

NOSOGRAFIA E PSICOPATOLOGIA: UN MATRIMONIO IMPOSSIBILE?

Mario Rossi Monti e Giovanni Stanghellini

1. Psicopatologia, semeiotica, nosologia e nosografia

Il termine psicopatologia ha ormai acquisito un ampio alone semantico tanto da venire spesso usato con differenti significati. In senso più generale con "psicopatologia" si indica la patologia psichica nel suo complesso ed il termine coincide quindi con l'oggetto della psichiatria. Frequentemente viene impiegato per fare riferimento ad una descrizione precisa e minuziosa dei sintomi psichiatrici ed in questa accezione la psicopatologia finisce per coincidere con la semeiotica psichiatrica. Negli Stati Uniti una tradizione che risale a James, Prince e Meyer ha scelto il termine psicopatologia per indicare «lo studio scientifico del comportamento anormale» (Klerman, 1986) stabilendo un parallelismo tra psicopatologia e psichiatria da un lato, e neuropatologia e neurologia dall'altro. In quel contesto di riferimento la psicopatologia ha conservato uno specifico interesse per la ricerca eziologica e contribuisce ad affrontare i problemi posti dalla diagnosi e dalla classificazione delle malattie mentali. Nell'Europa continentale invece, culla della tradizione psicopatologica jaspersiana, il termine designa la disciplina che isola i fenomeni mentali per poi «raggruppare i fenomeni correlati su una base puramente fenomenologica, usando solo quegli aspetti dei fenomeni che sono realmente esperiti come punti di differenza, ed escludendo ogni ulteriore nozione o teoria» (Jaspers, 1968). Gli elementi mediante i quali separare i diversi gruppi di fenomeni sono ricavati esclusivamente dalle autodescrizioni dei pazienti sulla base degli aspetti formali, vale a dire dei *modi* attraverso i quali le esperienze si presentano nel campo di coscienza.

Mentre la psicopatologia propriamente detta si occupa di *fenomeni*, la *semeiotica* prende in considerazione tali fenomeni in quanto

sintomi e cioè nel loro significato clinico, diagnostico ed eziologico, sullo sfondo di un modello interpretativo del "sintomo" e del disturbo psichico che mira ad individuare dati "oggettivi" e a ricondurli ad una specifica eziologia. In questo senso mentre la attenzione della semeiotica è centrata sul *morbus*, la psicopatologia si rivolge alla *persona* (Kraus, 1994).

La *nosologia* in senso lato si occupa della classificazione delle malattie. A differenza della nosografia che consiste nella descrizione delle singole malattie con finalità diagnostiche, la nosologia in senso stretto ha come oggetto la classificazione delle malattie in forme discrete e separate. Inoltre, mentre la nosografia traccia i confini delle sindromi in maniera provvisoria e convenzionale sulla base di una diagnosi empirica, la nosologia ha l'ambizione di individuare entità naturali. Nonostante che a tutt'oggi le classificazioni delle malattie mentali siano puramente nosografiche – vale a dire "convenzioni diagnostiche provvisorie" (Gross e Huber, 1993) – una tentazione nosologica sembra nascondersi dietro una nosografia di facciata, un po' come accade nel DSM-III considerato a ragione da Birley (1990) «un lupo essenzialista travestito da agnello nominalista». Tuttavia, in assenza di *markers* extra-clinici che permettano di individuare con certezza presunte discontinuità nosologiche, ogni nosografia non può che continuare a basarsi «su sindromi definite esclusivamente in termini psicopatologici» (Janzarik, 1976).

2. Una nosografia "illuminata" dalla psicopatologia

In molte occasioni, la psicopatologia si è dovuta, per così dire, sporcare le mani con la nosografia, abbandonando il suo terreno specifico e spostando l'attenzione dai *fenomeni* ai *sintomi* utili per una diagnosi differenziale. Ad esempio i disturbi primari descritti da Eugen Bleuler nella schizofrenia sono stati recentemente ripresi dal gruppo di Vienna che li ha operazionalizzati ad uso diagnostico inserendoli nell'ambito della "sindrome assiale endogenomorfa" (Berner *et al.*, 1983). Ma il punto di riferimento fondamentale nel travagliato rapporto tra psicopatologia e nosografia è certamente costituito dalla *Psicopatologia clinica* di Kurt Schneider (1971). La individuazione dei sintomi di primo rango ha infatti aperto la strada a strumenti diagno-

