

## PAUL RICHER

*Paul Richer nasce a Chartres nel 1849. È fra gli allievi prediletti di Charcot e con lui intrattiene una lunga collaborazione alla Salpêtrière; nell'ambito della scuola è Richer ad occuparsi in modo particolare della "grande hystérie", puntualizzando le ricerche del maestro e di Bourneville sul "grande attacco isterico". In questo fervore di ricerca definisce una nuova forma nosologica, l' "istero-epilessia": il quadro, a cui dedica nel 1879 la tesi, avrà notevole importanza nelle considerazioni teoriche e nelle descrizioni cliniche della linea inaugurata da Charcot.*

*L'atteggiamento di Richer, rigorosamente oggettivo, include tuttavia un'inclinazione estetica: le sue mirabili descrizioni si continuano naturalmente nelle raffigurazioni numerose con le quali corredda gli scritti. Se Legrand du Saulle introduce alla Salpêtrière la fotografia quale metodo di ricerca in psichiatria, Richer, interprete del punto di vista di Charcot, unisce passione descrittiva e interesse grafico nel delineare le posture dell'isteria. Notissimi i suoi disegni in china, vere istantanee delle quattro fasi dell'attacco istero-epilettico. Il disegno coglie i particolari come l'esplorazione semeiologica, tende alla perfetta ripetizione del dato reale e alcune di queste tavole sono del tutto equivalenti alle fotografie scattate da Londe nel laboratorio della Salpêtrière.*

*Con Charcot, Richer pubblica nel 1887 Les démoniaques dans l'art, un testo singolare, curato nelle schede e nella iconografia, teso a ribadire l'isteria quale figura naturale della psicopatologia capace di attraversare secoli e culture diverse sempre esibendo caratteri "oggettivi" che si compongono "secondo una regola fissa e immutabile".*

*Sempre con Charcot, collabora alla famosa relazione (tenuta nel 1882 all'Académie), che propone l'ipnotismo alla comunità scientifica e lo individua quale modello speciale dei quadri dell'isteria.*

*Per lungo tempo, parallelamente agli incarichi prestigiosi all'Académie de Médecine, insegna Anatomia Artistica alla Scuola di Belle Arti di Parigi. Si spegne a Parigi il 17 dicembre 1933.*

*Richer delinea la figura dell'istero-epilessia e si preoccupa di valutare, in un'ottica diacronica, le relazioni tra sintomi somatici e turbe psicopatologiche e subito nota come ci siano o le convulsioni o gli accessi di delirio. Lo interessano inoltre le connessioni del delirio con le fasi della grande isteria, e rileva come siano particolari con la fase prodromica e con la fase quarta dell'attacco.*

*La considerazione dei fenomeni deliranti lo porta poi a interrogarsi sui legami con gli stati ipnotici, anche in una prospettiva terapeutica: "vexata quaestio" tra la scuola di Parigi e quella di Nancy.*

*Sottile è infine l'analisi dei caratteri psicopatologici, e lo studio della fenomenologia delirante, e della sua possibile o meno consapevolezza, permette raffronti non solo con l'ipnosi e gli stati di semi-coscienza e sonnambulismo ma anche con le confusioni tossiche tipo Moreau de Tours e Sandras.*

*Acuta è poi la segnalazione dell'influenza di azioni passate, e quindi rimossa, nelle concezioni deliranti.*

## *Accessi di delirio*

L'attacco di delirio non necessariamente è accompagnato da fenomeni convulsivi; può mostrarsi isolato in una malata che presenta anche attacchi convulsivi, o ne ha presentati in un'epoca più o meno remota, o che addirittura non ne ha mai avuti. Le nostre malate, nelle quali l'isteria presenta in altissimo grado la forma convulsiva, ci hanno fornito poche occasioni di osservare attacchi deliranti completamente separati da convulsioni.

Tuttavia, negli ultimi mesi del 1878, abbiamo visto Bar... presentare spesso accessi di agitazione maniacale tali da esigere l'impiego della camicia di forza. Legata al letto, si dimenava come una vera furia, lanciando grida, interpellando sfacciatamente chi le si avvicinava e facendo proposte di crudezza rivoltante, in strano contrasto con le maniere e le abitudini riservate che non ha mai perduto negli intervalli fra gli attacchi. Gli accessi deliranti ritornavano isolati e completamente distinti dagli accessi convulsivi, e se ne differenziavano tra l'altro per l'inefficacia dei procedimenti di solito pronti nel bloccare le convulsioni. La compressione ovarica non poteva essere mantenuta. L'eccitazione delle zone isterogene del dorso e delle ascelle rimaneva senza effetto. Era impossibile fissare per un istante l'attenzione della malata, e le pratiche ipnotiche, di regola così rapidamente attive, rimanevano, in questa eccitazione generale, senza esito e fallivano...

