

JACQUES MOREAU DE TOURS

Jacques Joseph Moreau nasce il 3 giugno 1804 a Montrésor (Indre et Loire), mentre il padre è impegnato nelle campagne napoleoniche. Inizia gli studi a Tours, allievo di Bretonneau, e nel 1826 si trasferisce a Parigi. Interno di Esquirol, ripropone nella tesi (1830) temi attivamente dibattuti, fra Settecento e primo Ottocento, da Cabanis, da Pinel e dai *medecins philosophiques* di Auteuil sui rapporti fra le *physique* e le *moral*: "L'influence du physique relativement au désordre des facultés intellectuelles et en particulier dans cette variété de délire désignée par Esquirol sous le nom de monomanie".

Poco dopo, seguendo una consuetudine ottocentesca, Moreau accompagna un paziente di Esquirol in due "viaggi terapeutici": prima in Svizzera e in Italia, poi per tre anni in Medio-Oriente (Egitto, Nubia, Palestina, Siria, Asia Minore): quest'ultimo viaggio, 1836/39, rimane un'esperienza fondamentale per il giovane studioso, che ne offre un resoconto nel 1843, negli *Annales Médico-Psychologiques*; in particolare in Medio-Oriente ha conosciuto l'*haschisch* e continua a saggiarne gli effetti a Parigi, in un club detto *des Haschischins* che riunisce presso l'hotel Lauzun psichiatri (Brierre de Boismont e lo stesso Esquirol), il pittore Boissard ed intellettuali e artisti in cerca di nuove sensazioni. Considera così l'azione di sostanze sullo psichismo e, in margine a queste attenzioni, nasce il suo libro più noto: *Du haschisch et de l'aliénation mentale* (1845).

Dal 1840 è a Bicêtre, e lavora anche nella casa di cura di Esquirol con Baillarger e Mitivié. Nel 1861 passa alla Salpêtrière, dove rimane attivo sino al 1884, anno della morte. Dei due figli, Paul segue le orme del padre (di interesse è la monografia sui disturbi psichici nei bambini, 1888), mentre Georges, pittore di soggetti storici, raffigura volentieri anche soggetti medici (tra i suoi dipinti una seduta di ipnotismo nel reparto di Luys).

L'analisi dei fenomeni psicopatologici, comparati con le esperienze con l'*haschisch*, porta Moreau a soffermarsi sulle turbe psicosensoriali e ad indagare così i vissuti elementari che conducono alle costruzioni deliranti, a cogliere l'analogia strutturale tra "delirio" e "sogno". Su questa linea di sorprendente modernità, quasi anticipa il modello sperimentale che sarà caratteristico delle "psicosi sperimentali" per assunzione di allucinogeni; ed elabora una concezione organicista innovativa, perché dinamica, e rispondente più alla fisiologia di Broussais che non alla concordanza anatomopatologica. Convinto dell'ipotesi "nervosa", critica le concezioni di Leuret, collega a Bicêtre, e il suo "traitment moral"; non crede alle virtù benefiche dell'asilo, e si dedica alla ricerca di cure farmacologiche, valutando gli effetti terapeutici di varie sostanze attive sul sistema nervoso (morfini, cloroformio, etere).

L'interesse per i quadri di isteria si giova delle osservazioni sugli effetti dell'*haschisch* e dell'analisi degli aspetti formali e strutturali comuni all'esperienza psicopatologica ed al sogno. Al riguardo Moreau pubblica un primo studio nel 1861 su l'Union Médicale e nel 1865 compone una monografia sulla "follia nevropatica o isterica".

La sua lettura delle manifestazioni psicopatologiche nell'isteria segue il modello da lui esplorato con sostanze psicoattive e le descrizioni da parte di Sandras di forme esogene e reattive: il delirio isterico "è, in certo qual modo, lo stato di fantasticheria di un febbricitante, senza la febbre, e anche con maggior ordine, consequenzialità e direi razionalità nelle idee... Ma la forma sonnambolica non è sempre, in effetti, così netta e distinta a vedersi. In certe isterie, il delirio assomiglia ben di più alla ordinaria follia: non sono interrotti i rapporti con il mondo esterno; le idee deliranti appartengono a una condizione psicopatologica del tutto simile al sogno, e vi si uniscono delle idee ragionevoli, concepite cioè in uno stato di veglia e sollecitate da impressioni esterne".

