

## JOSEPH BABINSKI

*Joseph François Félix Babinski nasce a Parigi il 17 novembre 1857.*

*Il padre, ingegnere polacco, coinvolto in attività politiche nazionalistiche e perseguitato dal regime zarista, si è trasferito in Francia nel 1848 impiegandosi come bibliotecario all'École des Mines. Il fratello maggiore è ingegnere come il padre, e acquista una certa notorietà con un libro di gastronomia pubblicato con lo pseudonimo di Ali-Baba.*

*Si laurea in Medicina, con una tesi sulla sclerosi a placche. Frequenta alla Salpêtrière i servizi di Legendre e di Vulpian, e nel 1886 diviene capo reparto presso Charcot. Charcot lo vuole quale successore e nel 1892 lo sostiene nel concorso di "agrégation" ma incontra l'ostilità del presidente della commissione, Bouchard. Scomparso Charcot l'anno seguente, Babinski non si ripresenta ad altri concorsi, si mantiene estraneo alla carriera universitaria, e solo nel 1914 viene eletto all'Académie de Médecine. Rimane senza interruzione alla Pitié dal 1890 al 1927, anno del suo ritiro dall'attività clinica.*

*Muore il 29 ottobre 1932, due anni dopo il fratello, come lui scapolo e con il quale è sempre vissuto.*

*L'approccio di Babinski ai temi dell'isteria inizia con alcune note a partire dal 1886 e si precisa in oltre quarant'anni di discussioni, svolte nella cornice degli Asiles e in seno alla Société des Alienistes. Solo nel 1901, basandosi sulla lunga esperienza alla Salpêtrière e alla Pitié, propone la definizione dell'isteria. La Société de Neurologie è toccata dall'intervento; incarica Pierre Marie di stabilire una seduta apposita per il dibattito, facendo redigere a Dupré un rapporto preliminare. Ma solo nell'aprile 1908, quando già la definizione è stata elaborata nella conferenza del 1906, Dupré propone alla Société la "discussion sur l'hystérie", in otto punti; se ne parla in tre tornate per quasi due mesi, ed ai vari interventi si mostrano attente sia la Société de Neurologie sia la Société des Aliénistes.*

*Babinski mette infatti in rilievo la posizione di confine tra neurologia e psicopatologia rappresentata dall'isteria e vuol "restituire alle affezioni organiche" quadri dei quali l'isteria si è appropriata; a tal fine elabora elementi semeiologici raffinati per differenziare sintomi organici da sintomi funzionali (da conversione). Ma egli è poi convinto assertore della possibilità di una diagnosi psicologica positiva per l'isteria, e così in modo singolare la sua semeiotica neurologica viene gradualmente a costituirsi sullo sfondo e in opposizione alla semeiotica psicologica organizzata intorno al nucleo, ritenuto "specifico", della suggestione/persuasione. La sua posizione, coerente al rigore del metodo e volta, nella fedeltà a Charcot, ad ottenere una verifica e una riproducibilità dei quadri, si precisa in vari interventi successivi, in particolare al Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française del 1907 a Ginevra.*

## ***Definizione dell'isteria***

Nonostante i numerosi lavori di cui l'isteria è stata oggetto, i medici non sembrano avere una eguale concezione di tale nevrosi. Nella nostra stessa Società, composta da membri allievi quasi tutti di una scuola, si verificano molto spesso discussioni tese a dimostrare le notevoli differenze nel considerare l'isteria.

Il disaccordo deriva senza dubbio dal fatto che gli autori, i quali hanno trattato l'isteria, non ne hanno fornito una definizione sufficientemente netta, e che molti di loro neppure hanno cercato di definirla, dando così ragione a Lasègue quando dichiara che "la definizione dell'isteria non è mai stata data né mai lo sarà".

Essendo una definizione "una enunciazione di attributi che distinguono una cosa, a cui essi appartengono, da ogni altra" (Littré, *Dictionnaire de la langue française*), sostenere che l'isteria non è definibile equivarrebbe a dire che nessun carattere distingue l'isteria da altre affezioni nervose e che non vi è posto fra i quadri no so logici dove collocare questa pretesa nevrosi speciale. Qualunque medico che, sia pure per una sola volta, abbia posto diagnosi di isteria, a meno che non usi termini per lui privi di senso, deve essersi formato a titolo preliminare un'idea più o meno precisa di ciò che caratterizza tale stato nevropatico, e quindi, a suo modo, deve necessariamente averla definita almeno nel suo giudizio.