stici come il sistema PSE-Catego, centrato su sintomi *patognomonici*, come ad esempio la percezione delirante o le esperienze di passività, che hanno consentito una diagnosi differenziale tra le due maggiori psicosi. «La presenza di una percezione delirante – ha scritto Schneider (1974a) – esclude una esperienza reattiva ed indica sempre una vera psicosi che, in pratica, è una malattia schizofrenica». Ed ancora, sempre a proposito dei sintomi di primo rango: «se il sintomo è presente in una psicosi non-organica, allora noi chiameremo quella psicosi schizofrenia, in opposizione alla psicosi ciclotimica o alla psicosi reattiva nelle personalità abnormi. [...] A mio modo di vedere la presenza dei sintomi di primo rango significa sempre schizofrenia» (1974b). Il capitolo della *Psicopatologia Clinica* dedicato alla schizofrenia ed alla psicosi maniaco-depressiva sembra proprio costruito intorno alla ricerca pragmatica di sintomi *patognomonici* nell'ambito dei fenomeni produttivi.

Negli ultimi vent'anni l'impostazione schneideriana è entrata ampiamente in crisi. Molti studi hanno mostrato la inaffidabilità nosografica dei sintomi di primo rango (Mellor, 1970; 1982; Taylor e Abrams, 1973; 1975; Wing e Nixon, 1975; O'Grady, 1990) tanto che Berner e Kufferle (1982) hanno parlato di un vero e proprio «mito dei sintomi di primo rango» e Tölle (1980) ha addirittura accusato Schneider di essere stato un "grande semplificatore". I disturbi della coscienza dell'Io (*Ichstörungen*) – la diffusione del pensiero, il furto del pensiero, l'inserzione del pensiero e le esperienze di influenzamento – considerate dalla psicopatologia tedesca classica come «appartenenti al cuore delle manifestazioni schizofreniche» (M. Spitzer, 1988) e pietra angolare della diagnosi di schizofrenia (Bleuler, 1911; Schneider, 1971) sono andati incontro allo stesso destino. Non è stata messa in discussione solo la loro specificità diagnostica (Goodwin e Jamison, 1990; Goldman *et al.*, 1992; Rossi Monti e Stanghellini, 1993) ma anche la loro affidabilità epistemologica e solo pochi autori sono rimasti fedeli – seppure con argomentazioni anche molto diverse – alla tesi della specificità diagnostica dei sintomi di primo rango ed in particolare dei disturbi della coscienza dell'Io (Blankenburg, 1988; R. Spitzer *et al.*, 1993).

Se i sintomi di primo rango mancano di una loro specificità nosografica e nessun sintomo psicopatologico isolato consente di discri-

minare tra forme nosografiche attigue, che utilità hanno le osservazioni psicopatologiche? Cosa resta della psicopatologia se essa non assolve al compito di «tagliare la natura nei suoi punti di articolazione» (Wiggins e Schwartz, 1994)? La psicopatologia è destinata – come ha scritto ironicamente Janzarik (1976) – a rimanere una disciplina puramente teorica, «un futile passatempo privo di “rilevanza sociale”», senza alcuna applicazione clinica?

La psicopatologia non può essere tuttavia ridotta a semplice ancella della nosografia, dal momento che la sua “applicazione” nosografica costituisce *solo uno* dei versanti dell’impresa psicopatologica. Se il “rasoio psicopatologico” si è dimostrato spuntato in campo nosografico ciò non significa che si debba celebrare il funerale della psicopatologia.

Nelle intenzioni di Karl Jaspers, fondatore della psicopatologia generale, la psicopatologia promuoveva lo spostamento della attenzione dai sintomi del comportamento e della espressione ai sintomi dell’esperienza. *Oggetto* della psicopatologia sono gli eventi psichici reali e coscienti nella loro dimensione patologica, mentre il *campo* della psicopatologia è limitato a quelle esperienze che possono essere colte per mezzo di concetti invarianti e trasmissibili. Il *metodo* psicopatologico si fonda sulla comprensione fenomenologica intesa come riattualizzazione interiore delle esperienze del paziente in base alle sue auto-descrizioni ed è rivolto a cogliere ed individuare i fenomeni mentali soggettivi per ordinarli secondo categorie semantiche, nell’ambito di un progetto più ampio inteso a fare della psicopatologia il *linguaggio comune* della psichiatria. Nella analisi delle esperienze interne, il paradigma psicopatologico ha sottolineato la rilevanza degli aspetti formali piuttosto che di quelli tematici e contenutistici. «Per i fenomenologi – scrive Jaspers (1959) – le forme sono del più grande interesse, mentre i contenuti appaiono sempre casuali». Nell’opera di Jaspers il concetto di forma equivale a quello di canale di esperienza: la forma dell’esperienza – come anche nella teoria kantiana della conoscenza che ha profondamente influenzato la sistematizzazione jaspersiana (Walker, 1993a) – è il modo in cui il contenuto dell’esperienza si presenta al soggetto (pensieri, percezioni, idee, giudizi, sentimenti, impulsi, esperienza di sé), in altre parole la forma è «il modo in cui il contenuto si presenta alla conoscenza» (Walker,