Marie B..., sarta di panciotti, entra nell'ospedale Necker, nel servizio di Lasègue, il 7 febbraio. Si lamenta di essere colta spesso, durante la giornata, da perdite di coscienza, accompagnate, pare, da *infatuazioni* e gesti stravaganti. A volte ha semplicemente delle convulsioni.

È una ragazza di 18 anni. La madre ha avuto la stessa malattia. A dieci anni ballo di San Vito, durato un anno. Questa nevrosi l'ha lasciata solo per essere sostituita da un reumatismo articolare acuto, diffuso a tutte le articolazioni. È stata curata all'ospedale Sainte-Eugénie dal dr. Barth. Non sembra abbia avuto né pericardite, né endocardite. Il reumatismo è durato sei mesi, poi la nostra malata è tornata in buona salute per un mese. In seguito è ripreso il ballo di San Vito, ma più forte. Durante questo secondo periodo, di diciotto mesi, aveva degli attacchi con perdita completa di conoscenza. Infine, con un trattamento appropriato, gli attacchi sono diminuiti di numero e di intensità e, dall'età di dodici anni, è stata abbastanza bene fino a diciassette, quando, a seguito di severe contrarietà, è ricaduta malata. Ha avuto cicli mestruali irregolari dall'età di quindici anni; è passata attraverso stati di magrezza e obesità. *Nel mese di giugno del 1866, nella notte, fu presa da delirio furioso, aggrediva ogni cosa e si strappava i capelli*, manifestava idee incoerenti; questo stato durò due ore. Nella giornata e nei giorni seguenti, ebbe una ventina di tali crisi. Tutto questo periodo intervallato da remissioni, durante le quali la malata era nello stato ordinario e non serbava alcun ricordo di quanto aveva fatto; le pareva d'aver dormito. Ebbe in seguito una paraplegia isterica agli arti inferiori che la costrinse a letto per due mesi. Sopraggiunse poi un'amaurosi; la vista era talmente debole che poteva camminare solo accompagnata.

Il suo medico, Raymond, che la cura da nove anni, le prescrisse la campagna. Fu così invitata a Suresnes da alcuni parenti. *Lì ebbe nuovamente il delirio*. Durante un accesso, partì come una folle, verso le quattro del pomeriggio, e andò di corsa fino a Nanterre, dove fu raggiunta da un cugino che la ricondusse indietro. Cammin facendo, vedendo che non ritornava in sé, il cugino le dette un sonoro schiaffo che ebbe l'effetto di farla cadere in letargo; fu allora costretto a portarla a casa sua, dove riprese conoscenza solo qualche ora dopo, ma sempre senza mantenere alcun ricordo delle sue azioni.

Un mattino, alla visita, fu grande la nostra meraviglia nel trovare la nostra malata in *delirio furioso*: apriva i grandi occhi neri, vi fissava per un istante, e li strabuzzava con volubilità come una persona esaltata; poi d'un tratto sembrava riconoscervi, vi scambiava per un parente o un amico d'infanzia e si intratteneva con voi come se lo foste.

Delirò così da mattina a sera; la notte il delirio fu talmente violento da richiedere la camicia di forza.

Ci venne l'idea di ipnotizzarla in tale stato. E non fu una sorpresa per noi vederla assopirsi dopo poco tempo, e passare quindi allo stato ipnotico. Da quel momento fu normale, perfettamente ragionevole. Risvegliata, mezz'ora dopo, si meravigliò di vederci. Noi l'avevamo addormentata, diceva, senza risvegliarla.

Incantati dal risultato, ci ripromettammo di ripetere l'esperimento se si fosse presentata l'occasione. Non fummo meno fortunati. Due giorni dopo, la sera, mentre eravamo nella sala in visita, fu presa dal delirio. Cercammo di produrre il sonno ipnotico; ella si difendeva con energia, chiedendo, con le fiamme agli occhi, se il nostro titolo di scudieri dell'imperatrice ci autorizzava a toccarla. Riuscimmo tuttavia ad applicarle la mano sugli occhi, ma senza riuscire ad addormentarla. La mattina seguente, stesso stato. Era durato tutta la notte, anche se meno violento della prima volta. Potemmo allora ipnotizzarla con lo stesso risultato del giorno precedente; eguale meraviglia al risveglio; ella aveva dormito; nessuna stanchezza dopo un'eccitazione nervosa durata l'intera notte.

