

PIERRE JANET

Pierre Janet nasce il 30 maggio 1859 a Parigi. Trascorre i primi anni a Bourg-la-Reine, ma poi vive costantemente a Parigi e se ne allontana solo negli anni di insegnamento in provincia.

Il padre è redattore al Codice di giurisprudenza e, dopo un primo matrimonio con una cugina (dalla quale ha una figlia, Berthe), sposa Fanny Hummel, di Strasburgo, città annessa nel 1870 alla Germania dopo la guerra franco-prussiana. La famiglia appartiene alla buona borghesia parigina e conta numerose persone di cultura: il bisnonno Pierre Etienne aveva un'importante libreria in Rue Saint-Jacques, il nonno è colto, dedito allo studio e alla diffusione di pubblicazioni musicali; ma è lo zio Paul, filosofo e professore alla Sorbonne, a giocare un ruolo determinante nella educazione di Pierre.

Nel 1879, Janet entra all'École Normale Supérieure dove ha quali compagni di studi Durckheim e Bergson con cui si manterrà in contatto per tutta la vita. Quale allievo dell'École insegna filosofia nel 1882 al liceo di Chateauroux e dal 1883 al liceo di Havre per sei anni. Per la tesi in filosofia, si interessa di ipnosi e frequenta i servizi psichiatrici di Gibert e di Powilewicz: e qui incontra le sue pazienti più importanti, Léonie, Marie Rose e Lucie.

Nel 1885 comunica, alla Société de Psychologie Physiologique, una prima memoria sui fenomeni ipnotici e di sonnambulismo, e si fa notare da Charcot che presiede la seduta; la ricerca, che riguarda il caso Léonie, è ben accolta dai medici del servizio di Charcot e Richer si impegna a verificare le affermazioni di Janet sulla possibilità di ipnosi a distanza.

Dopo la tesi di filosofia nel 1889 sull'Automatisme psychologique, si iscrive a Medicina e frequenta i servizi di J. Falret, di Séglas e di Charcot alla Salpêtrière; e con Charcot e Richer discute nel 1893 la tesi di laurea Contribution à l'étude des accidents mentaux des hystériques.

Charcot istituisce per lui un laboratorio di psicologia sperimentale, e il successore Raymond mantiene l'impegno, ma poi, con l'avvento di Dejerine nel 1910, Janet trova rifugio presso il servizio di Nageotte, neurologo e più interessato all'istologia del sistema nervoso che alla psicologia.

Nel 1894, anno della morte del padre, sposa Marguerite Duchesne e con lei ha tre figli: la maggiore, Hélène, sposerà Edouard Pichon.

L'attività accademica di Janet è soprattutto legata all'insegnamento della psicologia; fino al 1897 al liceo Condorcet, poi alla Sorbonne e al Collège de France dove, preferito ad Alfred Binet, insegna Psicologia Sperimentale succedendo nel 1902 a Théodule Ribot. Si ritira dall'insegnamento nel 1935. Nel 1904, con Georges Dumas fonda il Journal de Psychologie.

Muore il 23 febbraio 1947 a ottantasette anni.

Il problema dell'isteria inaugura e domina il lungo arco della ricerca clinica e psicologica di Janet.

Dagli studi iniziali dedicati all'isteria e all'altra grande nevrosi, la psicoastenìa, alle ultime opere, La médecine psychologique (1923) e De l'angoisse à l'extase (1926), si delinea una concezione sempre più "organodinamica" (H. Ey), basata cioè sulla evidenza psicologica e sperimentale di progressivi livelli di complessità delle facoltà mentali. L'automatisme psychologique è fenomeno psicologico elementare che attinge alle "formes inférieures de l'activité humaine", così come il difetto della "fonction du réel" per diminuzione della tension psychologique spiega l'affiorare delle idee fisse (Les obsession et la psychasténie, 1903).

A spiegare i fenomeni isterici è invece un "rétrécissement du champ de la conscience". L'analisi di tali quadri è essenziale per la costruzione delle sue tesi psicologiche. Come per il maestro Charcot, i fenomeni ipnotici sono modello per quelli isterici e, nella monografia dell'89, i sintomi isterici sono spiegati con lo "sdoppiamento della personalità" che giustificherebbe la inconsapevolezza del paziente rispetto al momento della crisi, sia essa convulsiva o delirante. "Un individuo che sia veramente sonnambulo vive in due modi diversi, egli ha due esistenze psicologiche alternantisi successivamente" (L'automatisme psychologique, 2a ed., 1894).