1993b). Ad esempio, un contenuto di "gelosia" può presentarsi nella forma di uno stato emotivo, di un'idea prevalente oppure di una allucinazione. La analisi formale va comunque aldilà della semplice designazione del canale attraverso il quale il contenuto dell'esperienza si presenta, specificando sottocategorie all'interno della stessa categoria formale di esperienza. Ad esempio, all'interno della categoria "pensiero", si può distinguere dal punto di vista formale la sottocategoria "idea prevalente" da quella "idea ossessiva" o "idea delirante". Una tassonomia formale dei modi di esperienza tende a relegare sullo sfondo ogni preoccupazione nosografica.



3. Psicopatologia schneideriana e post-schneideriana

Gli studi di Kurt Schneider (1971) sulla percezione delirante si sono mossi nella tradizione di ricerca jaspersiana privilegiando la individuazione di un criterio puramente formale: «la diagnosi cerca il "come" (la forma) non il "cosa" (il tema o il contenuto) [...] Ogniquale volta ci si focalizzi sui contenuti, la possibilità di porre diagnosi arretra» (Schneider, 1956). Il modello schneideriano della doppia articolazione della autentica percezione delirante ha costituito la più alta espressione di questa aspirazione, identificando proprio nel secondo tratto della percezione delirante il criterio formale essenziale per la diagnosi. L'approfondimento della analisi psicopatologica formale è andato così di pari passo con l'ambizione nosografica e la psicopatologia clinica schneideriana, a differenza della psicopatologia generale jaspersiana, ha incarnato l'ambizioso progetto di una nosografia fondata sulla psicopatologia. Da questo punto di vista la nozione di percezione delirante resta un irrinunciabile punto di riferimento, una

sorta di pietra miliare, il perno intorno al quale ha ruotato la diagnosi di schizofrenia. Sebbene fin dagli anni '40 autori come Schmidt (1940) avessero avanzato seri dubbi sulla possibilità di risolvere il problema del delirio in base a criteri strettamente formali, ancora negli anni '70 Schneider e Huber, riproponendo il modello della percezione delirante come vera esperienza delirante, proclamavano che la schizofrenia è la malattia delirante per eccellenza. Quando Berner e Naske (1973) affermarono che la tesi della specifica struttura formale della percezione delirante descritta da Schneider che aveva «dato a generazioni di psichiatri la certezza di avere risolto il problema del delirio, almeno dal lato descrittivo» non poteva più essere accettata, le loro parole suonarono come un epitaffio per un'intera era della psicopatologia. I sintomi di primo rango avevano tuttavia permesso di gettare un ponte tra categorie psicopatologiche e categorie nosografiche ed avevano rappresentato il patrimonio che la psicopatologia aveva portato in dote per il suo matrimonio con la nosografia.



4. Dopo il divorzio: "scapoli" o "nostalgici"?

Da quando il matrimonio tra nosografia e psicopatologia è fallito, nell'ambito della comunità degli psicopatologi possono essere individuati due gruppi: il gruppo degli scapoli ed il gruppo dei nostalgici. Gli *scapoli*, liberi da ogni tentazione o nostalgia nosografica, hanno approfondito la analisi dei sintomi psicotici senza alcuna preoccupazione per il problema della specificità nosografica. Tra questi, Koehler ha proposto un ordinamento fenomenologico dei sintomi psicotici da un punto di vista puramente psicopatologico. La sua proposta (Koehler, 1976; 1979) ruota intorno a due punti essenziali: i)