La follia nevropatica

Più volte, in vari studi di psichiatria, e ora, trattando dell'unità patologica dei diversi tipi di follia, abbiamo sottolineato un fatto importante in medicina mentale, cioè che un buon numero di famiglie di alienati contano fra i loro membri (ascendenti, collaterali, discendenti) neuropatici di ogni tipo: epilettici, isterici, istero-epilettici, etc. Ne abbiamo dedotto che in generale la follia, eccezion fatta per alcuni casi particolari, deve essere considerata come una forma speciale di nervosismo, la manifestazione di uno stato nervoso suscettibile di assumere, a seconda delle circostanze, caratteri estremamente vari, senza che ne risulti modificata la natura essenziale.

Tale fenomenologia assume principalmente tre forme.

I disturbi psichici possono apparire all'unisono con i disturbi nervosi e con essi restare uniti in modo indissolubile per la durata della malattia; o si mescolano tanto intimamente da formare un insieme patologico, o compaiono ad intervalli più o meno lunghi, irregolari, sostituendosi ai disordini della motilità, della sensibilità generale o speciale, o sono sostituiti da tali fenomeni.

Questa forma di follia o meglio di *delirio* (definizione più conveniente, in questo caso, in ragione delle differenze che separano questi tipi di disturbi intellettuali dalla follia [*delirio cronico*] propriamente detta) è stata oggetto di un lungo articolo due anni or sono su l' *Union médicale*.

Oppure accade che la forma psichica, si sostituisca d'un tratto ed in modo irrevocabile alla forma nevropatica, all'inizio della malattia o dopo un certo numero di accessi.

Infine il delirio nevropatico può interessare soggetti che non hanno mai avuto crisi nervose di alcun tipo, unicamente in virtù della predisposizione ereditaria che pesa su di loro.

Differenze profonde, radicali, separano la *follia neuropatica* dalle altre forme di alienazione mentale; e legittimano pertanto, a nostro avviso, una situazione distinta nel quadro della nosologia psichiatrica.

Gli autori concordano nell'ammettere diversi generi di follia: la follia delle puerpere, quella degli ubriachi o delirio alcoolico, la follia da intossicazione, etc.; non tanto perché, nell'essenza, queste follie non si rassomiglino e non siano il risultato di una lesione del cervello, ma perché, in ragione della diversità delle cause, del tipo di lesione portata all'organismo, differiscono abbastanza nella sintomatologia, e pertanto è utile, se non necessario, separarle, e studiarle partitamente come altrettante individualità morbose.

Gli stessi motivi ci costringono a riconoscere l'esistenza di una forma di *vesania* distinta da tutte le altre, il cui vero appellativo ci sembra debba essere quello di *follia nevropatica*.

Riportiamo testualmente quanto abbiamo detto alla fine dell'articolo citato: "Lo studio approfondito, l'osservazione più esatta possibile e completa dei segni che differenziano questo tipo di follia (*follia nevropatica o isterica*) dalla comune follia, non permettono di confonderle, o di assegnar loro eguale prognosi, meno ancora la stessa terapia.

Nella forma tipo è una vera mescolanza, una sorta di amalgama di fenomeni nervosi (movimenti convulsivi, anomalie della sensibilità generale e speciale) e di fenomeni fisici; al punto che l'osservatore esita a pronunciarsi se si tratti di tale nevrosi e non di altra. Questa forma è tuttavia rara; quasi sempre i disturbi nervosi si alternano con il delirio; il delirio non dura mai a lungo e presenta caratteri speciali, grazie ai quali è possibile precisare o, se non altro, sospettare la particolare natura dell'affezione nei casi in cui, mancando sufficienti informazioni, sarebbe difficile porre con sicurezza una diagnosi".

Ecco quali sono questi caratteri: preghiamo il lettore di prestare attenzione; se li dimentica, i fatti numerosi presentati in questo lavoro non appariranno nel vero aspetto, e sarebbe così incapace di comprenderne la portata.

Uno dei caratteri più rilevanti, e che s'impone presto all'attenzione, è la *coscienza*, alcune volte

netta, altre volte oscura (volendo considerare solo i termini estremi), che le malate hanno dello stato di disturbo intellettuale in cui si trovano. Il naufragio delle facoltà è completo solo in casi eccezionali e transitori. Le si interroghi nel pieno delle divagazioni, quando si abbandonano a ogni sorta di eccentricità e stravaganza, e le parole tradiscono il disordine dello spirito, e sembrano soggiogate da convinzioni deliranti, da allucinazioni di ogni genere... la prima domanda che rivolgiamo loro, sembra riportarle istantaneamente al buon senso, e ritornano in sé. Riconoscono allora di non sapere ciò che dicono, che non c'è nulla di reale nelle loro visioni, etc.; il che non impedisce loro, una volta che avete finito di parlare, di lasciar fluire l'immaginazione e ricadere subito nello stato da cui le avete sollevate. Ecco il contrasto, il tipo di contraddizione che generalmente si osserva tra parole e azioni, lontane dell'essere caratterizzate dallo stesso disordine. Lasciata a se stessa e incapace di coordinare le idee, di legarle in modo logico, l'intelligenza, che la luce interiore non ha del tutto abbandonato, trova ancora la forza di resistere agli impulsi.