Janet non distingue la petite dalla grande hystérie: si preoccupa dell'economia dei sintomi più che

della loro estensione. Tuttavia i suoi casi più noti sono di *folie hystérique*, per l'interesse particolare che egli mostra per i fenomeni ipnotici e le personalità multiple.

Forme dei deliri

Benché la maggior parte dei sintomi isterici siano il risultato di alcuni disordini intellettivi, di solito non configurano dei deliri in senso stretto. La percezione degli oggetti esterni, delle relazioni sociali, sembra rimanere corretta, tanto da permettere al malato una vita normale. Le illusioni e i sogni sembrano svilupparsi a parte, al di fuori della coscienza e non la disturbano se non marginalmente. "Le isteriche, dicono Breuer e Freud, sono ragionevoli nella veglia, ed alienate nello stato ipnoide".

Questa sottile distinzione ha sempre ragione di esistere? È verosimile che di tanto in tanto i disturbi intellettuali aumentino un poco e alterino la coscienza tanto da turbarne le relazioni, la "corrispondenza" con l'ambiente esterno e quello sociale, alterazione che costituirà un vero delirio. Senza dubbio deliri si osservano, anche di frequente, nelle malate isteriche, ma il loro studio presenta notevoli difficoltà. Tali deliri sono accidentali, conseguenti a un'altra malattia mentale che può benissimo aggiungersi all'isteria, o sono lo sviluppo della malattia isterica? L'analisi del problema, circa i deliri che possono presentarsi negli isterici, ci costringerebbe a passare in rassegna l'intera patologia mentale. Per tentare di sfuggire a questo rischio, ci limiteremo a descrivere i deliri che sembrano essere lo sviluppo naturale di alcuni sintomi isterici già noti; vedremo poi, da un punto di vista generale, quale posto debbano occupare nella malattia questi deliri.

Esagerazione dell'abulia. Confusione mentale

Le stigmati isteriche dipendono da un'insufficienza psicologica che si manifesta attraverso i disturbi dell'attenzione e della volontà, o con la distrazione, l'amnesia continua, etc. Di solito, è vero, la sintesi mentale è diminuita, ma non soppressa: il malato percepisce poco, dimentica molto, agisce male, eppure, in una certa misura, percepisce, ricorda ed agisce. Questa debolezza determina disturbi intellettuali, distrazioni, dubbi, meraviglie di fronte a nuovi oggetti, errori di memoria, etc., ma solitamente non arriva fino al delirio.

L'abulia può aumentare e manifestarsi con disturbi dell'intelligenza più netti. Nelle ore che precedono l'attacco, e a volte per un giorno intero, Marguerite diventa come stupida, non fa più nulla, o cammina a caso, risponde in modo strano alle domande e, una volta, è rimasta titubante quando le ho chiesto il nome. Ella tenta di comprendere e di rispondere, ma non riesce; allora si irrita, batte il piede sinistro e gesticola: "È troppo forte, provo difficoltà a dire il mio nome..., tutto si confonde..., è che io sogno... che... io non lo so... penso un mucchio di cose, tutta la mia vita, tutto scorre.. Che volete da me? Come è buio nel mio cervello!". Non si tratta, lo si vede, di mancanza di intelligenza, è un disturbo percettivo ben più intenso della semplice inibizione d'attenzione. Constatiamo analoghi fenomeni in Berthe e in Renée, con la differenza che, in quest'ultima, l'esagerazione dell'abulia si manifesta piuttosto dopo gli attacchi. In Renée si riconoscono inoltre interpretazioni deliranti del suo stato, particolarmente curiose: "È stupido, dice, oso appena dirlo, mi sembra di esser morta". Un'altra, Mus..., che nelle stesse circostanze è egualmente incapace di comprendere e di rispondere, interpreta in modo singolare il suo stato: "Sono una bestia, buona a niente... Sono come un criminale che dev'essere punito...". Eccoci molto vicini a un delirio.