Tuttavia, per intendersi sulle questioni relative all'isteria e ancora oggetto di discussioni, sarebbe indispensabile avere una definizione unanimemente accettata, il più possibile chiara e precisa, di tale nevrosi. Queste ultime condizioni sarebbero soddisfatte se si arrivasse a determinare caratteri facili da osservare, comuni a tutte le manifestazioni dell'isteria ed esclusivi.

A tal fine è necessario considerare le diverse sindromi che i medici sono concordi nel definire isteriche, analizzarle e confrontarle con i vari disturbi nervosi che unanimemente si tengono distinti dall'isteria.

Consideriamo le grandi manifestazioni dell'isteria, le crisi nervose, le paralisi, le contratture, le anestesi. Quali sono i caratteri comuni? Si può affermare che tali diversi sintomi sono puramente funzionali, mentali, che sono suscettibili d'essere provocati da cause psichiche, di susseguirsi in varie forme negli stessi soggetti, che non intervengono gravemente sulla nutrizione generale e sullo stato mentale dei malati che ne sono affetti.

Ma è giusto, come hanno ritenuto alcuni autori, servirsi di tali caratteri per definire l'isteria?

Non è questo il mio parere, nessuno di tali sintomi appartiene esclusivamente all'isteria. Vi sono, in effetti, ben altre affezioni che sono funzionali, mentali. L'isteria non è la sola suscettibile d'essere provocata da cause psichiche; le commozioni morali possono esercitare un'influenza sulla genesi di turbe mentali indipendenti dall'isteria, sono in grado di far apparire nei diabetici accidenti nervosi e disturbi circolatori gravi in soggetti con lesioni vascolari; anche l'emorragia cerebrale può conseguire ad una viva emozione. Come l'isteria, la gotta può manifestarsi con sintomi vari che si succedono e subentrano gli uni agli altri; è nozione tanto accertata che è inutile insistere su questo punto. Infine vi sono altre affezioni nervose che non intervengono in modo grave sulla nutrizione generale e sullo stato mentale dei malati; la neurastenia può durare anni senza determinare alcun disturbo della nutrizione; egualmente la "malattia del dubbio" non comporta alcuna perturbazione nello stato generale e non indebolisce le facoltà intellettive.

Bisogna dunque proseguire l'esame e ricercare altri caratteri, comuni a tutte le manifestazioni isteriche e nello stesso tempo patognomonici per l'isteria.

La possibilità di riprodursi per suggestione con rigorosa esattezza in alcuni soggetti, e di scomparire sotto l'influenza *esclusiva* della persuasione, mi sembra essere uno di questi caratteri. Ma, prima di procedere alla ricerca di prove, ritengo indispensabile indicare quale senso occorra dare, secondo me, al termine "suggestione" che, come la parola "isteria", mi sembra non sia stato definito con sufficiente precisione.

"Suggestione" significa generalmente, nel linguaggio comune, "cattiva insinuazione" (Littré, *Dictionnaire...*). In senso medico il termine mi sembra esprima il tentativo di far accettare o far realizzare ad altri un'idea chiaramente irrazionale. Per esempio, dire a qualcuno che si trovi in un posto buio che è circondato da fiamme abbaglianti costituisce suggestione, in quanto l'idea è in flagrante contrasto con l'osservazione; convincere un individuo, i cui muscoli funzionano normalmente, di essere paralizzato ad un braccio e che ormai non potrà più muoverlo, è suggestione, perché è affermazione contraria al buon senso. Se i suggerimenti sono accettati, se si verificano l'allucinazione visiva o la monoplegia brachiale, si può affermare che

il soggetto in esame ha subito la suggestione ed è stato suggestionato. La parola "suggestione" implica pertanto che l'idea che si cerca di insinuare sia *irragionevole*. Infatti, se non si desse alla parola questo senso particolare, sarebbe sinonimo di persuasione; del resto, è questa confusione che si fa quando si pretende di ottenere guarigioni attraverso la suggestione. Non è certo suggestione dire a un malato colpito da paralisi psichica che il disturbo è puramente immaginario, che può scomparire immediatamente con uno sforzo di volontà; al contrario, tale idea è lontana dall'essere irragionevole, è anzi eminentemente sensata; il medico, così facendo, lungi dal suggestionare il malato, tenta di annullare la suggestione o l'autosuggestione causa della malattia. Egli non opera con la suggestione ma con la persuasione.

