le persone di fatto potrebbero ridere di loro, i commenti potrebbero essere volutamente negativi e così via. È la frequenza con cui avviene l'autoriferimento e il grado di estensione a ciascuna area di interazione sociale e personale che ci porta a definire il processo come morboso.

L'*umore delirante* è caratterizzato da un'alterata percezione del mondo in cui, in modo intangibile, gli eventi assumono inspiegabili qualità e tensione. Gli eventi, così come le azioni e le parole degli altri, sembrano suggerire significati nascosti e sono pervasi da significato diretto e personale. La specifica natura del significato li elude e, sebbene sia spesso presente la sensazione che un modello di significato stia per emergere, questo sfugge sempre. L'individuo in un simile stato appare spesso perplesso o francamente impaurito. Questa condizione si differenzia dall'autoriferimento per il fatto che implica un'attribuzione di significati a un'area molto più vasta dell'esperienza che il paziente ha del mondo; ogni cosa è imbevuta di significato personale. Dall'altra parte, lo specifico significato degli avvenimenti è molto meno chiaro di quanto invece sia nell'autoriferimento. Così, sebbene sia in un certo qual senso un anomalo stato mentale meno chiaramente definito rispetto all'autoriferimento, risulta essere un disturbo più esteso e intrusivo ed è meno facile da correlare con la normale esperienza. I deliri di riferimento possono cristallizzarsi al di fuori di un carattere con inclinazione al delirio.

I *deliri di riferimento* hanno una struttura simile ai deliri di autoriferimento dal momento che alcuni eventi o aspetti di ciò che circonda il soggetto vanno ad assumere un significato diretto e personale per il paziente. L'interpretazione data all'evento nei deliri di riferimento è più idiosincrastica e non può essere facilmente considerata come una possibile, per quanto improbabile, interpretazione. Così un titolo di giornale, apparentemente riguardante fatti del Medio Oriente, viene interpretato come un diretto riferimento all'omosessualità del paziente. Il codice numerico riportato su una banale lettera dell'agenzia delle entrate viene interpretato come un chiaro segnale di cospirazione. Il colore della cravatta indossata dal dottore consente al paziente di identificarlo come appartenente a una setta dedita a perseguitare il paziente stesso. Il conduttore televisivo è ritenuto fare continui velati riferimenti all'attività sessuale del paziente sotto forma di commenti sportivi. Nei deliri di riferimento il significato dedotto da un evento è incomprensibile per le altre persone all'interno della cerchia sociale del paziente. Il delirio di riferimento rimane una interpretazione, così

come un significato viene attribuito a un evento, ma non è passibile di dubbi: è vissuto come assolutamente vero. L'informazione contenuta in un delirio di riferimento, per quanto bizzarra, è essenzialmente limitata e ristretta; può formare parte di un sistema delirante più esteso, ma comunque ne è solo una parte.

Convinzioni riguardo al mondo

Le *idee deliranti* possiedono un enorme significato personale che va ben oltre il loro contenuto evidente. Differiscono dalle convinzioni radicate nella gente comune per quanto riguarda il grado di coinvolgimento emotivo e il ruolo centrale che rivestono nella vita mentale del paziente. Ovviamente ad alcuni tipi di convinzioni (in particolare quelle religiose e politiche) viene spesso attribuito gran significato, ma le idee deliranti riguardano cose più ordinarie e questioni più prettamente personali. Nonostante l'importanza che rivestono per l'individuo, restano convinzioni relative al mondo e non l'espressione di una realtà autoevidente. Il contenuto, sebbene spesso eccentrico, non è del tutto estraneo a ciò che persone di pari livello possono considerare concepibile. Le idee deliranti si sviluppano spesso a partire da un conflitto tra una personalità vulnerabile e alcuni elementi presenti nell'ambiente circostante (McKenna, 1984). Per quanto il soggetto possa continuare a sostenere fermamente l'esattezza delle proprie convinzioni, potrà prendere in considerazione la possibilità di errore, quantunque solo come remota e debole possibilità.

L'uso del termine *idea delirante* è diventato problematico. Troppo spesso viene utilizzato per escludere l'importanza patologica di alcune esperienze in modo prematuro e inesatto. Ampi campi della tradizionale psicopatologia riguardo, per esempio, alla gelosia patologica, alle lamentele deliranti e alle dismorfobie sono stati incasstrati a forza nel contenitore di "idee deliranti". In tale operazione, il significato di questi fenomeni morbosi è stato diluito o addirittura perso. Se ne avessi la possibilità, eliminerei il termine "idea delirante" dalla psichiatria; poiché ciò non è possibile, suggerisco un approccio scettico al suo uso, partendo dal presupposto che i fenomeni così descritti possono essere verosimilmente o deliranti o preoccupazioni non patologiche.

I *deliri semplici* sono veri deliri dato che si tratta di convinzioni assolute vissute come realtà autoevidenti, non modificabili neppure di fronte all'evidenza di argomentazioni opposte o di prove. Sono altamente personali e il loro contenuto è spesso fantastico. Di solito, comunque, riguardano aspetti relativamente limitati delle convinzioni che il paziente ha riguardo a se stesso e al mondo. I deliri depressivi relativi a bizzarre lamentele fisiche, come il sangue che si prosciuga, la mancanza del cuore, le interiora che si imputridiscono, ne sono tipici esempi. I deliri erotomaniaci e i deliri persecutori circoscritti che attribuiscono intenzioni ostili a specifici individui o gruppi e non giungono a interessare la maggior parte delle relazioni del paziente con gli altri, costituiscono ulteriori esempi. L'impressione del paziente con un simile tipo di convinzione morbosa è che le proprie convinzioni relative ad altri aspetti del mondo siano congrue con quelle di altre persone del suo livello, con l'eccezione della particolare e ristretta area occupata dai deliri. Questo tipo di delirio può fluttuare in intensità e in misura tali da preoccupare il paziente. Tali fluttuazioni sono spesso connesse a fattori che sembrano essere collegati alla genesi dei deliri. Così come per le fluttuazioni dell'umore, i deliri associati a psicosi affettive possono aumentare e diminuire. Nei deliri persecutori di alcuni pazienti paranoici, il conflitto interpersonale può esacerbare il problema e la rimozione della fonte di stress potrebbe, almeno temporaneamente, consentire alle convinzioni di retrocedere nel loro background.

I *deliri non sistematizzati* sono quelli in cui un certo numero di nozioni deliranti, scarsamente organizzate e non integrate tra loro, coesistono. I resoconti del paziente sono spesso difficili da seguire sia a causa della natura parziale dei racconti forniti sia a causa dei frequenti salti di argomento. In alcuni casi, nonostante la natura scarsamente articolata delle convinzioni, queste sembrano avere profondo significato per il paziente; in altri casi, c'è una qualità superficiale e alquanto futile per ciò che riguarda il fluttuante caleidoscopio di strane idee e convinzioni frammentate.

I *deliri sistematizzati* implicano una profonda ristrutturazione delirante delle opinioni che il paziente ha di se stesso e di ciò che gli sta intorno. Il sistema delirante contamina ampie aree delle convinzioni che il paziente ha del mondo.

Può comparire un nucleo centrale del sistema di convinzioni (es. divinità personali, un complotto, qualche torto o danno subito), ma le convinzioni deliranti si espandono coinvolgendo vasti aspetti di come il paziente intende la sua posizione e le sue relazioni. I deliri sistematizzati possono svilupparsi lentamente accumulandosi nell'arco di mesi o anni oppure possono emergere rapidamente, trasformando quasi d'un colpo la vita mentale del paziente. I deliri sistematizzati, forse a causa della loro natura estesa e di ampia portata, cambiano (sempre che lo facciano) lentamente nell'arco del tempo e non tanto come ovvia risposta ad alterazioni relative al paziente o a ciò che lo circonda. I deliri sistematizzati non offrono alcuna possibilità di contestazione; tutte le nuove esperienze e informazioni vengono incorporate all'interno della conoscenza morbosa.

I deliri sistematizzati possono emergere sulla base di deliri di riferimento sia gradualmente sia, a volte, come immediate e vaste ristrutturazioni delle opinioni che il paziente ha di se stesso e del mondo. I deliri sistematizzati sono di solito sostenuti e sviluppati da errate interpretazioni, errate percezioni, deliri di riferimento e memorie ristrutturate (anche se non espressamente deliranti).