Si sa che le isteriche, in genere, sono *indifferenti*, ripetono volentieri antiche emozioni, e sono incapaci di provarne di nuove in rapporto alla situazione attuale. Sollier insiste sull'indifferenza delle anoressiche che si nutrono poco. "L'indifferenza non esiste solo a livello intellettuale, ma anche a livello morale; le famiglie spesso si meravigliano nel vederle sopportare, senza manifestare mai nulla, senza gioia o dolore, né risa, né lacrime, gli avvenimenti belli o tristi loro annunciati". Ho visto l'indifferenza meravigliare le malate stesse. "Sono molto cambiata" diceva Lec. "non ho più la forza di detestare mio marito, si direbbe che tutte le persone mi sono uscite dalla mente". L'assenza di emozione si aggiunge all'assenza di percezione e si costruisce uno stato mentale sempre più vicino all'alienazione.

I sintomi possono ancora aumentare, sopprimere quasi completamente la sintesi mentale e precipitare il soggetto in uno stupore completo. Questo stato, descritto sotto molti nomi, attualmente è conosciuto, in Francia, come "confusione mentale". Chaslin ha particolarmente insistito sulla confusione mentale primitiva che si presenta quasi d'improvviso in un soggetto fino ad allora in buona salute, almeno in apparenza. Quanto si verifica nelle isteriche non è di questo tipo, e altro non è se non l'esagerazione momentanea di una debolezza mentale preesistente. Ha tuttavia, a nostro avviso, quasi gli stessi caratteri. L'osservazione seguente, riportata in sintesi, illustrerà il disturbo meglio di una descrizione.

Deni..., 20 anni, presenta antecedenti ereditari abbastanza netti. La madre è isterica e ha avuto attacchi dai 15 ai 27 anni, lo zio materno è bizzarro e poco intelligente, il padre è morto di tubercolosi polmonare a 30 anni. Ha avuto il morbillo nell'infanzia e una grave febbre tifoide a 13 anni. Intelligenza e capacità d'attenzione sono rimaste molto indebolite; lavora bene, e diviene un'eccellente operaia in un atelier di moda, ma riesce solo con applicazione e sforzo enormi. "È vero" dice alla madre "riesco a lavorare bene, ma mi costa troppo, non immagini quanto devo sforzarmi per fare attenzione e comprendere, e non è naturale". Gli eccessi di lavoro la rendono impaziente e poco padrona di sé; per lievi contrarietà ha avuto due attacchi di 20 minuti ciascuno, con contorsioni, trisma e contratture. Di recente alcune emozioni e un tentativo di seduzione la sconvolgono, rientra a casa molto agitata parlando a casaccio di signori che volevano prenderla, e di un viaggio che vuol fare in Inghilterra per dirigere un grande magazzino. Non delira del tutto, i fatti sono veri, ma li complica ed esagera. Dopo qualche giorno di agitazione, ha ancora, a riprese, un attacco di convulsioni e contratture. Il medico di famiglia e il dott. Gilles de la Tourette diagnosticano un attacco isterico. La si porta alla Salpêtrière dove l'esaminiamo due giorni dopo l'ultimo attacco.

La malata è a letto, immobile, indifferente a quanto le si fa; la facies è imbambolata, intontita, più che delirante. Insistendo, la convinco ad alzarsi e a seguirmi; obbedisce docilmente, quasi stupidamente, e mi segue dappertutto, anche quando mi sposto nella camera. L'esamino e non trovo *alcuna stigmata d'isteria*, ma riscontro massima confusione nelle idee e più nelle percezioni: "Cosa mi è successo?" dice rispondendo alle mie ripetute domande "ma io non ne so niente..., stavo all'atelier, lavoravo, come mai non ci sto più?.. Dove sono, qui? Che camera è questa?.. Non capisco, ho la testa vuota... Lei è il sig. F..., il fratello di André, non è vero?.. Questa signorina (la sorvegliante), è M.lle M..., vero? Io sono sempre Deni...? Forse. Ma è buffo, non so più nulla, c'è un vuoto nella mia testa ed io non mi ritrovo più". È la vera inibizione dell'attenzione, con difetto percettivo, false percezioni, amnesia continua, etc. Tale stato è rimasto immutato per due mesi e mezzo, ed è questo il solo dato a rendere l'osservazione più interessante di altre.