Come ho già detto, io sostengo che tutti le grandi manifestazioni isteriche, tutte le varietà di paralisi, le contratture, le anestesie, tutte le forme di attacchi possono essere riprodotte per suggestione in alcuni soggetti, in particolare nei grandi ipnotici: la riproduzione è rigorosamente esatta e riesce impossibile distinguere le turbe isteriche da quelle determinate con la suggestione sperimentale, la qual cosa porta ad ammettere che esse risultino da autosuggestione. Al contrario, nessuna delle affezioni attualmente classificate fuori dal quadro dell'isteria può essere riprodotta per suggestione: al più è possibile ottenere, con questo metodo, un'imitazione imperfetta, facilmente distinguibile dall'originale. Si cerchi, ad esempio, di riprodurre, in un grande ipnotico, l'emiplegia facciale periferica, la paralisi radiale. Il soggetto in esame, qualunque sia la sua suggestionabilità e qualunque sia la pazienza dello sperimentatore, non arriverà mai al punto al quale ci si proponeva di farlo giungere: non gli sarà mai possibile realizzare l'ipotono muscolare che comporta la caratteristica deformazione del viso nella paralisi del nervo facciale; sarà anche incapace di dissociare, nel movimento di flessione dell'avambraccio sul braccio, l'azione del lungo supinatore da quella del bicipite, come avviene nella paralisi radiale.

Come tutte le grandi manifestazioni isteriche possono essere riprodotte con la suggestione, così tutte sono suscettibili di scomparire sotto l'influenza *esclusiva* della persuasione: non c'è uno solo di tali sintomi che io non abbia visto eclissarsi in pochi istanti, mettendo in atto un metodo adeguato ad ispirare nel malato la speranza di guarigione. Nessun'altra affezione si comporta allo stesso modo e, se non si ha esperienza di tale trattamento, si è sorpresi dei fallimenti cui si va incontro nel cercare di guarire con la persuasione alcuni malati sui quali tale metodo sembra "a priori" dover agire con efficacia. Prendiamo il caso di un soggetto affetto da "malattia del dubbio" ben evidente e tormentato da varie fobie; è, per il resto, un uomo intelligente, senza alcuna idea delirante, e si rende perfettamente conto dell'assurdità dei pensieri che l'ossessionano, convinto che i suoi timori non si realizzeranno mai e animato da ardente desiderio di sbarazzarsi di un disturbo che gli rende intollerabile la vita; e ammettiamo che questo paziente sia ipnotizzabile. Sembra veramente che un caso come questo riassume tutte le migliori condizioni per guarire sotto l'influenza della persuasione. L'osservazione, però, smentisce i presupposti; la persuasione potrà procurare solo un po' di calma a questo malato, ma non potrà guarirlo. Non vi è una sola affezione nervosa ben definita e posta fuori dei confini dell'isteria che la psicoterapia da sola sia in grado di far scomparire; se anche l'intervento è utile, cosa che volentieri riconosco, non è tuttavia sufficiente: lo prova il fatto che mai, in casi di questo tipo, alla persuasione segue una guarigione immediata. Vediamo, ad esempio, un neurastenico che, allarmato per l'indebolimento cerebrale, è tormentato da cupi pensieri, da idee ipocondriache che non può allontanare; si sente minacciato dalla pazzia e questa ossessione, che rappresenta un vero lavoro della mente, aggrava i fenomeni neurastenici. Se si riesce a persuadere il malato che le paure non sono fondate e che deve necessariamente guarire, si procura alla sua mente il riposo indispensabile accelerando così il ritorno allo stato normale. Così la psicoterapia ha reso un servizio, è riuscita a impedire che si accentuasse la neurastenia, ma non è stata il solo agente per la guarigione, vi è stato bisogno di altri elementi, in particolare di un riposo cerebrale più o meno prolungato.

Quanto ho appena trattato concerne i fenomeni che chiamo *primitivi*, in effetti i principali, quali le anestesie, le paralisi, le contratture, le crisi, etc., che possono comparire senza essere stati preceduti da altre manifestazioni isteriche. Credo sia legittimo definire ancora isterici dei disturbi che, senza presentare i caratteri dei fenomeni primitivi, siano strettamente legati ad uno di questi disturbi in modo subordinato; solo va aggiunto a tali disturbi l'epiteto di "secondari". L'atrofia muscolare nell'isteria è un esempio di questo genere: mai potrebbe essere primitiva; la sola suggestione non potrebbe farla comparire; è legata alla parali-

si o alla contrattura isterica che mai precede e di cui è conseguenza; non tarda a scomparire quando ridiventa normale la funzione muscolare. Questi sono caratteri il cui complesso può servire a definire i disturbi secondari; devono essere ricollegati all'isteria in quanto intimamente collegati a fenomeni isterici primitivi.