attitudine descrittiva; ii) scetticismo nosologico. Per quanto riguarda il primo, Koehler pone attenzione alle reali esperienze psicotiche riorganizzandole secondo un modello descrittivo non dicotomico ma continuista e dinamico, considerando i tradizionali sintomi psicotici (schneideriani) come «punti arbitrari localizzati su un *continuum* clinico operativo» (1979). Per quanto riguarda il secondo punto, Koehler relega sullo sfondo il problema della applicazione nosologica del suo costrutto psicopatologico: «tali considerazioni operazionali – egli scrive (1976) – si possono dimostrare utili o meno nel distinguere tra differenti tipi di schizofrenici o meglio ancora tra schizofrenici ed altri tipi di pazienti». Il modello che distribuisce i sintomi psicotici lungo un *continuum* è stato in ampia misura confermato, da un punto di vista patogenetico, dalla teoria di Klosterkötter (1988; 1992) (*Bonn transition sequence study*) sulle sequenze di trasformazione dai sintomi base ai fenomeni finali psicotici, indipendentemente dal loro potere discriminativo nosografico.

Se gli *scapoli* hanno abbandonato ogni preoccupazione di carattere nosografico, i *nostalgici*, come “vestali”, hanno invece tenuto viva la memoria delle tradizionali distinzioni nosografiche. Bovet e Parnas (1993), nel contesto di una analisi fenomenologica sulla specificità dei deliri schizofrenici, affermano che «gli studi empirici che dimostrano la presenza di sintomi di primo rango della schizofrenia nel disturbo affettivo non sono probabilmente abbastanza sensibili alla complessità degli aspetti qualitativi dell'esperienza investigata». Questa presa di posizione rappresenta una sorta di *manifesto* degli amanti nostalgici: la speranza cioè che, affilando ulteriormente il filo del rasoio psicopatologico, sia possibile restaurare il potere discriminatorio perduto ed ottenere uno strumento idoneo ad una più efficace dissezione nosografica, uno strumento che assomigli più a un microtomo che non ad un coltello da cucina. L'analisi fenomenologico-psicopatologica della esperienza delirante compiuta da Kraus (1983), ad esempio, punta in questa direzione, raffinando e legittimando le tradizionali dicotomie nosografiche attraverso gli strumenti della analisi fenomenologico-psicopatologica. La distinzione tra deliri schizofrenici e deliri maniaco-depressivi viene stabilita sulla base di criteri *formali* e non contenutistici: mentre la certezza delirante del maniaco-depressivo – scrive Kraus – sarebbe formalmente caratterizzata

dalla "struttura dell'intolleranza dell'ambiguità", la certezza delirante degli schizofrenici avrebbe sempre "le caratteristiche della rivelazione". A differenza dei deliri schizofrenici che rappresenterebbero per il paziente l'acquisizione di una identità di ruolo completamente nuova (*delirio come rivelazione*), le idee deliroidi dei maniaco-depressivi non esprimerebbero tanto il raggiungimento di una nuova identità, quanto la conferma di una identità preesistente e stereotipata (*delirio come conferma*).

5. Psicopatologia generale e psicopatologia clinica: il ruolo degli organizzatori psicopatologici

Kurt Schneider nella prefazione alla quarta edizione della *Psicopatologia clinica* afferma che la psicopatologia mira a divenire «la dottrina psicopatologica dei sintomi e della diagnosi» poiché essa ha a che fare con "lo psichico abnorme alla ricerca di unità cliniche". I concetti psicopatologici devono essere usati soltanto come «boe galleggianti che servono come punti di riferimento per la navigazione clinica». Nonostante gli avvertimenti di Schneider, i sintomi di primo rango sono stati prevalentemente usati come criteri dicotomici. In questo modo la psicopatologia clinica rischia di rimanere schiacciata sotto il peso della griglia nosografica dominante e la ricerca psicopatologica nel suo complesso rischia di precipitare in una sorta di stato crepuscolare in cui tutta l'attenzione resta polarizzata solo su quei sintomi che si suppone siano dotati di un valore discriminatorio e diagnostico. Molte voci si sono levate a mettere in guardia da questi pericoli. Dall'ambito della ricerca eziologica, van Praag (1991) ha criticato la "nosological tunnel vision" dominante nella psichiatria biologica, difendendo invece appassionatamente un modello di "psicopatologia funzionale" volto alla ricerca di organizzatori concettuali di tipo differente. Blankenburg (1971) ha sottolineato come «la associazione troppo stretta tra psicopatologia e nosologia, che ha caratterizzato la tradizione psichiatrica da Kahlbaum a Kraepelin, non abbia sempre giocato a favore di queste due direzioni di ricerca». Non va dimenticato che il *corpus* di conoscenze della nosografia è fortemente dipendente dai costrutti teorici e dallo *Zeitgeist* e che le griglie nosografiche sono solo convenzioni storicamente determinate, tanto che nel corso del