Per alcuni caratteri che cercheremo di definire, il delirio che nasce da condizioni nevrosiche persistenti e si sviluppa parallelamente ai disturbi psichici, presenta grandi analogie con quello dovuto all'azione di certe sostanze sui centri nervosi, in particolare all'haschisch. È nota la modalità d'azione caratteristica dell'estratto di canapa indiana, cioè la perfetta consapevolezza che, assunta la sostanza, si conserva del delirio che si è impossessato della coscienza senza mai dominarla.

Altro carattere comune a entrambi i deliri: come nelle turbe psichiche dovute all'haschisch, i disordini cerebrali prodotti dalle grandi nevrosi quali l'isteria e l'istero-epilessia presentano, in gradi e proporzioni variabili, tutti gli elementi morbosi che, nelle follie semplici o essenziali, si riscontrano di regola isolati e senza rapporto tra loro: idee fisse, allucinazioni della sensibilità generale, dell'udito, della vista, incoerenza delle idee, impulsi automatici, follie affettive, pseudomanie, stati misti, etc.

In un buon numero di isteriche e di istero-epiletiche, non osiamo dire in tutte, se si seguono con attenzione gli sviluppi della malattia, le numerose variazioni durante i primi anni, i disturbi intellettuali rivestono in modo singolare (con qualche riserva) gli stessi caratteri che si osservano nei sonnambuli

Contrariamente a quanto avviene nel delirio cronico (la follia propriamente detta), le malate sono interamente chiuse in se stesse; ogni contatto con il mondo esterno pare eliminato; versano in uno stato di vaneggiamento da cui nulla le sottrae, e che si esprime con parole o anche con azioni che un'incoerenza apparente rende non intelleggibili per chi le circonda, ma che hanno ad evidenza un senso. È in qualche modo lo stato di confusione di un febbricitante, ma senza febbre e con più ordine, più coerenza, e direi più ragione nelle idee. Non è certo la condizione dell'*alienato stuporoso*, dove realmente, nonostante le apparenze, grande è la preoccupazione di idee, e profondi i terrori, il che spiega il mutismo e l'immobilità abituali.

Questi disturbi intellettivi si presentano in genere in modo intermittente, ad accessi, e si rilevano, come diremo più avanti intrattenendoci su questo aspetto, da attacchi nervosi, convulsioni o semplici spasmi.

Non lasciano traccia nella memoria, non più della semplice e fugace vertigine epiletica o del sonno profondo.

La forma sonnambula non è tuttavia sempre così netta come abbiamo appena visto. In alcune isteriche il delirio è molto simile alla follia ordinaria. Non mancano rapporti col mondo esterno; e alle idee deliranti, appartenenti a uno stato mentale identico, *psichicamente parlando*, allo stato di sogno, si uniscono sovente idee *ragionevoli*, concepite cioè in uno stato di veglia completo e attinte da impressioni esterne.

Al primo posto si presentano le *idee di suicidio*. Nei comuni alienati queste idee sono, volendo essere corretti, delle idee *logiche*, sono cioè la naturale conseguenza delle convinzioni false, deliranti,

che costituiscono lo sfondo della malattia. In effetti, è per sfuggire a immaginarie persecuzioni; o perché, secondo i pazienti, non vi è altro modo per sottrarsi o risparmiarsi gli infiniti ed intollerabili tormenti da cui si credono minacciati; oppure è per fuggire ad un pericolo immediato e terribile, etc., che un alienato concepisce e matura, in un tempo più o meno lungo, il proposito di darsi la morte, ed alcune volte passa immediatamente dal pensiero all'atto.

Le idee di suicidio di origine nevropatica hanno tutt'altro carattere. Sono idee che significano solo se stesse, senza connessione logica o rapporto di causa ed effetto con altre idee o combinazioni dello spirito; sono isolate, non hanno né antecedenti né scopi; semplicemente *sono*. Non c'è nulla da aggiungere. È come un fatto di ordine fisico; come un fenomeno, un'espressione delle leggi generali organiche; come una scossa elettrica, una vertigine, un accesso epilettico; è un'epilessia intellettuale.