In questo periodo, la malata, di tanto in tanto, ha fatto dei sogni, alcuni avevano un vago rapporto con gli incidenti iniziali; si agitava e gridava: "Arriverò molto in alto... sarò una gran signora, io sono figlia di Boulanger, etc."; altri sogni, a sfondo melanconico, assomigliavano a interpretazioni di false percezioni già segnalate: "Oh! come sono sporca... tu prendi le mie mani, e non ne sei disgustato. Perché hai quell'aria triste?.. non voglio rimanere in una casa dove tutti hanno l'aria triste". Una volta ha avuto una collera strana, giocava con un portapenne che aveva preso e s'era messa in testa di conficcarlo nelle mani di chi si avvicinava: ci volle qualche sforzo per levarglielo. Di tanto in tanto, in particolare quando si agitava, sembrava soffocare. e serrava i denti come all'inizio di un attacco. Tutto ciò, comunque, era l'eccezione; in realtà rimaneva sempre immobile e molto docile, in uno stato di completa stupidità. Per il resto, stava bene, mangiava normalmente e non sembrava dimagrire; anzi, negli ultimi tempi della malattia, mangiava di più e s'era notevolmente ingrassata.

Alla fine del terzo mese, ogni tanto, nella giornata, aveva momenti di lucidità, riconosceva le persone, ricordava la vita precedente, tranne il delirio e il periodo di stupore che non è mai riuscita a ricordare, accettava di lavorare e cucire un poco. In questi momenti transitori, ho notato una cosa molto interessante, era *emianestesica a sinistra*; l'emianestesia scompariva nel periodo di stupore (non parlo del senso della vista, difficile a valutarsi, malgrado i miei sforzi, in una simile malata). Ha lasciato l'ospedale ristabilita a metà. In seguito, l'ho saputo, lo stupore è scomparso, ma la malata ha crisi isteriche e idee fisse, in particolare idee erotiche, come se fosse rimasto qualcosa dell'episodio iniziale.

Inquadrata così fra i sintomi nettamente isterici, tale confusione mentale sembra ricollegarsi all'isteria. Non deve sorprenderci, non è che lo sviluppo di un sintomo psicologico che abbiamo riscontrato a un li-

vello più o meno intenso in molti altri malati. Siamo disposti a credere, con Charpentier, che sintomi di questo tipo non siano molto specifici, e si riscontrino nel corso di molte affezioni mentali.

Esagerazione dei fenomeni automatici. Il delirio maniacale

Le isteriche sognano molto durante la notte e anche durante il giorno; negli attacchi, nelle estasi, nei sonnambulismi, rappresentano o raccontano sogni. I sogni hanno di solito due caratteri:

a) Avvengono in stati anormali o in modo subconscio; turbano il pensiero normale, diminuendo la forza d'attenzione disponibile, senza però confondervi.

b) Di norma riguardano un numero ristretto di temi, sempre gli stessi. Il sogno può aumentare in varie circostanze, complicarsi per piccoli incidenti e mescolarsi alla normale percezione. La malata, già incapace per l'abulia di comprendere le cose con chiarezza, confonde sensazioni, ricordi e sogni in un delirio inestricabile.

Esaminiamo il grado di simili fenomeni, alcune isteriche, apparentemente ragionevoli e considerate non deliranti, spesso presentano tale esagerazione del sogno. Barb..., dimessa dalla Salpêtrière, ne conserva un ricordo molto vivo, sogna dell'ospedale notte e giorno, crede di incontrare per la strada persone che ha visto qui e si ferma per salutarle. Spesso, la sera o nelle ore dopo l'attacco, Berthe sogna abbondantemente. Rimane tuttavia in uno stato di veglia e mischia i sogni alle normali percezioni, vede i genitori danzare nella fiamma della lampada, racconta loro mille storie e si arrampica ad una colonna per raggiungere "un uomo sospeso in alto". Se si parla con lei durante questi momenti, si osserva un'eccitazione particolare. Si agita di continuo e parla con volubilità, senza interruzione. Azioni e discorsi sembrano, di primo acchito, assolutamente disordinati e incoerenti; in realtà sono determinati da ogni piccola impressione che colpisce i sensi e dalle associazioni di idee che ne nascono. Nessuno sforzo di attenzione può fermare una sensazione per scegliere una serie di idee, è l'automatismo puro delle immagini che si scontrano e interrompono reciprocamente. È il linguaggio telegrafico dei maniacali, di cui parlano Falret e Magnan: "Oh! una carta rosa, voglio farne un vestito alla mia bambola, la portavo sempre in viaggio, Saint-Cloud non... la riva del mare... Oh! una cordicella, lasciatemi lanciare l'ordigno, guarda cosa avete nel boccale, è mia zia! Mio Dio com'è brutta... quella signora ha l'aria di ritornare da una confessione, lo sapete io non ci vado mai..., qui ci sono delle mosche, hanno grandi ali con sopra dei diamanti, oh! Maxime è vivo come una lumaca, guardate dunque le sue corna, etc., etc.". Tutto questo dura ore; in questo tempo, non è proprio senza coscienza di ciò che fa. Riconosce bene le persone, mi ascolta un po' e per un attimo mi obbedisce se le parlo con severità; riconosce di essere ridicola e promette di comportarsi meglio, ma ricomincia dopo qualche minuto. Si può notare un fatto abbastanza singolare riguardo all'eccitazione di Berthe: questo stato, più o meno intenso, si prolunga per più giorni e si alterna con uno stato di confusione mentale e tristezza che dura una quindicina di giorni. Sembra allora che, nella nostra isterica, ci sia un abbozzo di delirio circolare.