### *Il delirio isterico*

Accanto ai casi d'isteria in cui si osserva il disordine psichico alternarsi con i disturbi somatici, rimpiazzarli e poco a poco sostituirli, si riconosce l'esistenza di una forma speciale di isteria non convulsiva, consistente in turbe intellettuali di natura determinata, e che costituisce una vera isteria morale.

Importa, allora, conoscere bene i caratteri particolari dei disordini cerebrali che meritano il nome di *delirio isterico*. Ne abbiamo parlato a lungo, trattando i sintomi del periodo prodromico e in particolare quelli del quarto periodo del grande attacco. Comunque, per meglio precisare, a riassunto e conclusione di quanto detto, esporrò qui succintamente alcuni caratteri speciali del *delirio* connesso alla grande isteria.

Un carattere segnalato da Moreau de Tours, che, a ragione, l'ha sottolineato, è la *coscienza del delirio*. "Il naufragio delle facoltà" dice l'autore "è completo solo in casi eccezionali e transitori. Si interrogano le malate nel pieno delle divagazioni, quando si abbandonano a ogni sorta di eccentricità e stravaganze, e le parole tradiscono il disordine della mente, 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 correre l'immaginazione vagabonda, e ricadere subito nello stato da cui le avete sollevate". Ho segnalato con insistenza lo stato di semi-coscienza che sovente accompagna il delirio del quarto periodo. Gli accessi deliranti della fase prodromica offrono abitualmente eguale carattere. La malata non è completamente assorbita dall'oggetto del delirio. Da un lato riconosce perfettamente chi le parla, dall'altro è in balia di illusioni e commette errori di persone. In tutti i casi, ogni rimprovero è inutile, ella non ascolterà mai la voce della ragione, e nessun ragionamento è in grado di arrestarne le divagazioni.

Mi riservo di studiare, in uno speciale capitolo, le notevoli *analogie* del delirio isterico con i *deliri tossici*, provocati dall'assunzione di alcool, assenzio, oppio, haschisch, etc...

I legami fra *isteria e sonnambulismo* sono a volte così stretti che si possono vedere gli accessi di delirio isterico assumere i tratti dello stato sonnambulico, quali l'insensibilità agli agenti esterni e la perdita del ricordo al risveglio.

Studieremo più avanti l'interessante problema dei rapporti fra l'isteria e il sonnambulismo naturale o provocato.

Abbiamo già avuto cura di far emergere un importante carattere del delirio isterico: *l'influenza delle emozioni passate e delle preoccupazioni attuali sulla natura delle concezioni deliranti*. Qui si trova la ragione della speciale fisionomia che assumono gli accessi deliranti delle grandi epidemie convulsive.

Si rileva *esaltazione dell'intelligenza*. Il fenomeno, segnalato da tutti gli autori, si avvicina a ciò che avviene nello stato di sonnambulismo, quando la malata compie azioni con una abilità che nello stato di veglia non saprebbe ritrovare. "Qualche volta" dice Briquet "è talmente esaltata la vitalità dell'encefalo, che le facoltà intellettuali e le facoltà sensoriali assumono una sorprendente attività. Così, a volte, le malate si servono di un linguaggio più distinto di quello abitualmente usato; se ne son viste alcune parlare in versi".

Vi è *mobilità delle idee*. La facilità con cui le isteriche durante gli accessi passano da un registro all'al-

tro, dal gaio al triste, dal piacevole al severo, dal comico al patetico... è veramente sorprendente. I più alti sentimenti, i pensieri più puri espressi in linguaggio ricercato, d'un tratto e bruscamente fanno posto a bassi istinti, a tendenze rivoltanti, espresse in un linguaggio per niente scelto.

Si assiste a *perversione delle idee e dei sentimenti*. È caratteristico che le isteriche negli accessi siano spesso prese da improvvisi mutamenti, così non hanno abbastanza ingiurie per quanto adoravano appena un istante prima. L'amore diventa odio, la castità si trasforma in lubricità...

Se si considera l'estrema mobilità che caratterizza i disturbi psichici dell'isteria, le *idee fisse* sembrerebbero un controsenso. Pur essendo di relativa rarità, tuttavia nulla è più vero. Confronterò tale fenomeno in apparenza contraddittorio con quanto accade nell'ambito della motilità. Non è forse possibile osservare, nel disordine e nell'infinita varietà delle convulsioni, un arto immobilizzato tutto d'un colpo per il fenomeno ancora inspiegabile della contrattura permanente, e questo per un quarto d'ora, un'ora, giorni interi o addirittura lunghi anni? L'idea fissa trae origine di solito nella credenza alla realtà di un'allucinazione...