Mi si potrebbe obiettare: finora lei ha cercato di definire i sintomi isterici, ma come definisce propriamente l'isteria? Rispondo: l'isteria senza manifestazioni isteriche è, in qualche modo, un'astrazione; si può dire che sia uno stato della mente in virtù del quale si ha attitudine a presentare manifestazioni isteriche.

In sintesi, ecco la definizione che propongo:

*L'isteria è uno stato psichico che rende il soggetto capace di auto-suggestionarsi. Si manifesta principalmente con turbe primitive ed in modo accessorio con alcune turbe secondarie.*

*Caratterizza le turbe primitive la possibilità di riprodurle, in alcuni soggetti, con rigorosa esattezza per mezzo della suggestione e di farle scomparire sotto l'esclusiva influenza della persuasione.*

*Caratterizza le turbe secondarie il loro essere strettamente subordinate alle turbe primitive*

Come si può vedere, sono stato portato a determinare gli attributi che sono propri all'isteria e che quindi la definiscono attraverso un'analisi comparativa di vari disturbi sulla cui natura non vi è altra discussione, ci si deve solo accordare nel classificare gli uni nel quadro dell'isteria, gli altri al di fuori di detto quadro.

Per quanto concerne i disturbi oggetto di discussione, ritengo si debba semplicemente ricercare se abbiano o meno i caratteri della definizione proposta; è semplicemente una questione di osservazioni e sperimentazioni cliniche.

Prevedo che mi si possa muovere un'obiezione. Non è raro osservare casi di isteria incontestabile i quali si manifestano con delle crisi o altri sintomi ben caratteristici che risultano, almeno in apparenza, refrattari alla persuasione; si potrebbe sostenere per tal motivo che non si tratti di isteria? Non pretendo, risponderci, che si debba sempre essere sicuri di guarire con la persuasione le manifestazioni isteriche, dico solo che esse sono tutte *suscettibili* di guarire con questo metodo e se, in un dato caso, malgrado il fallimento della psicoterapia, affermo che si tratta comunque d'isteria, è perché ho osservato in precedenza altri casi aventi aspetto clinico identico e del tutto tipico che ho potuto riprodurre con la suggestione e fatto scomparire con la persuasione. Per precisare il mio pensiero, farò un esempio. Consideriamo un malato affetto da una monoplegia brachiale flaccida completa che dura da parecchi mesi; i riflessi tendinei ed ossei dell'arto paralizzato sono normali ed i muscoli non presentano la reazione elettrica degenerativa; possiamo affermare, anche qualora i tentativi psicoterapeutici siano falliti, che si tratta di una monoplegia isterica; in effetti, se dipendesse da una lesione cerebrale, il braccio dovrebbe essere contratto ed i riflessi tendinei esagerati; se fosse dovuta ad una nevrite, i riflessi tendinei sarebbero deboli o assenti e vi sarebbe reazione elettrica degenerativa; nessun'altra causa se non l'isteria potrebbe produrre una paralisi di questo tipo; ma, se siamo arrivati a tale conclusione, è perché abbiamo prima osservato casi di monoplegia con gli stessi caratteri clinici che ci è stato possibile guarire esclusivamente con la persuasione e inoltre perché siamo stati capaci di riprodurre con la suggestione la stessa forma di monoplegia. Chiedo che si proceda nello stesso modo in presenza di un disturbo non ancora classificato che si voglia inserire nel quadro dell'isteria: lo si riproduca prima con la suggestione, lo si guarisca, almeno in un caso, con la persuasione, e se ne dimostrino i caratteri clinici speciali, distintivi; in seguito, ma solo allora, in presenza di un nuovo caso identico, si sarà in diritto di diagnosticare l'isteria anche qualora il trattamento psichico rimanesse senza effetto. Del resto, aggiungerei che, nei casi d'isteria in cui la psicoterapia non sembra dare risultati, il fallimento è sempre dovuto al fatto che l'autosuggestione o la suggestione più o meno cosciente dell'entourage controbilanciano o annullano la persuasione del medico; se riesce possibile porre il malato in condizioni che impediscono tale azione perniciosa, generalmente si giunge a guarirlo.