Come le idee di suicidio, gli *impulsi* a colpire, a distruggere, sono caratterizzati da istantaneità e automatismo. È sotto la spinta di idee di vendetta, di terrore, spesso cercando di prevenire un pericolo immaginario, di respingere l'aggressione di un nemico, etc., che gli alienati, in genere, commettono azioni di cui sono troppo spesso vittime coloro che li circondano e li curano. Non è così per le isteriche e le istero-epiletiche. Un irresistibile bisogno di afferrare gli oggetti alla loro portata, di colpire o anche mordere, di strapparsi i vestiti, o semplicemente di ingiuriare, attaccar liti, contrariare, stimolare l'impazienza e la collera, s'impadronisce bruscamente di loro, senza motivo e, come si suol dire, senza né capo né coda. Non provano nulla per le persone contro cui si adirano, non sono spinte né da odio né da vendetta. Gli impulsi, le azioni, sembrano non aver alcuna ragione d'essere, obbediscono alle leggi dei movimenti disordinati che costituiscono gli attacchi.

Abbiamo poco da dire sull' *erotismo* nei suoi rapporti con la follia isterica. Contrariamente alle idee antiche, e alla stessa etimologia, noi non riteniamo che l'erotismo abbia in questa malattia il ruolo che generalmente gli si attribuisce.

Pensiamo invece che si sia confusa, ed ancora troppo spesso si confonda, *l'erotomania* con l'isteria. Erotomania ed isteria sono due affezioni essenzialmente distinte; ed è un'eccezione che si presentino insieme.

Crediamo che spesso si sia scambiato per erotismo, e denunciato come tale, un fenomeno di psicologia patologica di minore importanza e non pertinente al delirio di cui ci occupiamo.

Crediamo infine che, nella gran parte delle isteriche, non vi sia una vera eccitazione sessuale, quel genere di eccitazione che nel folle erotomane è la malattia e lo possiede nel fisico e nel morale, e non si può prendere per lubricità, ma risponde, cosa differente, al turbamento generale dell'essere morale. Vogliamo dire che, non essendoci questo spirito, pur ammettendo che alcune velleità o bisogni carnali si facciano sentire, le manifestazioni di queste velleità, di questi bisogni, molto probabilmente non hanno nulla di insolito. La volontà, sostenuta dagli istinti di pudore riguardo al sesso comuni a ognuno, sarebbe sufficiente a reprimerli.

Non vi è differenza tra il senso genesico e altri istinti, altri moti affettivi. A ognuno l'eccitazione cerebrale conferisce non maggior vitalità, bensì preponderanza relativa, derivante dalla debolezza, dalla riduzione del senso morale e della volontà chiara e cosciente.

L'isteria altro non è che uno stato nervoso generale che risale, nella genesi, a cause fisiche e morali capaci di determinare indifferentemente tutte le specie di nevropatie: spasmi, corea, epilessia, alienazione mentale; non si può quindi riferire a una causa unica, ad una condizione patologica dell'utero. Le funzioni psico-cerebrali risentono in misura più o meno intensa di tale stato nervoso; si spiega così, lo ripetiamo sempre, la debole resistenza che alcune isteriche oppongono all'intensità dello stimolo sessuale. Le donne che si danno all'alcool, le dipsomani sono nella stessa situazione, o, almeno, molte di loro. Ne abbiamo conosciute più d'una, alcune dell'alta società, che sotto l'influenza

dell'eccitazione alcoolica, non parliamo di vera ebbrezza, senza più alcuna misura, rompendo con ogni rispetto umano e perso ogni pudore, mostrano il libertinaggio più turpe. Negli intervalli di lucidità, di calma delle funzioni cerebrali, cioè nei momenti di equilibrio intellettuale, trovate queste persone irreprensibili come è loro abitudine, nelle parole, nelle azioni e in tutte le manifestazioni dell'esistenza sociale.

Come i disturbi nervosi dei quali in verità rappresenta la forma psichica, la follia isterica, sovente, esplose d'improvviso, in modo brusco; non ha, per così dire, periodo d'incubazione o comunque esso è breve.

A volte si delineano in precedenza alcuni cambiamenti nel carattere e nel modo di essere nei soggetti che ne sono minacciati; e questo più o meno dopo poco tempo che sono apparsi dei sintomi isterici, o altri disordini meno gravi, meno evidenti rispetto all'isteria conclamata.

Ma la follia, il delirio propriamente detto, completo e persistente, scatta sempre in modo imprevisto; ed in ragione della coscienza più o meno perfetta che l'accompagna, e degli sforzi che le malate fanno per nascondere idee della cui sanità loro stesse dubitano, non è senza fatica che chi vive con loro arrivi a scoprire la malattia, e solo quando è ormai di una certa intensità.