Un punto cruciale è che al centro di molti sistemi deliranti giace un'alterata visione del mondo da cui i dettagli che compongono il sistema si espandono. Da una prospettiva persecutoria, i pazienti sono estremamente consapevoli del mondo esteriore e del suo impatto su di loro; tutti gli avvenimenti sono potenzialmente minacciosi e distruttivi, ma, soprattutto, significativi e personalizzati. Da una prospettiva depressiva, le preoccupazioni di colpa, rovina e disintegrazione interne al paziente, vanno a colorare il mondo in cui egli vive e a confermare e rispecchiare costantemente la sua realtà interiore.

Deliri e realtà

La relazione esistente tra il mondo privato delirante del paziente e la realtà condivisa varia (Scharfetter, 1980). In alcuni casi il delirio arriva a dominare la vita mentale del paziente, tanto che questi si rifugia completamente nel proprio mondo privato. In altri casi, sebbene la realtà delirante sia predominante, il paziente continua a vivere in una certa misura all'interno del contesto sociale

in comune con gli altri. In alcuni pazienti la realtà delirante coesiste a fianco della realtà normale senza che, apparentemente, si influenzino o si contaminino a vicenda (la doppia registrazione di Bleuler). Infine, la realtà delirante può mescolarsi in modo inestricabile con la realtà normale.

Deliri con contenuto specifico

I deliri possono essere classificati sulla base del loro contenuto, il quale solitamente si spiega da solo (es.: deliri di grandezza, deliri di colpa, deliri persecutori, deliri di rovina ecc.), ma alcuni di questi meritano una breve menzione.

Il *delirio nichilista* implica la convinzione che qualcosa sia morto o che non esista. Questo tipo di delirio può riguardare la convinzione che un organo o una parte del corpo sia sparita o sia andata in putrefazione o anche che la stessa persona sia morta. Il termine *delirio nichilista* è spesso usato in modo eccessivo per includere tutte le idee deliranti, in corso di depressione, relative a disfunzioni del corpo e alla decomposizione. Quando i deliri nichilistici costituiscono una caratteristica prominente all'interno del quadro clinico, viene a volte usato il termine sindrome di Cotard.

Il *delirio erotomaniaco* di solito riguarda la convinzione delirante che qualcuno, spesso una persona importante e influente nella vita del paziente, sia segretamente ma appassionatamente innamorata di lui. Questo fenomeno è altrettanto conosciuto con l'eponimo di sindrome di de Clembault, termine che ha avuto poca fortuna dal momento che accurate descrizioni di questo delirio erano già state fornite durante il secolo precedente alla descrizione che Clerambault (1942) diede di questa psicosi passionale. La definizione di erotomania attualmente accettata non tiene in conto le infatuazioni morbose in cui, sebbene chi ne soffre non sostenga di essere corrisposto, ha la convinzione categorica che il suo amore verrà contraccambiato, nonostante la chiara evidenza della continua indifferenza o l'aperta ostilità del suo ipotetico amore (Mullen e Pathé, 1994).

I *deliri di possesso* sono quelli in cui il paziente è convinto di essere posseduto da qualche forza o spirito. Questi deliri tendono a essere riscontrati in coloro il cui background fornisce delle basi per le credenze nel possesso (cosa che può rendere difficile il separarli da una presentazione eccessi-

vamente drammatica di una convinzione culturalmente appropriata). A volte, nella pratica forense, il dichiarare di essere posseduto è utilizzato come attenuante per evitare o diminuire la pena del reato. Tra le forze o gli spiriti che s'impadroniscono del paziente ho incontrato spiriti maligni, spiriti buoni, parenti deceduti, guerrieri ancestrali e lo spirito di un coniglio morto (!). La convinzione di essere controllato è distinta dalla esperienza di essere influenzato da forze esterne e dalla convinzione di essere un'altra persona. Così, uno dei miei pazienti credeva di essere Elvis Presley e che un impostore fosse stato sepolto a Graceland; un altro credeva di essere a volte posseduto dallo spirito della rock star scomparsa. Nello stato di possesso, esiste una tensione tra se stessi e il possessore che si intramette e, anche quando la possessione è ben accettata (come nel caso degli spiriti benigni), resta comunque qualcosa di separato e intrusivo.

Le *sindromi di errata identificazione* implicano la convinzione, spesso delirante, che le persone che il paziente incontra non sono chi e quello che appaiono o sostengono di essere (Coleman, 1933). Questo può andare dal negare l'identità di un familiare al sostenere che estranei o eventuali conoscenti siano in realtà dei parenti o figure importanti del passato del paziente. L'errata identificazione può anche riguardare la convinzione che familiari e spesso persone strettamente legate al paziente non siano realmente chi sembrano essere, ma semplicemente abbiano lo stesso aspetto esteriore, mentre la loro identità psicologica più profonda sia differente. Questo può portare ad affermare che il paziente sia stato imbrogliato da sosia travestiti da parenti o, come avvenuto nel caso di un mio paziente, che tutta la sua famiglia sia stata sostituita da una razza aliena.

A volte è l'identità fisica piuttosto che quella psicologica a essere messa in discussione; sottili differenze riconoscibili nell'apparenza degli individui rivelano al paziente che si tratta di impostori, mentre casuali o sottili somiglianze dell'aspetto ne assicurano l'identità. Questo fenomeno non è così infrequente in caso di gravi disturbi psicotici, come la letteratura a volte suggerisce. Condizione altrimenti conosciuta con l'eponimo di sindrome di Capgras (Capgras e Reboul-Lachand 1923; Christodoulou, 1977). L'errata identificazione può essere bizzarra quando, per esempio, un paziente sembra assolutamente convinto che una giovane infermiera sia di fatto la madre de-

funta o ignori il “trascurabile dettaglio” del sesso quando ritiene che l’uomo nel letto al suo fianco sia davvero sua moglie. Più spesso, l’errata identificazione delirante si basa su una minima somiglianza nell’aspetto o piccole abitudini presenti sia nell’individuo sia in chi il paziente ritiene esso sia. A volte questo tipo di errata identificazione è anche chiamata *illusione di Fregoli*, ma il termine è fuorviante su diversi aspetti.

I deliri possono anche arrivare a essere condivisi con la famiglia e questi deliri condivisi sono variamente chiamati *folie à deux*, *folie à trois* e così via, come anche *psicosi associata* o anche *pazzia doppia* o *multipla*. Sono state descritte diverse varianti, tra le quali:

- Comparsa simultanea di deliri in soggetti a stretto contatto che ne condividono il contenuto, forse come conseguenza del condividere l’ambiente. L’insorgenza avviene in modo indipendente nei soggetti coinvolti.
- Deliri imposti, in cui una figura dominante con un qualche tipo di relazione con gli altri, o un gruppo impone la propria visione delirante agli altri fino al punto che il sistema delirante può sembrare essere del tutto condiviso.
- Deliri comunicati, in cui due persone che di solito vivono in stretto contatto (e che presentano entrambe una propensione al disturbo psicotico) arrivano a influenzarsi e a condividere reciprocamente il loro mondo delirante.

Le *memorie deliranti* sono un fenomeno in cui è presente una percezione delirante la quale non si presenta nella forma di una intuizione relativa al mondo o come un cambiamento della conoscenza di ciò che è o che riguarda il mondo, ma si presenta in forma di memoria. Un esempio è fornito da una paziente che improvvisamente “si ricordò” che poche settimane prima era stata attaccata e rapita da suo fratello e dalla cognata nel bel mezzo di un ritrovo di famiglia. La convinzione che ciò fosse accaduto era insorta ex novo; la donna non poteva addurre nulla come prova che potesse confermare l’evento. Al contrario, era continuamente sorpresa di come tutto e tutti intorno a lei fossero così normali e all’apparenza inconsapevoli del terribile evento, anche coloro che lei riteneva coinvolti. La convinzione si mantenne senza che né l’esperienza che questa donna aveva del proprio mondo né la relazione con le figure centrali nella sua memoria si alterassero.

La *paranoia confabulatoria* è uno stato curioso in cui è presente una fluente confabulazione insieme a uno spesso fluttuante set di convinzioni deliranti. Quando messo alla prova o interrogato, il soggetto si lancia in descrizioni ancora più curiose, che spesso incorporano le domande e i commenti dell’esaminatore. È facile che tali persone vengano liquidate come falsi malati a causa della facilità con cui rispondono ai suggerimenti e cambiano le proprie storie di fronte a reazioni di scetticismo. Sedersi e ascoltare questi pazienti per qualche ora può di solito dissipare tale scetticismo.