XIX secolo molti sintomi isolati furono addirittura promossi al rango di entità nosografiche (Jaspers, 1959). In questo senso è necessario ripensare il ruolo della psicopatologia *generale* nel rapporto con la clinica psichiatrica, proprio per evitare di cadere nel letto di Procuste di una psicopatologia *clinica* compromessa con la nosografia.

In realtà sia la psicopatologia *generale* sia la psicopatologia *clinica* si collocano ad un livello intermedio tra la semeiotica e la nosografia. Tuttavia, mentre la psicopatologia clinica è essenzialmente volta alla identificazione di sintomi significativi indispensabili alle distinzioni nosografiche, il tentativo specifico della psicopatologia generale potrebbe essere concepito come la organizzazione delle esperienze interne attorno ad un nucleo di significato, indipendentemente dalla loro attribuzione nosografica. La psicopatologia generale dovrebbe quindi rimanere fedele alla originaria fondazione jaspersiana e mantenersi indipendente dalla eziologia e dalla nosologia. Da questo punto di vista una concezione della psicopatologia come *semplice cinghia di trasmissione tra la semeiotica e la nosografia* dovrebbe essere fortemente osteggiata.

Ad un primo livello, i concetti psicopatologici *descrivono* le esperienze interne, nel senso che essi sussumono particolari esperienze interne dello stesso tipo sotto titoli universali sulla base dell'aspetto formale di tali esperienze. Ad un secondo livello, i concetti psicopatologici *organizzano* differenti tipi di esperienze interne in complessi o costrutti teoretici secondo le loro strutture di significato. Questi organizzatori di significato – vale a dire organizzatori psicopatologici (Ballerini e Stanghellini, 1991; Stanghellini e Ballerini, 1992) – sono schemi sintetici di comprensione, che conferiscono una significatività unitaria a differenti declinazioni dei fenomeni patologici. Gli organizzatori psicopatologici possono avere o meno una ricaduta nosografica. Comunque non sono implicati nelle classificazioni categoriali delle entità di malattia, poiché il loro uso è rivolto alla ricerca di denominatori comuni nelle possibili trasformazioni del mondo dei pazienti psicotici.

La proposta di un approccio ai fenomeni psicopatologici non mirato a postulare entità nosografiche ma a costruire nuclei di comprensione trans-nosografica affonda le radici nella tradizione psicopatologico-fenomenologica europea, le cui fondamenta furono gettate dagli

studi di von Gebsattel, Straus e Minkowski. Nonostante questi autori abbiano lasciato in eredità un vero e proprio *thesaurus* di contributi monografici (Kretschmer, 1918; Minkowski, 1927; von Gebsattel, 1938; Straus, 1948; Blankenburg, 1971; Tellenbach, 1974), un lavoro di sistematizzazione e di armonizzazione tra i vari contesti di riferimento teorici non è stato ancora compiuto. Allo stato attuale gli organizzatori psicopatologici possono essere illustrati soltanto attraverso una tipologia non-sistematica, facendo ricorso a degli esempi.

Un primo esempio di ciò che intendiamo per organizzatori psicopatologici può essere tratto dal delirio di riferimento sensitivo di Kretschmer (1918), che si sviluppa a partire da un'esperienza di disfatta e di umiliazione. Kretschmer descrisse un particolare tipo di personalità vulnerabile, carica di sentimenti di insufficienza, ma piena di ambizioni e tenacia: un carattere astenico in cui la presenza di una spina stenica dava luogo alla configurazione della "personalità sensitiva". All'origine della sequenza di fenomeni che connettono l'imbarazzo, il rimorso, la paura di essere scoperti, con il delirio di riferimento e di persecuzione si rintraccia spesso un "pecca" di carattere sessuale. L'organizzatore psicopatologico di questo percorso che va dalla personalità vulnerabile, passando attraverso una esperienza chiave, fino alla sindrome delirante vera e propria è costituito dalla *vergogna* (Ballerini e Rossi Monti, 1990). La vergogna è un sentimento che ha due facce: da un lato il pudore, l'umiltà, la modestia, la timidezza, vale a dire le caratteristiche asteniche della personalità sensitiva; dall'altro, l'imbarazzo, l'umiliazione, l'onta, l'ignominia, vale a dire il nucleo del delirio di riferimento. Lo scatto gestaltico che ribalta la vergogna-pudore in vergogna-onta organizza la nostra comprensione di senso del passaggio dalla personalità vulnerabile ai franchi sintomi deliranti. Un nucleo delirante kretschmeriano può probabilmente essere rintracciato in gran parte delle sindromi deliranti, anche se a differenti livelli di trasparenza. Mentre nel delirio di riferimento sensitivo il nucleo kretschmeriano è evidente e scoperto, in molte altre esperienze di riferimento e persecuzione questo nucleo di significato e di comprensibilità può affiorare in maniera meno visibile o anche rimanere dissimulato, segreto o percepibile solo in filigrana, un po' come accade ad una pietra gettata nell'acqua che via via scompare alla vista.