Ciò che sto per dire si riferisce ai fenomeni primitivi. La definizione che ho dato dei fenomeni isterici secondari è sufficiente per conoscere le condizioni a cui un disturbo deve rispondere per essere ammesso in questo gruppo. Lo ripeto, per evitare ogni malinteso: è necessario che si dia una relazione causa-effetto tra le turbe in questione e una manifestazione isterica primitiva; è indispensabile che il legame tra fenomeno primitivo e fenomeno secondario sia intimo e bisogna guardarsi dal farsi sviare da semplici coincidenze. Se, per esempio, si è osservata solo una volta l'amiotrofia legata alla paralisi isterica, malgrado la comparsa dell'atrofia muscolare subito dopo l'esordio della paralisi e la sua rapida scomparsa appena risolta la paralisi-

si, non è possibile affermare l'esistenza di un'amiotrofia isterica; solo dopo numerose osservazioni identiche è permessa tale affermazione.

Sulla base di queste considerazioni, sostengo da tempo, contrariamente alla gran parte dei miei colleghi, che l'esagerazione dei riflessi tendinei non può essere provocata dall'isteria. Dico che è impossibile accentuare con la suggestione i riflessi tendinei e che è egualmente impossibile riportare alla norma con la persuasione dei riflessi tendinei esagerati; questo fenomeno, dunque, non può essere inserito nel gruppo delle manifestazioni isteriche primitive. Aggiungo che non esistono esempi ben netti in cui un'esagerazione dei riflessi tendinei avrebbe accompagnato una paralisi isterica scomparendo dopo la guarigione, e, di conseguenza, non si può essere autorizzati a considerare questo fenomeno come un sintomo isterico secondario. Citerei il fenomeno delle dita del piede, dell'immobilità pupillare, della paralisi limitata al territorio di un nervo, come, ad esempio, la: paralisi dell'oculomotore comune o la paralisi dell' oculomotore esterno. Le osservazioni di questo tipo pubblicate e raggruppate nell'isteria sono, a mio parere, lontane dall'essere dimostrative, in quanto non soddisfano le condizioni richieste.

La definizione che propongo mi sembra assolutamente soddisfacente dal punto di vista nosografico perché, fra le affezioni nevropatiche e mentali, non ve n'è un'altra di cui si possano delineare tratti distintivi così speciali. Mi sembra anche inattaccabile dal punto di vista pratico; non è forse essenziale riunire in uno stesso gruppo tutti i disturbi su cui la persuasione può avere una simile azione ed eliminare tutti quelli che sono privi di tale proprietà?

Si può ben dire che, così definita, l'isteria è l'affezione mentale che più importa saper riconoscere in vista del trattamento; un disturbo isterico può infatti guarire rapidamente, all'istante, sotto l'influenza di pratiche di persuasione attuate con abilità, o durare anni, la vita intera, a seconda che ne venga individuata o misconosciuta la natura.

Se mi si obiettasse che la mia delimitazione dell'isteria è arbitraria, ecco cosa risponderci. È lecito ed anche utile, come ho già detto, formare, con i sintomi che presentano i caratteri su cui mi soffermo, un gruppo nosologico speciale, quale che sia l'etichetta che vi si applichi. Servendosi di un neologismo si potrebbe adottare la denominazione di *disturbi pitiatichi*, che esprimerebbe almeno uno dei caratteri distintivi ed eviterebbe ogni malinteso; sarebbe infatti impossibile confondere in una classificazione dei fenomeni denominati "pitiatichi", cioè guaribili con la persuasione, con disturbi che la persuasione non può far scomparire. Se mi servo del termine isteria, sebbene sarebbe più ragionevole abbandonare l'uso di un termine che non ha più per nessuno il senso primitivo ed etimologico, è per non rompere troppo bruscamente con la tradizione. Ma, se si continua a chiamare isterici quei disturbi la cui proprietà essenziale è la intima dipendenza dalla suggestione o dalla persuasione, è logico rifiutare tale epiteto a manifestazioni che non hanno tale attributo; è logico infatti non designare con lo stesso termine due cose profondamente differenti.

Spero di aver fatto capire il mio pensiero e, poiché ritengo essenziale intendersi una volta per tutte sulla definizione dell'isteria, invito i colleghi, qualora non accettino ciò che propongo, a far conoscere il loro modo di concepire l'isteria e ad indicare il senso che attribuiscono a questo termine, cioè di definirla a loro volta.

[da : Définition de l'hystérie, *Revue neurologique*, IX, 1074-1080, 1901 (seduta del 7 novembre)].