La *dismorfofobia* è un’intensa e stabile convinzione da parte del paziente che un aspetto della propria apparenza o del proprio corpo sia deformato e particolarmente brutto. Questo fenomeno è associato a una intensa preoccupazione relativa alla ipotetica deformità sulla quale il paziente rimugina a lungo. L’esperienza e la percezione reali del proprio corpo sembrano alterate e di solito il paziente lamenta lievi alterazioni rispetto alla normale forma o dimensioni aumentate e ovviamente diverse dal normale. È spesso associata una demoralizzazione e questo fenomeno può essere subordinato ai disturbi depressivi. Gli elementi narcisistici sono di solito ovvi. Questo fenomeno può, nella pratica clinica, costituire parte per lo meno di deliri, disturbi percettivi, ruminazioni ossessive, fobie e disturbi d’umore. La collocazione nel DSM-IV del disturbo dismorfo corporeo sia nella categoria dei disturbi deliranti sia in quella dei disturbi somatoformi rappresenta forse la eterogeneità del disturbo nella pratica clinica e la misura in cui esso può essere visto come formare uno spettro di livelli variabili di intuito (Phillips, 2004).

Fenomeni di passività (disturbi dei limiti del Sé)

Le esperienze di passività sono un gruppo eterogeneo di fenomeni che però hanno in comune un disturbo relativo alla vissuta integrità del Sé. Sono a volte riportati come disturbi dei limiti del Sé a causa di questa esperienza di rottura, o violazione, dell’unità del Sé. I limiti tra il mondo interiore privato del paziente, fatto di pensieri e fantasie, e il mondo esterno di oggetti e di altre persone (inclusi pensieri intimi, desideri e intenzioni degli altri)

sono infranti. Questi fenomeni sono a volte classificati come deliri (Sims, 1988; Spitzer e Endicott, 1978) presumibilmente sulla base del fatto che essi non costituiscono, per esempio, una esperienza di influenza o pensiero trasmesso, ma la convinzione di essere influenzati o di essere “trasmessi”. La distinzione può essere a volte così sottile da risultare propriamente solo accademica, ma per molti pazienti queste sono esperienze dirette, non convinzioni, per quanto possano poi elaborare spiegazioni deliranti. Una paziente si lamentava del fatto che un “mondo sudicio” si fosse ripetutamente inserito nella sua mente. Questo accadeva più volte al giorno provocandole a volte considerevole imbarazzo. Ella notò che queste inserzioni tendevano a verificarsi quando era vicina o nei paraggi della torre della cittadella dell'Esercito della Salvezza. Sulla base di tale osservazione si convinse sempre più fermamente di essere perseguitata dall'Esercito della Salvezza il quale aveva una radio trasmittente che diffondeva le parole nel suo cervello. Ella, pertanto, sperimentò l'inserzione del pensiero, convincendosi che l'origine di tali pensieri fosse il trasmettitore nella torre. La prima rappresenta una esperienza, l'altra costituisce una convinzione che ha la funzione di dare una spiegazione. Ho un dolore alla pancia. Sono convinto si tratti di appendicite. L'esperienza del dolore e la convinzione “esplicativa” sono due fenomeni distinti.

Queste esperienze sono di due tipi: possono essere dirette verso l'interno o verso l'esterno. Nelle prime è presente una esperienza di influenzamento o intrusione proveniente dall'esterno diretta verso il mondo interiore. Nella seconda c'è un'esperienza di pensieri, desideri e intenzioni dell'individuo che si diffondono o vengono emanati verso l'esterno per influenzare, o essere disponibili agli altri. Questi effetti possono riguardare il contenuto di pensieri e fantasie, intenzioni e azioni, emozioni e desideri del paziente.

I tipi di esperienze di passività verranno ora discussi separatamente sotto i rispettivi titoli di: pensieri, emozioni, intenzioni e azioni.

Pensieri

Diretti all'esterno

La diffusione del pensiero e la trasmissione del pensiero comprendono la convinzione, da parte del paziente, che le persone intorno a lui siano a

conoscenza dei suoi più intimi pensieri. Non si tratta semplicemente del fatto che queste persone indovinino i pensieri segreti del paziente attraverso le sue parole, azioni o espressioni facciali, ma proprio del fatto che gli stessi pensieri sono direttamente disponibili e che possono, nel vero senso della parola, essere letti dagli altri. È presente la sensazione di essere diventati trasparenti, rendendo in tal modo i propri pensieri più intimi direttamente disponibili all'osservazione. Nelle forme floride può essere presente la sensazione che i propri pensieri siano condivisi e che a questi possano partecipare tutti coloro che stanno intorno. Questa esperienza può portare a spiegazioni deliranti. Uno dei miei pazienti descrisse un intricato complotto in cui un vicino, giornalista della BBC, avrebbe trasmesso alla nazione ogni notte ogni suo intimo pensiero; questo gli permetteva di spiegare il perché tutti fossero a conoscenza e condividessero i suoi pensieri.

Furto del pensiero

Si verifica quando il paziente sente che i propri pensieri sono rimossi o cancellati da qualche influenza esterna. Questo tipo di esperienza è stato considerato essere alla base dell'anomalia del comportamento espressivo conosciuto come *blocco del pensiero* (Fish, 1967).

Diretti verso l'interno

Il controllo del pensiero implica la sensazione da parte del paziente che i suoi più intimi pensieri siano caduti sotto una influenza esterna. *L'inserzione del pensiero* si verifica quando pensieri estranei sono imposti sul paziente.

Intenzioni, volontà e azioni

Rivolti all'esterno

I pazienti si sentono in grado di influenzare le azioni apparentemente volitive degli altri. Un paziente mi spiegò che poteva far parlare e muovere le persone come voleva e mi mostrò dalla finestra dell'ufficio come fosse lui stesso a desiderare che le persone là fuori camminassero lungo la strada. In un altro caso, un paziente descrisse come ogni movimento o azione egli iniziasse si rispecchiasse simultaneamente in coloro che erano attorno a lui dal momento che egli era in grado di controllarli, ma che questa sua capacità distruggeva

la sua vita poiché quando, per esempio, andava a fare shopping i negozi erano sempre pieni di altre persone che, proprio a causa della sua influenza, facevano la sua stessa commissione.

Diretti verso l'esterno

Questa esperienza consiste nell'eseguire impulsi e compiere atti volitivi. Anche in questo caso può essere coinvolta la sensazione che le intenzioni e la volontà del paziente si trovino sotto il controllo o l'imposizione di una forza esterna che agisce su di lui. Un'anziana, ben educata e distinta signora periodicamente si sollevava la gonna e si esibiva in una breve danza. Lei spiegava che tale comportamento non aveva nulla a che a vedere con lei, ma che si trattava del risultato delle azioni di una malvagia razza di alieni, che lei chiamava "fantasie", che le imponevano tali azioni. In questo caso sia il controllo delle azioni sia le stesse azioni erano aliene. Più spesso ciò che viene vissuto è semplicemente la perdita del controllo sui desideri e sulle azioni come risultato di influenze esterne.

Emozioni

Sentimenti ed emozioni "fatte" si verificano quando il paziente sente la propria vita emotiva come sotto una influenza esterna, o per il fatto di essere costretto a sentire in un certo modo, o per il fatto che emozioni estranee siano a lui imposte. I pazienti più spesso riferiscono di essere stati derubati dei propri sentimenti o che le loro risposte affettive sono bloccate da qualche influenza esterna.

Depersonalizzazione e derealizzazione

I termini depersonalizzazione e derealizzazione si riferiscono a una sensazione che si può riscontrare anche in persone normali quando particolarmente stanche, stressate o intossicate (per quanto, comunque, si riscontri più spesso in coloro affetti da disturbi depressivi o ansiosi). Il disturbo di base implica un'alterazione della normale esperienza di sé e del mondo. Può manifestarsi con le seguenti caratteristiche:

- Ciò che sta intorno assume caratteristiche di estraneità.