In altre malate, questo stato è ancor più marcato; P..., 25 anni, di solito aveva attacchi brevi, e da un mese non ha più avuto attacchi; ma è di continuo, giorno e notte, in uno stato di agitazione maggiore di quello di Berthe. L'eccitazione di Célestine è più pericolosa, in quanto è continuamente allucinata; crede che la si offenda e vede uomini e cavalli che si battono, e uccidono, stringe i pugni e sarebbe capace di colpire; il delirio dura poco, termina dopo circa un'ora con l'attacco. Merc... è stata cloroformizzata per una lieve operazione, si è risvegliata stordita e allegra da scoppiare. Per tre settimane è rimasta in stato di eccitazione, non è che deliri, semplicemente sogna in abbondanza, parla ininterrottamente, fa mille follie e non riesce né a tacere, né a dormire. Un particolare: come Berthe può essere addormentata con la suggestione anche durante l'eccitazione; le fantasie automatiche sono egualmente interrotte dalla suggestione, ma riprendono il loro corso dopo qualche ora. Sottolineo: nelle malate precedenti, in cui l'eccitazione poteva ancora essere interrotta e regolata, persistevano le stigmate isteriche; e il delirio era momentaneo, scompariva come un attacco. Non è la stessa cosa, se passiamo a studiare sintomi più gravi.

Deliri isterici abbastanza permanenti si riscontrano di frequente nei bambini: Jolly ha recentemente insistito sui piccoli malati che commettono mille diavolerie e sembrano recitare la commedia davanti ai genitori spaventati. Molti autori, Briquet, Marcé, Morel, J. Falret, Grasset, Krafft-Ebing, Schüle, hanno con-

stato che le isteriche anche adulte possono avere deliri di tipo maniacale molto prolungati e senza precisi rapporti con l'attacco. Constatiamo i fatti prima di cercarne un'interpretazione.

Par..., 17 anni, presenta antecedenti ereditari gravi: nonna materna isterica, prozio materno alienato, madre isterica, padre isterico, zia paterna bizzarra ossessiva. Nell'infanzia Par... era allegra e vivace, sembrava intelligente, ma imparava con difficoltà. Mestrata a 14 anni, divenne svogliata e triste, sembrava preoccupata e diventava sempre più incapace di comprendere e memorizzare quanto le si insegnava. A 16 anni ebbe una tosse nervosa che non smetteva né giorno né notte, e che, con alcune remissioni, si protrasse per più di un anno. Quest'anno, a seguito di un'emozione e di piccole noie, fu presa da dolori di stomaco, vomiti incoercibili e attacchi convulsivi. A tratti cominciava a sragionare, soprattutto si spaventava per la minima cosa, si metteva a tremare e diceva che si stava cercando di tagliarle il collo, che bisognava salvarsi in casa dei vicini, etc. Il medico, che in quel momento l'ha esaminata, constatò emianestesia sinistra e riuscì ad ipnotizzarla; poteva suggestionarla e calmarla per ore. Tuttavia i disturbi convulsivi sono scomparsi e si è sviluppato il delirio: si è così deciso di portarla alla Salpêtrière.