Un altro esempio. Quando un paziente riferisce di non controllare i suoi muscoli e di essere influenzato da una forza esterna, ad un primo livello *descrittivo*, possiamo chiamare questo sintomo “esperienza di influenzamento somatico” distinguendolo, ad esempio, dalle cenestopatie e dai deliri somatici in senso stretto. Le cenestopatie infatti – dal punto di vista formale – sono dispercezioni corporee o allucinazioni correlate ad un disturbo dei sensi, mentre con il termine delirio somatico indichiamo il sussistere di particolari credenze circa la anatomia o la fisiologia del corpo, già strutturate in un sistema cognitivo pseudo-esplicativo. Ad un secondo livello *teoretico* (sintetico) è possibile riunire insieme il sintomo descritto come “esperienza di influenzamento somatico” con altre esperienze come “influenzamento dei pensieri o della volontà” in quanto accomunate dall’organizzatore psicopatologico della passività. L’organizzatore psicopatologico “transitivismo” o “perdita dei confini dell’Io” (M. Spitzer, 1988; Blankenburg, 1988; Rossi Monti e Stanghellini, 1993; Stanghellini e Rossi Monti, 1993) potrebbe inoltre includere anche eventuali e spesso trascurate esperienze di influenzamento attivo sulla realtà esterna.

Mentre gli organizzatori nosografici orientano la prognosi ed il trattamento, gli organizzatori psicopatologici mirano alla *comprensione* delle esperienze patologiche. Ciò nonostante, nella pratica, le prescrizioni farmacologiche sono più orientate dai complessi psicopatologici che non dalla diagnosi nosografica. Proprio perché si tratta di livelli di ricerca e di analisi indipendenti l’uno dall’altro, sebbene talvolta tangenziali, tentare di cortocircuitare i complessi di esperienze psicopatologiche sul terreno nosografico costituisce un grave errore. Da una operazione di questo tipo consegue inevitabilmente il rilievo della inaffidabilità dei costrutti psicopatologici sotto il profilo nosografico. Su questa base, attraverso un sillogismo che identifica il livello clinico con la applicazione di regole diagnostiche volte alla formulazione di una prognosi e di una terapia, si concluderebbe per la inutilità della psicopatologia dal punto di vista clinico. Alla luce del concetto di “organizzatore psicopatologico” gli studi di psicopatologia “nostalgica” acquistano invece un diverso valore: considerare infatti i lavori di autori come Kraus, Blankenburg o Bovet e Parnas solo sotto il profilo della loro affidabilità nosografica significa trascurare la portata di studi che hanno contribuito a delineare le caratteristiche es-

senziali del mondo psicotico. Allo stesso modo i sintomi primari della schizofrenia descritti da Bleuler non possono essere ridotti ad un semplice costrutto diagnostico (vale a dire, a sintomi utili per la diagnosi di schizofrenia), ma devono continuare ad essere considerati come parte essenziale di un costrutto psicopatologico (vale a dire, sintomi che indicano aree di vulnerabilità di base schizofrenica).

In conclusione, la ricerca psicopatologica – una volta ripristinata la distinzione tra psicopatologia generale e psicopatologia clinica – conserva il suo valore e la sua importanza proprio mantenendosi indipendente da ogni preoccupazione nosografica. La nozione di organizzatore psicopatologico – inteso come schema sintetico di comprensione, volto a connettere differenti esperienze patologiche in un nucleo unitario di significatività – acquista una sua autonomia rispetto a quella di organizzatore nosografico. In questo senso la psicopatologia come scienza continua ad essere non «solo un approccio legittimo alla psicopatologia, ma un elemento indispensabile per fare ordine nella conoscenza dei fenomeni» (Kuhn, 1991).