- Un senso di irrealtà pervade non solo la percezione del mondo esterno, ma la propria cognizione e conazione.
- L'esperienza del passaggio del tempo è alterata da rallentamento o slittamento.
- Le relazioni spaziali sembrano alterate, cosa che può causare delle distorsioni e può anche essere associata a micropsia o macropsia.
- L'immagine del proprio corpo può essere alterata, producendo non solo una sensazione di non-familiarità col proprio essere fisico, ma anche il non riconoscimento di parti del corpo.
- Emozioni, sentimenti e affetti perdono il loro impatto soggettivo, sebbene l'individuo non sia privo di emozioni; al contrario, è di solito presente timore e agitazione come conseguenza delle esperienze mutate.
- Le azioni sembrano essere eseguite in modo automatico senza coinvolgimento personale o intenzione come se, come disse un paziente, "fossi intrappolato in una macchina che potevo solo guardare, ma non controllare". Qualunque sia il senso soggettivo di essere fuori dal controllo, le azioni restano quelle del soggetto, riflettono le sue intenzioni e i suoi impegni anche se subito dopo disconosciuti.

La depersonalizzazione deve essere distinta dai fenomeni di passività in cui è presente una esperienza non di alienazione da un'esperienza soggettiva, ma un'influenza esterna su tale esperienza. La depersonalizzazione compare nel DSM-IV non come un fenomeno anormale, ma come uno degli odierni modelli di disturbi dissociativi più comuni. Si ritiene che questi disturbi insorgano da uno scompiglio delle funzioni della coscienza così da generare amnesia, disturbi di identità dissociativa e disturbi di depersonalizzazione. La coerenza di questo modello è data da un non manifesto ma implicito richiamo alla realtà del sistema inconscio. Qui non verrà usato nessuno di questi fronzoli arcaici per descrivere o definire i fenomeni di depersonalizzazione.

Nella normale funzione mentale, è presente solo una tangenziale e transitoria consapevolezza del processo di pensare o percepire. Noi possiamo, mediante uno sforzo di volontà, riflettere sulle nostre esperienze e attività, ma questo non è né usuale né idoneo. Nella depersonalizzazione è presente una spontanea e involontaria autoconsapevolezza per il fatto che diventiamo consci

delle nostre attività mentali. Le percezioni sono stravolte dal sentire le sensazioni come separate dal normale significato a loro associato e la nostra cognizione e la nostra conazione diventano oggetto di esame minuzioso, e non esperienze vissute. Questa autoriflessione pervasiva stravolge completamente il normale flusso della vita psichica e la impregna di un carattere di estraneità. Non ci protendiamo più per prendere una penna, diventiamo consapevoli dell'azione di protenderci per prendere la penna; non vediamo più il nostro riflesso, diventiamo consapevoli del fatto di vedere il riflesso che presumiamo debba essere nostro. Nella depersonalizzazione, rimaniamo consapevoli delle nostre attività, e queste restano accessibili alla normale consapevolezza. Questa cosa è in contrasto con le dissociazioni riportate nel DSM-IV in cui si presume esista una separazione o rimozione di specifici eventi mentali dalla coscienza oppure l'emergere di fattori precedentemente inconsci nella coscienza, spesso come fossero isolati dal resto della vita mentale del soggetto.

La depersonalizzazione e la derealizzazione costituiscono esagerazioni morbide dell'autoconsapevolezza e dell'autoriflessione che distruggono il senso di far parte e di essere in armonia con le proprie cognizioni, conazioni e azioni.

Volizione

I disturbi patologici dell'azione e del movimento rientrano in gran parte nell'elenco della neurologia; comunque, alcune sindromi che comprendono caratteristici disturbi del comportamento motorio necessitano di una breve menzione (si veda Lohr e Wisniewski, 1987 per una completa revisione).

Tic

Si tratta di movimenti ripetitivi stereotipati che coinvolgono la muscolatura volontaria. Sebbene di solito sia possibile una breve inibizione mediante l'esercizio di un atto di volontà e reagiscono entro certi limiti a umore e situazioni, sono per lo più al di fuori del controllo del paziente. Lo spettro dei tic è piuttosto ampio: da minimi spasmi ripetitivi che coinvolgono piccoli muscoli facciali fino ad arrivare a complessi movimenti che possono anche interessare estesi gruppi di

muscoli. Nella *sindrome di Gilles de la Tourette* i tic motori sono associati a vocalizzazioni ripetute, spesso oscenità e bestemmie (coprolalia).

Catatonìa

Descritta per la prima volta da Kahlbaum nel 1874 (1874/1973), la catatonìa è una sindrome che si riscontra sia nei disturbi principalmente affettivi sia nei disturbi schizofrenici e può essere imitata da un certo numero di altri disturbi organici. È caratterizzata da disturbi dei movimenti volitivi e del linguaggio. Diversi aspetti della sindrome sembrano essere ai poli opposti: possono esserci periodi di iperattività scoordinata e violenta (*eccitazione catatonica*) e, all'estremo opposto, il paziente può restare immobile per lunghi periodi tanto da sembrare spesso congelato sul posto. Le *pose* si verificano quando posture bizzarre e non confortevoli sono mantenute per lunghi periodi di tempo, così come vengono reiterati i *movimenti stereotipati*, in cui la stessa azione viene ripetuta senza fine. La normale fluidità dell'attività motoria volontaria può essere alterata dando origine a una qualità goffa e forzata, più evidente nelle strane andature che si riscontrano in tali disturbi. L'*obbedienza automatica* è caratterizzata da obbedienza incondizionata a qualunque comando o richiesta senza un apparente controllo cosciente, ma può avvenire anche il contrario: il *negativismo*, in cui viene fatto uno sforzo positivo per resistere e, spesso, fare il contrario o qualcosa del tutto diverso da quello che viene domandato o richiesto. L'*ambivalenza*, nel senso bleuleriano, può interessare le azioni motorie: il paziente inizia un'azione e poi, prima di completarla, riporta indietro i suoi movimenti e la ricomincia nuovamente per poi ancora fermarsi e ricominciare di nuovo.

L'*ecolalia* e l'*ecoprassia* si verificano quando il paziente ripete le parole e le azioni di coloro che gli stanno intorno. Nell'*ecolalia* la ripetizione sembra verificarsi in modo automatico senza qualunque tipo di comprensione. Gli eco-fenomeni non sono confinati alle sindromi catatoniche, ma si verificano in uno spettro di condizioni patologiche (Ford, 1989). Così come la fluidità dei movimenti volontari è scompigliata, anche il normale flusso del discorso è alterato producendo esitazione con balbettamento o irascibilità. La *verbigerazione*, descritta da Kahlbaum (1874/1973) come un discorso composto da parole e frasi

spesso ripetute e prive di significato, può essere presente anche nella catatonìa. Un caratteristico disturbo del tono muscolare in cui sembra essere presente la *flessibilità cerea* (*flexibilitas cerea*) può accompagnare la posizione e l'immobilità nella sindrome catatonica. Tra i movimenti che vengono descritti accompagnare gli stati catatonici vi sono i movimenti imbronciati delle labbra (*Schnauzkrampf*) nella forma di smorfie e tic. I disturbi catatonici lievi spesso non vengono neppure riconosciuti o vengono liquidati come effetti collaterali della terapia antipsicotica.

Catalessia

Si tratta di una improvvisa, parziale o completa, perdita del tono della muscolatura volontaria senza disturbi di coscienza. Si verifica in corso di narcolessia.

Stupor

Questo termine descrive una sindrome in cui le caratteristiche più prominenti sono una grossolana riduzione dei movimenti volontari (*acinesia*) e del linguaggio (*mutismo*). È presente una sospensione dei movimenti espressivi e reattivi. Può essere presente incontinenza. In neurologia, il termine stupor è spesso usato in modo piuttosto generico per indicare uno stato di ridotta coscienza rasentante il coma. Contrariamente, in psichiatria sono stati fatti tentativi per definire lo stupor come l'assenza di movimenti volontari in presenza di coscienza vigile. Questo risulta utile nella misura in cui permette di distinguere lo stupor "funzionale" da quello "neurologico", tuttavia l'attribuzione di un livello di coscienza vigile allo stupor funzionale resta clinicamente questionabile (Berríos, 1981).