*Automatismo e assenza di spontaneità* derivano da un particolare disordine dell'intelligenza, consistente in una completa abolizione della volontà, che studieremo nel più alto grado di sviluppo fra i fenomeni psichici dell'ipnotismo. Si sa quale grande interesse vi sia per il medico legale a conoscere questi fatti: il particolare stato cerebrale in cui l'isterica si trova a volte l'abbandona senza difesa alla volontà e ai capricci altrui, e la sua responsabilità morale ne è altrettanto diminuita.

L'isterica, che a volte non resiste alle suggestioni esterne, non è più padrona degli impulsi che sorgono nella mente. Questi *impulsi irresistibili*, come nota Marcé, non hanno il carattere violento e pericoloso degli impulsi degli epilettici; consistono piuttosto in una tendenza ansiosa e istintiva a commettere atti stravaganti.

Potrei qui ricordare le scene di stravaganza che accadono a volte nel servizio degli istero-epilettici della Salpêtrière: piani di evasione preparati da lungo tempo e di cui si fa grande pubblicità; le scappate nei cortili vicini col semplice scopo di infrangere il regolamento e di farsi rincorrere; i nascondigli nei posti più strani per farci cercare; le fughe, la notte, in vestiti semplici, con scalate sugli alberi e sui tetti; i tentativi di suicidio con i nastri rosa di una scatola di confetti; i complotti per fare scherzi alle compagne, ai sorveglianti e ai medici, etc. Tale serie di atti irragionevoli, il cui nucleo è connesso al carattere isterico, ricorre come per accessi, e preferibilmente nei giorni che precedono o seguono i grandi attacchi.

L'impulso al suicidio si riscontra in alcuni accessi di delirio isterico. Raramente ha effetto; invece i tentativi sono frequenti, ma normalmente falliscono. Vi si potrebbe vedere, sotto altra forma, l'amore per la notorietà cui abbiamo appena accennato.

A volte gli accessi deliranti assumono la forma dell'*agitazione* maniacale. L'eccitazione cerebrale è spinta al massimo grado, ed interessa contemporaneamente tutte le facoltà. Ne abbiamo riportato esempi in cui era stato necessario ricorrere alla camicia di forza.

Lo *stupore* è più raro dell'agitazione. All'eccitazione cerebrale a volte segue una depressione più o meno profonda. Alla verbosità incessante, segue un *mutismo* che solo la compressione ovarica può sciogliere. I disturbi sensoriali, *illusioni e allucinazioni*, sono tra i più frequenti nelle isteriche, e possono interessare tutti i sensi. Ne abbiamo parlato a lungo. Ora cercherò solo di richiamare la predominanza delle *visioni di animali*, uno dei caratteri più rilevanti del delirio isterico, e l'importante ruolo giocato dal *colore rosso nelle allucinazioni*. Collegherei questo dato all'amore o alla repulsione istintivi che a volte le isteriche mostrano per certi colori.

Le *idee erotiche* hanno spesso un posto importante nel delirio isterico. Comunque sono lontane dall'aver quel ruolo esclusivo che le antiche teorie cercavano di attribuir loro. Esse possono anche mancare del tutto.

Nella violenza che a volte il delirio isterico presenta, si osserva *incoerenza delle idee*. Ma questo disturbo psichico non corrisponde affatto ad una riduzione delle funzioni cerebrali, piuttosto ad una iperattività e a un disordine momentaneo. Nel capitolo della diagnosi avremo cura di far risaltare questo punto capitale nella storia dell'isteria: questa nevrosi, dalle apparenze così spaventose, e che sembrerebbe determinare un disturbo profondissimo nelle funzioni cerebrali, non porta mai alla demenza, mentre la demenza è

esito quasi obbligato dell'alterazione dell'intelligenza che accompagna l'epilessia, in particolare della forma silente caratterizzata da vertigini.

Tali sono gli elementi principali che, variamente combinandosi, possono costituire gli accessi del delirio isterico. Non tutti hanno eguale valore dal punto di vista diagnostico. Alcuni si incontrano solo raramente, mentre gli altri sono, in qualche modo, patognomonici. Ed è sul modo di associarsi di tali sintomi, o sulle circostanze della loro comparsa e scomparsa, nonché sulla loro particolare natura, che il medico informato fonderà il proprio giudizio, e cercherà di stabilire le basi per una diagnosi corretta.

(da *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*, Paris 1881: pp. 348-359).