BIBLIOGRAFIA

- BALLERINI, A., ROSSI MONTI, M., *La vergogna e il delirio*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- BALLERINI, A., STANGHELLINI, G., *Organizzatori nosografici e organizzatori psicopatologici*. in L. PETRANGELI e F. VANNOZZI, (a cura di), *Nosografia e transnosografia*, Tipografia senese, Siena, 1991.
- BERNER, P. et al., *Diagnostic criteria for schizophrenic and affective psychoses*, APA, Washington, 1983.
- , KUFFERLE, B., *British phenomenological and psychopathological concepts: a comparative review*, in «Br. J. Psychiat.», 140, 1982, pp. 558-565.
- , NASKE, R., *Wahn*, in CH. MUELLER, *Lexikon der Psychiatrie*, Springer, Heidelberg, 1973.
- BIRLEY, J.L.T., *DSM-III: from left to right or from right to left?* in «Br. J. Psychiat.», 157, 1990, pp. 116-118.
- BLANKENBURG, W., *Der Verlust der Natuerlichen Selbstverstaendlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie Symptomarmer Schizophrenien*, Enke, Stuttgart, 1971.
- , *Zur Psychopathologie des Ich-Erlebens Schizophrener*, in M. SPITZER, F.A. UEHLEIN e G. OEPEN (Eds.), *Psychopathology and Philosophy*, Springer, Berlin, 1988.
- BLEULER, E., *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Deuticke, Leipzig, 1911.

- BOVET, P., PARNAS, J., *Schizophrenic delusions: a phenomenological approach*, in «Schizophrenia Bulletin», 19, 1993, pp. 580-597.
- GEBSATTEL, V., von, *Die Welt der Zwangskranken*, in «Monatschr. Psychiat. Neurol.», 99, 1938, pp. 10-74.
- GOLDMAN, D., HIEN, DA., HAAS, GL. et al., *Bizarre delusions and DSM-III-R schizophrenia*, in «Am. J. Psychiatry», 149, 1992, pp. 494-499.
- GOODWIN, F., JAMISON, KR., *Manic-depressive illness*, Oxford University Press, Oxford, 1990.
- GROSS, G., HUBER, G., *Do we still need psychopathology, and if so, which psychopathology?*, in «Neurology, Psychiatry and Brain Research», 1, 1993, pp. 194-200.
- JANZARIK, W., *Die Krise der Psychopathologie*, in «Nervenartz», 47, 1976, pp. 73-80.
- JASPERS, K., *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin, 1959.
- , *The phenomenological approach in psychopathology*, in «Br. J. Psychiat.», 114, 1968, pp. 1313-1323.
- KLERMAN, G.L., *Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology*, in T. MILLON e G.L. KLERMAN (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology. Towards the DSM-IV*, Guilford Press, New York-London, 1986.
- KLOSTERKÖTTER, J., *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenia*, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1988.
- , *Cosa hanno a che fare i sintomi base con i sintomi schizofrenici?*, in G. STANGHELLINI (a cura di), *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi base*, Idelson Liviana, Napoli, 1992.
- KOEHLER, K., *Delusional perception and delusional notion linked to a perception*, in «Psychiatria clinica», 9, 1976, pp. 45-58.
- , *First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries*, in «Br. J. Psychiat.», 134, 1979, pp. 236-248.
- KRAUS, A., *Identity and psychosis of the manic-depressive*, in DE KONING e JENNER (Eds.), *Phenomenology and psychiatry*, Academic Press, London, 1982.
- , *Schizo-affective psychoses from a phenomenological-anthropological point of view*, in «Psychiatria clinica», 16, 1983, pp. 265-274.
- , *Phenomenological and criteriological diagnosis: different or complementary?*, in J. SADLER, O. WIGGINS e M. SCHWARTZ (Eds.), *Philosophical perspectives on psychiatric classification*, The John Hopkins University Press, Baltimore-London, 1994.
- KRETSCHMER, E., *Der sensitive Beziehungswahn*, Springer, Berlin, 1918.
- KUHN, R., *Existence et psychiatrie*, in P. FEDIDA e G. SCHOTTE (Eds.), *Psychiatrie et existence*, Millon, Grenoble, 1991.
- MELLOR, CS., *First rank symptoms of schizophrenia*, in «Br. J. Psychiat.», 117, 1970, pp. 15-23.
- , *The present status of first-rank symptoms*, in «Br. J. Psychiat.», 140, 1982, pp. 423-424.
- MINKOWSKI, E., *La schizophrénie*, Desclée de Brouwer, Paris, 1927.
- O'GRADY, J.C., *The prevalence and diagnostic significance of Schneiderian First-Rank Symptoms in a random sample of acute psychiatric in-patients*, in «Br. J. Psychiat.», 156, 1990, pp. 496-500.
- ROSSI MONTI, M., STANGHELLINI, G., *Influencing and being influenced: the other side*