Kraepelin (1919) tentò di distinguere quattro tipi di stupor: depressivo, maniacale, catatonico e isterico. Nella *depressione*, lo stupor di solito fa seguito a un periodo di progressivo rallentamento motorio e chiusura; il paziente può anche emanare un senso di malinconia attraverso le sue espressioni facciali e un passivo rifiuto dell'assistenza offertagli. Il rifiuto di bere e di mangiare nello stupor depressivo può rappresentare una totale perdita di interesse, sebbene uno dei miei pazienti descriveva di essere convinto che le proprie interiora fossero scomparse, pertanto riteneva che qualunque cosa avesse attraversato le sue labbra sarebbe entrata nella cavità addominale

e lo avrebbe ucciso. Nella *mania*, lo stupor può insorgere su stati di eccitazione di mania delirante in cui l'estrema agitazione, le allucinazioni e un certo grado di obnubilamento della coscienza possono dare origine a uno stato di muta immobilità. In questo stato, possono permanere alcuni segni della precedente grossolana iperattività sotto forma di brevi esplosioni di agitazione motoria e movimenti costanti della testa e degli occhi. Nella *schizofrenia*, lo stupor può insorgere su un quadro catatonico. Retrospectivamente i pazienti schizofrenici sono spesso in grado di fornire una spiegazione di ciò che accade durante il periodo di stupor e a volte danno una spiegazione della loro immobilità: per esempio, possono dire di essere guidati da Dio o di essere sotto il controllo di un'altra forza esterna. Gli stati di stupor possono far seguito a stress estremi e in questo caso possono essere intesi come stati dissociativi o come una reazione estrema (come se paralizzati dalla paura). Quest'ultimo caso può essere incontrato in situazioni di guerra o in seguito a catastrofi.

Disturbi del linguaggio

Il pensiero non può mai essere osservato direttamente. Il tentativo di studiarlo deve pertanto basarsi sul linguaggio sotto forma di discorso, scrittura o altre creazioni simboliche (Sims, 1995). La radicata tradizione di parlare di disturbi del pensiero, se confrontata con i disturbi del linguaggio, si fonda sul presupposto che il linguaggio rispecchi direttamente il pensiero.

I disturbi del discorso sono di solito separati dai disturbi del linguaggio e del pensiero. Sono confinati ai disturbi dell'articolazione prodotti da alterazioni dei meccanismi del parlare. Le balbuzie ne sono un tipico esempio e la lallazione causata da disfunzione cerebellare ne è un altro. A volte viene fatta una distinzione tra il linguaggio, inteso come formazione di un sistema di simboli e segni, e il pensiero, inteso come contenuto e importazione di tali simboli e segni. Così, applicando questa distinzione, risulterà che i disturbi del pensiero includeranno deliri e altri disturbi del contenuto del pensiero. Questa sezione è relativa ai disturbi del linguaggio.

La struttura del linguaggio può essere analizzata in termini di semantica (relativa al significato delle parole) e di sintassi (che riguarda le

regole che governano la combinazione delle parole tra loro per formare una frase). Nella maggior parte dei disturbi del linguaggio osservati dagli psichiatri, il disturbo riscontrato è relativo all'area del significato (semantica) piuttosto che all'area della sintassi (quest'ultima è intaccata in modo significativo solo nelle forme più floride di discorso psicotico). Il significato è dato non solo dalle parole usate, ma anche dal contesto della situazione in cui la frase viene pronunciata. Le affermazioni vengono fatte in uno specifico contesto spazio-temporale, che coinvolge colui che parla, colui che ascolta, le azioni che compiono e vari oggetti e avvenimenti esterni. Oltre a questo, si presume anche una conoscenza condivisa di quello che è stato precedentemente detto e il legame di ciò con le attuali affermazioni.

Così, gli *atti linguistici*, definiti in questo modo da Searle (1969), consistono nel linguaggio che, nel suo contesto, comunica con chi lo riceve. Questa comprensione delle espressioni nel loro contesto è definita come pragmatica e si ipotizza esista uno sconvolgimento in questa funzione pragmatica del linguaggio che caratterizza il discorso schizofrenico (Cutting, 1985).

In un linguaggio ideale, a ciascun significato dovrebbe corrispondere una singola parola o simbolo. Nella pratica esistono diversi sinonimi, parole distinte riferite a un singolo specifico significato (es. nascosto, occultato, segreto), e diversi omonimi, per i quali una parola possiede più significati (es. vite = plurale di vita, vite = pianta; venti = nome comune, venti = numero). Le parole possono anche essere usate in senso letterale o metaforico (bomba = ordigno esplosivo, quel cantante è una bomba = a indicare qualcosa di emozionante). Tra i disturbi del linguaggio che gli psichiatri possono incontrare ci possono essere alterazioni semantiche originate da confusione relativa agli omonimi, sinonimi e metafore.

Un paziente, per esempio, alla domanda se le pillole lo facessero sentire meglio rispose «Guarito? Io non porto i tacchi (guardandosi le pantofole). Sono solo stato messo sotto controllo»¹. La parola *healed* (da *to heal* = guarire) è utilizzata

qui come sinonimo di sentirsi meglio, poi confusa con il suo omonimo (*heel of a shoe* = tacco) e, in questo esempio, la parola *heel* viene ulteriormente usata in senso metaforico dal paziente per esprimere il suo risentimento per il fatto di essere stato ricoverato in modo compulsivo (*to bring somebody to heel* = mettere qualcuno sotto controllo). Bleuer riferì di un paziente il quale, alla domanda se ci fosse qualcosa che pesasse molto sui suoi pensieri, rispose «Sì, il ferro è pesante». Un altro paziente, questa volta in una riunione di gruppo, alla domanda se si sentisse giù, immediatamente si allontanò rispondendo «Sì, ho bisogno di buttarmi giù» (NDR: nel senso di riposare). Questo utilizzo letterale piuttosto che metaforico delle parole è stato definito da Goldstein (1944) *pensiero concreto*, sebbene sia incerto se vi sia una chiara preferenza per il senso concreto o solo una tendenza ad associare l'uso più comune di una specifica parola.

In un disturbo del linguaggio, una parola può essere scelta non tanto per la sua relazione con il significato della frase, quanto per l'associazione del suo suono con un parola o frase precedente. Ne è un esempio la seguente frase «I feel like going out, stout, a drink would be nice, ice, I suppose I'll stay, lay down for a while»² oppure «everybody seems to revolve around me, involve and resolve around me»³. Questo tipo di frasi sono dette *associazioni metalliche*.

Nei disturbi del linguaggio si possono anche inventare parole nuove. Queste parole idiosincrasiche prive di alcun significato sono chiamate *neologismi*. Possono essere costituite da parole completamente nuove, tanto che persino il paziente può trovare difficoltà nello spiegarle, oppure possono essere create mediante fusione o mistura di altre parole già esistenti. Un paziente, per esempio, faceva riferimento a un «mongery ridicule» e, nonostante fosse in grado di dire come si scrivesse, l'unica definizione che era in grado di fornire era che «non era molto bello». In questo esempio la fonetica, o la struttura del suono, è accettabile per una parola in inglese. A volte suoni completamente estranei alla fonetica di una lingua vengono emessi apparentemente

1. In originale: «Healed? I have no heels (glancing at the bottom of his slippers), I'm only brought to heel».

2. «Ho voglia di uscire, birra scura, qualcosa da bere sarebbe gradito, ghiaccio, penso che resterò, mi riposo un attimo».

3. «Tutti sembrano ruotare intorno a me, coinvolgersi e risolversi intorno a me».

come se fossero parole. Un esempio di parola creata per crasi di termini esistenti è “misachrist”, termine usato da un paziente per riferirsi a uno psichiatra che lo aveva frainteso (a *mistaken psychiatrist*). Jaspers (1963) suggerì che i neologismi possono insorgere dalla difficoltà del paziente di esprimere esperienze uniche ed essenzialmente incommunicabili.

Si possono incontrare altri esempi di idiosincrasie e metafore. Una paziente schizofrenica di Bleuler (1950) annunciò la sua imminente gravidanza dicendo: “Ho sentito una cicogna che agitava le ali nel mio corpo”. Uno dei miei pazienti, a una domanda relativa alle sue idee religiose, rispose: “Io sono per l’eletto tramite una fumata dal camino” riferendosi in modo obliquo al modo in cui viene annunciata l’elezione del nuovo papa nella Chiesa Cattolica Romana.