E' una giovane che a prima impressione pare intelligente e non sembra delirare, comprende le domande e risponde abbastanza bene. Non riusciamo a constatare alcuna stigmata isterica, e non abbiamo mai osservato in lei uno stato sonnambulico né un atto subconscio. Sembra caratterizzarla il fatto che, tra atti e discorsi sensati, mescoli di continuo assurdità, e sogni. Non vuole lasciarmi guardare il braccio attorno a cui ha cucito un nastro nero "per impedire d'essere crocefissa"; nel mezzo di una frase si arresta, fissa gli occhi e tira fuori la lingua, oppure cessa di rispondere e ripete una parola velocemente e indefinitamente: "ho fame..., ho male al cuore", o racconta una favola. D'un tratto si sdraia a terra e si spoglia; quando sta coricata, esce dalle lenzuola e si mette a scompigliare il letto. Per intere giornate si fa venire un tic, si succhia le labbra, oppure incrocia due dita e non vuole più muoverle. Infine, quando la si lascia a se stessa, si agita continuamente, parla senza sosta ripetendo per ore la medesima frase con tono enfatico, come nella verbigerazione. "lo sono assicurata, assicurata contro la vita, contro la morte". Tale stato è durato, senza grosse modificazioni, per quasi sette mesi; la malata è sembrata momentaneamente ristabilita per qualche mese, ma rimaneva poco intelligente. Un secondo accesso dello stesso tipo ha portato rapidamente ad un indebolimento intellettuale che può considerarsi precursore della demenza precoce. Tale esito è in sintonia con l'insegnamento del nostro eccellente maestro J. Falret, il quale considera questo tipo di delirio, di solito descritto sotto il nome di delirio isterico, come grave e di prognosi più oscura di quanto in genere si creda.

In questa osservazione, notiamo la maggior parte dei caratteri che alienisti come Moreau (de Tours), Falret hanno descritto nella mania delle isteriche: "un delirio che esprime nelle azioni, più che nelle parole, vari impulsi: automatismo ambulatorio più che agitazione incoordinata", atti stravaganti, che sembrano fatti a bella posta per attirare l'attenzione; e insieme una rapida successione di fantasie varie, ispirate a situazioni circostanti o collegate a qualche ossessione dominante. Argomenti abituali delle divagazioni di Par. erano soprattutto le preoccupazioni religiose; altre malate, come si è notato, hanno principalmente preoccupazioni erotiche, ma sono idee variabili. Si noti una differenza: questa malata, almeno nel periodo in cui l'abbiamo esaminata, non ci è sembrato avesse allucinazioni nette. Le isteriche che delirano, lo si è visto negli esempi precedenti, hanno invece allucinazioni particolarmente vive che interessano tutti i sensi, ed è nel delirio isterico e nei deliri tossici che si hanno le allucinazioni visive più nette. Gli altri sintomi, invece, sono conformi alla descrizione classica. La malata, almeno in parte, si rende conto del suo stato e si lamenta d'avere la testa vuota, di non capire bene, "non sono più com'ero una volta, non ho più la testa". È incapace di attenzione e non ha quasi più memoria. Sono questi caratteri a richiamare vagamente l'isteria precedente. Un tale stato si ricollega, come abbiamo visto, ai fenomeni isterici, ma evidentemente costituisce una considerevole trasformazione della malattia.

Esagerazione delle idee fisse. Il delirio sistematizzato

Le idee fisse, così frequenti ed importanti nelle isteriche, spesso rimangono isolate nella loro mente; e, sia che costituiscano gli attacchi, sia che si sviluppino in modo subconscio, non alterano il pensiero delle malate. Tuttavia è facile comprendere come la vicinanza di queste idee fisse, di questi parassiti, sia perico-

losa per la coscienza normale, e come, in molte circostanze, disturbi generali del pensiero possano risultare dallo sviluppo di idee fisse.

Già, nel caso più semplice, l'isterica può rimanere parecchi giorni ossessionata da ricordi più o meno vaghi che sussistono dopo il delirio dell'attacco. Charcot cita il caso di un isterico che, dopo una crisi in cui credeva di ricevere morsi da animali, si esaminava le braccia per cercare le tracce dei morsi che pensava d'aver riportato. Colin riporta il caso di un soggetto che si morde la mano, e poi, non potendo crederci e pensando d'essere stato morso da un cane arrabbiato, va da Pasteur. Molti malati fanno atti assurdi in seguito a un attacco o a un sogno. Maria va alla Morgue, e M.me D... vuole assolutamente entrare nell'anfiteatro poiché hanno sognato il suicidio. Ancora non sono che atti isolati, ma già irragionevoli.