- of "bizarre delusions", in «Psychopathology», 26, 1993, pp. 159-164.
- SCHMIDT, G., *Der Wahn im deutschsprachigen Schrifttum der letzten 25 Jahre (1914-1939)*, in J. CUTTING e M. SHEPHERD (Eds.), *The clinical roots of schizophrenia concept*, Cambridge University Press, Cambridge, 1987.
- SCHNEIDER, K., *Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie*, in «Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie», 24, 1956, pp. 1-7.
- , *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart, 1971.
- , *The concept of delusion*, in S.R. HIRSCH e M. SHEPHERD (Eds.), *Themes and variations in European psychiatry*, University Press of Virginia, Charlottesville, 1974a.
- , *Primary and secondary symptoms in schizophrenia*, in S.R. HIRSCH e M. SHEPHERD (Eds.), *Themes and variations in European psychiatry*, University Press of Virginia, Charlottesville, 1974b.
- , HUBER, G., *Deliri*, in *Enciclopedia Medica*, USES, Firenze, 1975.
- SPITZER, M., *Ichstörungen: in search of a theory*, in M. SPITZER, F.A. UEHLEIN e G. OEPPEN (Eds.), *Psychopathology and Philosophy*, Springer, Berlin, 1988.
- SPITZER, R.L., FIRST, M.B., KENDLER, K.S. et al., *The reliability of three definitions of bizarre delusions*, in «Am. J. Psychiatry», 150, 1993, pp. 880-884.
- STANGHELLINI, G., BALLERINI, A., *Ossessione e rivelazione*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- , ROSSI MONTI, M., *Influencing and being influenced: the other side of "bizarre delusions" 2. Clinical investigation*, in «Psychopathology», 26, 1993, pp. 165-169.
- STRAUS, E., *On obsession. A clinical and methodological study*, Nervous Mental Disease Monography, New York, 1948.
- TAYLOR, M.A., ABRAMS, R., *The phenomenology of mania*, in «Arch. Gen. Psychiatry», 29, 1973, pp. 520-522.
- , ABRAMS, R., *Acute mania: clinical and genetic study of responders and non-responders to treatments*, in «Arch. Gen. Psychiatry», 32, 1975, pp. 863-865.
- TELLENBACH, H., *Melancholie*, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1974.
- TÖLLE, R., *Die Entwicklung der deutschen Psychiatrie im 20 Jahrhundert*, in U.H. PETERS (Ed.), *Psychologie des 20 Jahrhunderts*, Band 10, Kindler, Zürich, 1980.
- VAN PRAAG, H., *Systematization of psychopathology for biological research*, in G.B. CASSANO e H.S. AKISKAL (Eds.), *Serotonin-related psychiatric syndromes: clinical and therapeutic links*, Royal Society of Medicine Services, London, 1991.
- WALKER, C.H., *Karl Jaspers as a kantian psychopathologist, I. The philosophical origins of the concept of form and content*, in «History of Psychiatry», 4, 1993a, pp. 209-238.
- , *Karl Jaspers as a kantian psychopathologist, II. The concept of form and content in Jaspers' psychopathology*, in «History of Psychiatry», 4, 1993b, pp. 321-348.
- WIGGINS O., SCHWARTZ M., *The limits of psychiatric knowledge and the problem of classification*, in J. SADLER, O. WIGGINS e M. SCHWARTZ (Eds.), *Philosophical perspectives on psychiatric classification*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore-London, 1994.
- WING, J.K., NIXON, J., *Discriminating symptoms in schizophrenia*, in «Arch. Gen. Psychiatry», 32, 1975, pp. 853-859.