Parole, frasi e a volte sillabe sembrano ripetersi molto più spesso nei discorsi di pazienti schizofrenici piuttosto che in quelli di persone sane. Questa condizione è in parte connessa al fenomeno delle *stereotipie* e della *perseverazione*. Nella perseverazione del decorso del disturbo cerebrale organico, parole e frasi identiche tendono a essere semplicemente ripetute. Nelle persone affette da schizofrenia questo fenomeno si presenta come l’uso ripetuto di parole e frasi simili in contesti differenti. Un esempio limite è fornito da un paziente che, domandatogli se avesse capito la domanda, rispose: “Vedo qualcosa come potrei sbagliarmi come, ma ci sono come delle regole e a me non piacciono le regole capovolte e non so come e mi sentivo come se il letto si fosse girato”. Un paziente descritto da Kraepelin (1919), quando scriveva ai propri famigliari a casa, riempiva le pagine di parole simili o frasi interminabili presentate in vario ordine. Si ritiene anche che i soggetti schizofrenici presentino un vocabolario più ristretto se comparati con le persone sane di simile educazione e background culturale (povertà di linguaggio). La ripetizione frequente comprende sillabe e frasi allo stesso modo che parole, così che il problema sembra piuttosto derivare da una tendenza a introdurre ripetutamente gli stessi elementi del linguaggio nel discorso piuttosto che un limitato repertorio di parole.

Il concetto di *ridondanza* è stato preso in prestito dalla teoria della informazione e applicato nello specifico ai disturbi del linguaggio della

schizofrenia (Maher, 1972). Il termine ridondanza, usato in questo senso tecnico, si riferisce alla probabilità che una specifica parola o lettera venga pronunciata. Quanto più prevedibile è la parola o la lettera, tanto maggiore ne è la ridondanza e minore è l’informazione trasmessa. Il linguaggio normale presenta un elevato grado di ridondanza di modo che molte parole e frasi risultano altamente prevedibili all’interno di un determinato contesto. Nei pazienti schizofrenici la distruzione del contesto del linguaggio e la ridotta consistenza e coerenza con l’espressione delle idee porta a una ridotta prevedibilità delle parole e, di conseguenza, a una diminuita ridondanza. Per esempio, nell’*insalata di parole* (in cui vi è la completa rottura dei limiti del contesto e le parole si susseguono apparentemente a caso) non c’è ridondanza dal momento che nessuna parola può essere predetta in anticipo basandosi sulle parole o frasi precedenti: ciascuna parola arriva come se fosse una sorpresa, svincolata dai canoni della semantica o della sintassi. Esperimenti basati sul concetto di ridondanza hanno dimostrato che gli osservatori, a cui veniva fornito un trascritto di un discorso normale e uno di un discorso schizofrenico in cui ogni cinque parole ne era stata cancellata una, completavano correttamente con frequenza notevolmente maggiore la parola mancante nel discorso normale, dimostrando così la diminuita ridondanza nelle espressioni schizofreniche. In esperimenti correlati, venne suggerito che in caso di disturbi del linguaggio i pazienti schizofrenici fossero meno capaci di usare gli indizi contestuali e la ridondanza nell’apprendere passaggi scritti. La specificità di questi risultati è però stata messa in dubbio (Rutter, 1979).

Il significato del linguaggio dipende non solo da particolari parole, ma anche, come è già stato menzionato in precedenza, dal contesto della frase. Nel discorso normale esiste un tacito consenso, da parte di chi parla e di chi ascolta, di tutte le convenzioni, convinzioni e presupposti rilevanti del linguaggio comune parlato da tutti. Nei disturbi del linguaggio, possono emergere nel corso del discorso scritto o parlato dei temi che non sono appropriati al contesto. Così, affermazioni altamente personali e idiosincrasiche possono essere interposte ad aspetti più appropriati del discorso. Questo tende a produrre in chi ascolta un certo grado di confusione. Il mescolare fram-

menti di conversazione relativi ad argomenti non correlati tra loro nello svolgersi del discorso è stato chiamato *intermingling* (mescolanza) (Harrow e Prosen, 1979). Questa condizione sembra riflettere un difetto dell'abilità del soggetto di restare all'interno dei normali limiti sociali per quanto concerne la comunicazione.

La distruzione del contesto e la mancanza di sufficienti connessioni tra le frasi successive è esemplificata dalle parole di un paziente che scrisse: "Voglio andarmene gli alberi sono bellissimi se solo il cibo amore che duri a lungo". In un'unica affermazione sono tra loro combinati il desiderio di essere dimesso, il giardino, il cibo e un augurio. Vi è l'incapacità a mantenere separate idee sconnesse e le preoccupazioni del paziente sono accozzate tra loro in una sola frase. Un paziente rispondeva alla domanda su come si sentisse dicendo: "Non importa se mangi zucchero raffinato finché sei in grado di controbilanciarlo facendo qualcosa o usando la tua energia, spendendo la tua energia nel miglior modo possibile e vorrei davvero diventare un DJ, sai, io ho davvero grandi ambizioni ecco perché adesso voglio una sigaretta. Ecco tutto". In questa frase, le preoccupazioni in merito alla dieta, forma fisica, ambizioni lavorative e il desiderio di una sigaretta sono state tutte incluse in una risposta data a una domanda sulla salute. Questa tendenza è stata definita da Cameron (1944) *iperinclusione* poiché il paziente è incapace di impedire che pensieri secondari e marginali si intromettano e vengano inclusi nelle affermazioni.

A un giovane libraio in fase iniziale di un episodio psicotico venne richiesto di riordinare la sezione "Divinità" dell'archivio della libreria. Questo condusse a una completa riorganizzazione dell'indice, in cui tutto venne catalogato sotto la voce Divinità: il giovane incluse tutti gli argomenti sotto la voce Divinità, questo senza alcun riferimento alla possibile natura ubiquitaria di Dio, ma semplicemente a causa di una incapacità a separare una categoria dall'altra tanto, appunto, da includerle tutte in un'unica. In questo caso l'iperinclusione era presente nei fatti, non nelle parole.

Il *blocco del pensiero* è caratterizzato da un improvviso arresto a metà dell'affermazione, nonostante il soggetto desideri continuare a parlare; dopo una pausa, il flusso del discorso può ricominciare, magari con argomenti completamente

slegati. Può essere presente un silenzio perplesso e il paziente può lamentarsi del fatto che i propri pensieri siano stati rimossi, rubati, bloccati o scomparsi. Questo fenomeno può essere drammatico in alcuni pazienti schizofrenici e può accompagnarsi a considerevole stress soggettivo. Il blocco del pensiero, inserito in un contesto di altri segni di disturbi schizofrenici del linguaggio, è di importanza diagnostica. Quando si verifica come evento isolato viene facilmente frainteso e confuso con fenomeni specifici di perdita del filo del discorso, cosa che accade nelle persone sane quando, in particolare, sono stanche o sotto stress e può costituire una componente del rallentamento del discorso in corso di depressione. La presenza di disturbi schizofrenici del linguaggio non deve essere desunta sulla base del solo blocco del pensiero. Uno psichiatra clinico riscontra di frequente disturbi del linguaggio nel caso di fuga di idee in corso di mania e di disturbi schizofrenici del discorso, spesso considerati come disturbi formali del pensiero. Alla luce di questo, la sezione successiva affronterà questi due specifici disturbi del linguaggio.

Fuga di idee

La fuga di idee si ritrova in caso di mania, ma può essere a sua volta imitata da altre sindromi cerebrali organiche e in caso di persone particolarmente loquaci o intossicate; può anche comparire in forme relativamente pure in alcuni individui che, secondo altri criteri, potrebbero essere considerati senza dubbio schizofrenici. È presente un ritmo del discorso accelerato, spesso chiamato *pressione del discorso*. In aggiunta all'aumentata capacità oratoria, il linguaggio usato è caratterizzato da gran quantità di associazioni, molte delle quali sembrano essere evocate da connessioni più o meno casuali. La relazione tra le affermazioni è disturbata da questo disordine nelle associazioni e la progressione del discorso smette di essere guidata dal susseguirsi del flusso di pensieri e passa sotto l'influenza di questa pletora di nuove connessioni. Il discorso eccitato perde il senso seguendo connessioni arbitrarie e la progressione coerente delle idee tende a essere oscurata. L'associazione verbale risulta governata in modo casuale da suoni, rime, associazioni a concetti secondari, doppi sensi e così via. Nella

tipica fuga di idee, sebbene le connessioni e le associazioni siano accidentali o periferiche rispetto al senso generale della frase, sono di per sé abbastanza ovvie e comuni e potrebbero essere accettate individualmente in altre occasioni. Questo risulta in netto contrasto con il disturbo del linguaggio schizofrenico in cui le connessioni soggettive sono spesso così confuse e personalizzate da non essere comprese indipendentemente dalla situazione. Sono frequenti le associazioni metalliche e i giochi di parole. Un paziente maniacale da me visitato tentava di parlare usando versi giambici intervallati da lunghi passi di poeti del XIX secolo.