L'intermittenza è uno dei caratteri più netti della follia isterica. Si presenta con aspetti vari:

a) Il delirio, nel periodo di stato, è come interrotto da lampi di lucidità, che gli conferiscono un aspetto singolare, bizzarro, che non manca mai di suscitare meraviglia. È difficile scordarlo, quando lo si sia studiato bene, anche in una sola malata. Nel mezzo di frasi incoerenti, o di parole in rapporto unicamente con idee che preoccupano la mente della malata, d'un tratto ella risponde esattamente alla domanda che le fate, e che spesso avete dovuto ripetere molte volte; subito dopo riprende a divagare.

b) Nella follia nevrosica, più che in altri tipi di delirio, i fenomeni cerebrali migliorano sensibilmente verso sera, per ricomparire poi con intensità tanto maggiore quanto più lunga sarà stata la calma, esattamente come accade per gli attacchi di nervi la cui violenza è proporzionale quasi sempre agli intervalli che li separano. Sovente, in verità, vi è solo allentamento dei disturbi psichici; ma non è raro constatare una lucidità piena e completa. Via via che la malattia evolve verso un termine, quanto all'inizio era vago e confuso si chiarisce poco a poco, persiste sempre più, finché questa specie d'equilibrio stabilito tra la malattia e il benessere si risolve a favore del benessere che alla fine trionfa almeno per un periodo abbastanza lungo, tanto considerevole da apparire una vera guarigione, o almeno l'equivalente di una guarigione. In effetti, sono da temere le recidive; la loro ricorrenza può annoverarsi fra i caratteri particolari della malattia in questione.

Segnaliamo tuttavia una fortunata eccezione: le ricadute sono probabili, quando non si sia fatto nulla, o quasi nulla, per rimuovere le cause prime della malattia; sono meno frequenti se le malate sono state sottratte a queste cause, o se, fino ad un certo punto, si sono potute cambiare le abitudini di vita, o la situazione generale, in breve le condizioni di igiene fisica e morale in seno alle quali la malattia si è sviluppata.

c) La remissione momentanea o duratura della follia isterica si realizza generalmente in maniera rapida, addirittura istantanea, com'è proprio della nevrosi da cui deriva o, meglio, di cui è congenere. È un vero risveglio; la malata sembra una persona che si liberi, bruscamente o poco a poco con sforzi successivi, da un sonno pesante e profondo: "sono sveglia, non sogno più, cosa è successo, dove sono stata portata, etc...", queste sono le parole che di solito dicono le malate mentre ritornano in sé.

Tali caratteri, non lo dimentichiamo, non sono esclusivi del delirio nevrosico, ma in nessun altro caso di follia sono così frequenti e accentuati.

Abbiamo avuto occasione di esprimere opinione favorevole riguardo alla curabilità della follia

isterica. La statistica, alla fine, ci dà ragione. Nessuna altra alienazione mentale, fatta eccezione forse per la mania franca o delirio acuto, offre possibilità di guarigione tanto numerose, al punto che si potrebbe porre la relativa curabilità fra i caratteri distintivi dell'affezione. Per quanto ci riguarda, ne siamo così profondamente convinti che quando ci si presenta un soggetto francamente nevropatico, per quanto cattive siano le evidenze sintomatologiche, o qualunque sia la gravità della malattia, ci sentiamo spinti a dichiarare che presto o tardi la malata finirà per ritornare in salute e, nella maggior parte dei casi, la prognosi si realizza.

Aggiungiamo che i risultati ottenuti ci ispirano ancor più fiducia, se non dimentichiamo che la gran parte delle malate ci sono arrivate nelle peggiori condizioni di salute, quando la malattia, dopo un periodo più o meno lungo, si era aggravata oltre misura, costringendo la famiglia o l'autorità a ricorrere all'isolamento.

Naturalmente, se dopo aver analizzato la prognosi della follia isterica in rapporto a quella degli altri deliri, limitiamo il nostro esame alla persona della malata, dobbiamo naturalmente attenderci che tale prognosi possa subire modifiche, come avviene per tutte le malattie, qualunque esse siano, sulla base di alcune condizioni di eredità, età, costituzione, etiologia, in rapporto alla durata della malattia, e soprattutto in ragione delle abitudini e del genere di vita delle persone con cui si ha a che fare e della facilità più o meno propizia del trattamento.

(da *Traité pratique de la folie névropathique (vulgo hystérique)*, ed. Baillière, Paris 1869: pp. 3-20; pp.161-178).