Nella fuga di idee un ampio spettro di insolite connessioni guida il rapido discorso e l'ascoltatore deve spesso sostenerne il flusso e può anche condividere il divertimento e il piacere che il paziente trae dalle nuove associazioni. I pazienti che presentano fuga di idee spesso esprimono una sensazione soggettiva secondo cui i loro pensieri sono in competizione tra loro e nuove idee si fanno strada imponendosi alla loro attenzione.

Disturbo schizofrenico del linguaggio

Il disturbo schizofrenico del linguaggio o, altrimenti chiamato, *disturbo formale del pensiero*, è caratterizzato da un disturbo dell'area semantica, per quanto nelle forme più avanzate e gravi anche la sintassi possa essere intaccata. Bleuler (1950) considerava il disturbo dell'associazione un sintomo fondamentale della schizofrenia che conduceva allo sconvolgimento del filo conduttore del pensiero. Le idee in cui il paziente si imbatte fortuitamente vengono tra loro combinate in base a situazioni casuali piuttosto che sulla base di un qualsivoglia filo logico. Quando venne chiesto a una paziente dove visse, essa rispose: "Vengo da Somerset. Somerset è un posto adorabile, chiunque si ferma su quella via, sai, prima di tornare a casa per il weekend. Io sono a casa nei weekend, ma non sono mai davvero completamente soddisfatta né di me stessa né del mio rendimento scolastico".

In quei pazienti schizofrenici il cui linguaggio risulta disturbato, si ritrovano associazioni metalliche, condensazioni e stereotipie, evidenziate dalla tendenza a ritornare ripetutamente sullo stesso tema. Il disturbo del linguaggio nella schi-

zofrenia può variare, andando da un disturbo lievemente percettibile a un disturbo che si traduce in una comunicazione quasi completamente disorganizzata. Kurt Schneider (1959) affermò che sconnesione, frammentazione e illogicità del pensiero sono frequenti nel discorso di pazienti schizofrenici. A ogni modo, egli sottolineò che le forme più lievi di tale disturbo si possono riscontrare piuttosto frequentemente in persone sane e, alla luce di ciò, sebbene questi disturbi del pensiero siano importanti per la definizione teorica di schizofrenia, non possono in pratica avere un peso rilevante come caratteristiche diagnostiche. Nei casi ambigui egli sosteneva che fosse troppo difficile definire tali fenomeni come inconfondibili sintomi schizofrenici e che, negli esempi floridi, dovevano essere presenti altri segni diagnostici più affidabili.

Carl Schneider, al contrario, diede considerevole attenzione a questi fenomeni nella sua opera *Psychologie der Schizophrenen* (1930). Egli riteneva che il linguaggio schizofrenico fosse caratterizzato da (1) miscuglio e unione di elementi eterogenei (*fusione*), (2) miscuglio e confusione di elementi reali definiti ma eterogenei (*sostituzione*), (3) distacco dalla catena dei pensieri (*omissioni*) e (4) sconvolgimento del contenuto del pensiero con inserzioni del contenuto di altri pensieri al posto del giusto concatenarsi dei pensieri (*deragliamenti*). Egli descrisse il *pensiero transitorio* come caratterizzato da deragliamenti e omissioni nel susseguirsi dei pensieri in cui sia la semantica che la sintassi possono essere alterate, e descrisse anche lo *sproloquio* in cui è presente un miscuglio e una confusione dei pensieri (sostituzione) che ne oscura il significato. Nello sproloquio colui che ascolta può avere l'impressione iniziale che venga detto qualcosa di sensato, ma presto realizza che si tratta di un flusso di parole e frasi altisonanti che significano poco o niente. Un paziente che parlava a lungo con un discorso lento, ponderato e pesantemente enfatico esprimeva quanto segue in un monologo:

In altre parole tu mi dicesti che stavi venendo e io lo dissi a me stesso e mi passò di mente. Credo non si trattasse esattamente di essersi dimenticati che lei sarebbe venuta, ma di non sottolineare questo tutte le volte che lui voleva solo venire a casa e io ero stupido riguardo ai soldi e a ciò che tu hai e vedi adesso posso parlargli di questo.

Il linguaggio dei pazienti schizofrenici può essere appesantito da dettagli superflui e circostanzialità in maniera molto simile, forse, a quello che fanno gli scrittori con i loro testi. Forme di espressione complesse e intricate possono servire a oscurare il flusso dei pensieri e luoghi comuni e proverbi possono arrivare a dominare completamente il loro discorso.

Andreasen (1979, 1986) suggerì che tutti i numerosi e vari termini usati per descrivere le difficoltà nella comunicazione dei soggetti schizofrenici possono essere ridotti a venti termini che, ella sostiene, non si escludono a vicenda. Questi sono: povertà della produzione del linguaggio (discorso laconico), povertà del contenuto del discorso, pressione nel discorso, discorso distraibile, tangenzialità, deragliamento (perdita di associazioni), incoerenza (come nella *insalata di parole*), illogicità, suono metallico, neologismi, approssimazione di parole (in cui le parole sono usate in modo non convenzionale), circostanzialità, perdita dell'obiettivo (in cui la comunicazione si muove apparentemente senza scopo), perseverazione, ecolalia, blocco, discorso artificioso (pomposo ed estremamente formale), discorso autoreferenziale (in cui il discorso torna ripetutamente sul paziente e sulle sue preoccupazioni altamente personali), parafrasi fonemica (errata pronuncia dovuta al fatto che suoni o sillabe sono state tolte dalla sequenza) e parafrasi semantica (sostituzione di parole improprie – malapropismi). Le anomalie più frequenti che Andreasen notò nei pazienti furono i deragliamenti, la perdita della finalità e la tangenzialità, sebbene queste anomalie vennero riscontrate anche in pazienti maniacali. La povertà del discorso era un'anomalia riscontrata soprattutto nelle affermazioni schizofreniche piuttosto che in quelle maniacali. Potrebbero esserci, come qualcuno avrà pensato, problemi nel distinguere tra loro un certo numero di categorie (come, per esempio, l'approssimazione dalla parafrasi semantica).

I pazienti potrebbero essere consapevoli dello sconvolgimento del proprio pensiero sebbene questo non sia palese all'osservatore. Alcuni pazienti iniziano a interessarsi alle parole e al possibile significato nascosto in questi segni e simboli. Il disturbo del linguaggio di un paziente si manifestò in una lunga serie di produzioni scritte relative a parole, di cui riporto qui un esempio:

RAYMOND = RAY-MOUND = collina del raggio = torre delle onde telepatiche. Anche = RAY-MONDE, raggio e mondo (Francese, Le Monde). Il nome tedesco che corrisponde al moderno Raymond era Regimund. Regin = forte, potente; mund = protezione. Pertanto la mia telepatia è una forte protezione. Mund = protezione era spesso usata con la parola "beorg" = qui significa fortezza. Regin è pressoché simile alla parola anglosassone Regn = pioggia. Pertanto, uno ha Regn = pioggia e mund = fortezza = fortezza da cui arriva la pioggia, cioè = onde telepatiche.

Questa sezione si è occupata delle produzioni del linguaggio, ma è importante ricordare che numerose osservazioni sono state espresse circa il fatto che nella schizofrenia, le anomalie si verificano nella percezione del discorso e nella memoria verbale a breve termine. Tali difetti ricettivi possono contribuire alle anomalie del linguaggio.

Infine è necessario porre enfasi sul fatto che numerose lesioni cerebrali possono produrre un discorso disfasico che può superficialmente assomigliare al disturbo formale del pensiero. Per un'eccellente descrizione delle disfasie organiche si veda Lishman (1987) e Brain (1965).

Conclusioni

La psicopatologia descrittiva tenta di orientare il clinico verso la precisa osservazione e descrizione dello stato mentale dei propri pazienti. Le descrizioni possono, in aggiunta, costituire la base per la classificazione e per studi empirici. L'attenta osservazione e la classificazione rappresentano il punto di partenza per una buona psichiatria clinica e, soprattutto, costituiscono la migliore protezione per il paziente affinché non venga etichettato in modo sbagliato come malato mentale e trattato come tale o, al contrario, affinché non gli vengano negate le cure quando, di fatto, ne necessita.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual*. 3rd ed. (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N.C. (1979). Thought, language and communication disorders. *Archives Gen Psych* 36:1315-30.

- Andreasen, N.C. (1986). Scale for the assessment of thought, language and communication. *Schizophr Bull* 12:473-82.
- Arthur, A. (1964). Theories and explanations of delusions: a review. *Am J Psychiatry* 121:105-15.
- Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard R., et al. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 21:1143-92.
- Berrios, G.E. (1981). Stupor: A conceptual history. *Psychol Med* 11:677-88.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Translated by I. L. Abell. New York: Grune and Stratton.
- Boss, M. (1949). *Meaning and Content of Sexual Perversions*. New York: Grune and Stratton.
- Brain, W. R. (1965). *Speech Disorders: Aphasia, Apraxia & Agnosia*. 2nd ed. London: Butterworth.
- Cameron, N. (1944). Experimental analysis of schizophrenic thinking in language and thought in schizophrenia. In J. Kasanin, ed. *Language and Thought in Schizophrenia*. Berkeley: University of California Press.
- Capgras, J., & Reboul-Lachand, J. (1923). Illusion des sosies dans un défense systématisé chronique. *Bull Soc Clin Méd Mentale* 2:6-16.
- Christodoulou, G.N. (1977). The syndrome of Capgras. *Br J Psychiatry* 130:556-64.
- Coleman, S.E. (1933). Misidentification and non recognition. *J Ment Sci* 79:42-51.
- Cutting, J. (1985). *The Psychology of Schizophrenia*. London: Churchill Livingstone.
- De Clerambault, G. (1942). Les psychoses passionnelles. *Oeuvres Psychiatriques*, pp. 315-22.
- Esquirol, J.E.D. (1833). *Observations of the Illusions of the Insane*. London: Renshaw and Rush.
- Fish, F. (1967). *Clinical Psychopathology*. Bristol: Wrights.
- Ford, R.A. (1989). The psychopathology of echophenomena. *Psychol Med* 19:627-35.
- Frijda, N.H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garety, P. (1985). Delusions: problems in definition and measurement. *Br J Med Psychol* 58:25-34.
- Goldstein, K. (1944). Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In J. Kasanin, ed. *Language and Thought in Schizophrenia*. Berkeley: University of California Press.
- Hare, E.H. (1973). A short note on pseudo-hallucinations. *Br J Psychiatr* 122:469-76.
- Harré, R. (1986). *The Social Construction of Emotion*. London: Blackwell.
- Harrow, M., & Prosen, M. (1979). Schizophrenia thought disorders; bizarre associations and intermingling. *Am J Psychiatr* 136:293-6.
- Horowitz, J.M. (1978). *Image Formation and Cognition*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Insel, T.R., & Akiskal, H.S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenological analysis. *Am J Psychiatr* 143:1527-1533.
- Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*. 7th ed. Translated by J. Hoening and M.W. Hamilton. Manchester: Manchester University Press.
- Kahlbaum, K.L. (1973). *Catatonia*. Translated by G. Mora. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Original work published 1874.
- Kendler, K.S., Glazer, W.M., e Morgenstern, H. (1983). Dimensions of delusional experience. *Am J Psychiatr* 140:466-9.
- Koehler, K. (1979). First rank symptoms of schizophrenia: Questions concerning clinical boundaries. *Br J Psychiatr* 134:236-48.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Translated by R.M. Barclay. Edingburg: E&S Livingstone.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Translated by R.M. Barclay. Edinburgh: E & S Livingstone.
- Leonhard, K. (1979). *The Classification of Eudogenous Psychoses*. 5th ed. Translated by R. Berman; edited by E. Robins. New York: Wiley.
- Lewis, A. (1967). *Obsessional Illness. Inquiries in Psychiatry*. London: Routledge & Kegan Paul, pp. 157-72.
- Lishman, W.A. (1987). *Organic Psychiatry*. 2nd ed. London: Blackwell.
- Lohr, J.B., e Wisniewski, A.A. (1987). *Movement Disorders: A Neuropsychiatric Approach*. New York: Guilford Press.
- Maher, B.A. (1972). The language of schizophrenia: a review and interpretation. *Br J Psychiatry* 120:3-17.
- Maher, B.A. (2001). *Delusions*. In H.E. Adams, P.B. Sutker, eds. *Handbook of Psychopathology*. New York: Plenum, pp. 309-37.
- Malebranche, N. (1980). *The Search after Truth*. Translated by T.M. Lennon. Columbus: Ohio State University Press. Original work published 1674.
- McKenna, P.J. (1984). Disorders with overvalued ideas. *Br J Psychiatry* 145:579-83.
- Minkowski, E. (1970). *Lived Time*. Translated by N. Metzler. Evanston: Northwestern University Press.
- Mullen, P.E. (1990). A phenomenology of jealousy. *Aus N Z J Psychiatry* 24:17-28.
- Mullen, P.E. (1991). Jealousy: The pathology of passion. *Br J Psychiatr* 158:593-601.
- Mullen, P.E. (2006). A modest proposal for another phenomenological approach to psychopathology. *Schizophr Bull* 33:113-21.
- Mullen, P.E., & Lester, G. (2006). Vexatious litigants and unusually persistent complainants and petitioners: From querulous paranoia to querulous behaviour. *Behav Sci Law* 24:333-49.
- Mullen, P.E., Pathé, M., e Purcell, R. (1994). The pathological extensions of love. *Br J Psychiatr* 165:614-23.
- Mullen, P.E., Pathé, M., e Purcell, R. (2000). *Stalkers and Their Victims*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oltmanns, T.F., Maher, B.A., eds. (1987). *Delusional Beliefs*. New York: John Wiley.

- Phillips, K.A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res* 38:63-72.
- Posey, T.B., e Losch, M.E. (1983). Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination Cogn Person* 2:99-113.
- Rachman, S.J., e Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rutter, D.R. (1979). The reconstruction of schizophrenic speech. *Br J Psychiatr* 134:356-9.
- Scharfetter, C. (1980). *General Psychopathology. An Introduction*. Translated by H. Marshall. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schneider, C. (1930). *Psychologie der Schizophrenen*. Leipzig: Thieme. 38 Section 1: The Tools of Psychiatry
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. Translated by M. Hamilton. New York: Grune and Stratton.
- Schneider, K. (1974). Primary and secondary symptoms in schizophrenia. In S. Hirsch & M. Shepherd, eds. *Themes and Variations in European Psychiatry*. Bristol: Wrights.
- Schreber, D.P. (1955). *Memoirs of My Nervous Illness*. Translated and edited by I. MacAlpine and R.A. Hunter. London: R.A. Dawson.
- Searle, J.R. (1969). *Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sims, A. (1988). *Symptoms in the Mind*. London: Bailliere Tindall.
- Sims, A., ed., (1995). *Speech and Language Disorders in Psychiatry*. London: Gaskell Press.
- Sifneos, P.E. (1972). *Short Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Slade, P.D., e Bental, R.P. (1988). *Sensory Deception*. London: Croom Helm.
- Solomons, R.C. (1980). Emotion and choice. In A.O. Porty, ed. *Explaining Emotions*. Berkeley: University of California Press, pp. 251-81.
- Spitzer, R.L., e Endicott, J. (1978). *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia*. 3rd ed. New York: Biometrics Research.
- Straus, E.W. (1948). *On Obsession*. Nervous and Mental Disease Monographs, No. 73.
- Wessely, S., Buchanan, A., Reed, A., et al. (1993). Acting on delusions. *Br J Psychiatry* 163:69-76.
- Wing, J.K., Cooper, J.E., e Sartorius, N. (1974). *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winters, K.C., e Neale, J.M. (1993). Delusions and delusional thinking in psychotics: A review. *Clin Psychol Rev* 3:227-53.
- Woolf, V. (1996). *Mrs Dalloway*. Hertfordshire: Wordsworth Classic. Original work published 1925.
- Wundt, W. (1903). *Grundriss der Psychologie*. Stuttgart: Engelmann.
- Van den Berg, J.H. (1982). On hallucinations: Critical historical overview. In A.J. DeKoning e F.A. Jenner, eds. *Phenomenology and Psychiatry*. London: Academic Press.
- Xenophon. (1923). *Memorabilia*. With an English translation by E.G. Marchant. London: Leob Classical Library.