Le cose si aggravano quando constatiamo una modificazione generale dello stato morale, dei sentimenti e della cenestesi. Alcune malate diventano tristi, hanno stati melanconici che non riescono a spiegare e che derivano dalle idee fisse. Ecco un caso, non spontaneo, ma molto chiaro. Avevo provocato il sonnambulismo a M.me D..., per cercare di modificare una delle sue idee fisse; la resistenza della malata fu forte e, per vincerla, feci finta di irritarmi e comunicai a M.me D... che non volevo più occuparmi di lei. Questa scenetta ebbe un buon risultato immediato, la malata divenne più docile e, quando la risvegliai, sembrava assolutamente calma. Tre giorni dopo vengo a sapere che M.me D..., da quando l'ho vista, è completamente cambiata; piange continuamente, geme, si sente in uno stato d'angoscia e, quando la si vuol consolare, risponde: "Ma cosa ho? lo sono disperata come se mi fosse capitata una sventura, come se avessi commesso un crimine; che cosa mi è successo dunque?". È sufficiente riaddormentarla per constatare il ruolo giocato in questa disperazione dal ricordo subconscio della scena precedente, la riconciliazione durante il sonnambulismo è stata sufficiente a fare scomparire tutto. Situazioni simili spesso si verificano spontaneamente: è il ricordo della moglie che produce, senza dubbio, la tristezza e il mutismo di Pasq...; è il ricordo ossessivo della madre a provocare la disperazione di Berthe; e, parlando delle idee fisse, ho accennato ai rimorsi di Isabelle. Quando Charcot descrive un soggetto con isteria traumatica "cupo, quasi stupido", sarei disposto a credere che si tratti di un caso di questo tipo. La melanconia può aggiungersi ai dubbi e alle amnesie che già han determinato le idee fisse, ma in questo caso il fenomeno provocato non è più una stigmata, bensì si avvicina ai deliri.

Il disturbo può essere più grave e modificare non solo i sentimenti, ma l'intelligenza e la condotta. Al riguardo, ritorniamo su alcune modificazioni del carattere delle isteriche che ci sembrano dovute unicamente all'esistenza misconosciuta di qualche idea fissa. Ho rifiutato di considerare la menzogna quale stigmata generale dell'animo isterico, ma in certi casi ne riconosco l'esistenza. Ecco un'osservazione che credo permetta di capire come occorra di frequente... Un'altra malata, X..., mente di continuo da quando è sposata, questo forse perché è isterica? Ma è isterica da tanto tempo, e non mentiva prima del matrimonio. Invece è perché ha cercato, e ancora cerca, di dissimulare l'odio che ha per il marito, e l'odio viene dal fatto che lui la notte del matrimonio le ha trasmesso la blenorragia, ecco la verità medica. Krafft-Ebing, quando nega il carattere generale della simulazione attribuita agli isterici, mostra anche che la tendenza alla menzogna, e in alcuni casi al furto, dipende da circostanze del tutto accidentali. Jolly analizza molto bene la menzogna dei bambini isterici; e mostra come si sviluppi una disposizione, naturale nell'infanzia, in occasione di una mancanza o di un castigo. La menzogna delle isteriche, quando non è un errore del medico o non è dovuta a un difetto organico, per noi è un delirio sistematizzato dovuto a un'idea fissa.

Lo stesso vale per l'erotismo: in verità, si incontra abbastanza raramente, ma può essere pericoloso per le azioni e le accuse che ispira alle malate; è un delirio speciale e non è sempre possibile individuarne il punto di partenza. Cher... appartiene ad una famiglia singolarmente predisposta ai disturbi mentali: padre bizzarro, ossessivo, alcolista; zia paterna debole di mente; madre isterica; nonna materna alienata; due zii materni dipsomani. Cher... è l'ultima di 15 figli, i primi 7 morti in tenera età per convulsioni, l'ottavo alienato con delirio di persecuzione, il nono imbecille, il decimo isterico, l'undicesimo neurastenico, il dodicesimo, il tredicesimo e il quattordicesimo dipsomani, infine la quindicesima è Cher..., isterica. Cher... ha presentato, tra i 15 e i 20 anni, tutti i sintomi possibili dell'isteria. Su un terreno così preparato, il più lieve motivo fa nascere un'idea fissa che rapidamente invaderà la coscienza. Un uomo si è rivolto a lei in modo molto educato, e l'ha chiesta in sposa al padre: è già abbastanza, eccola preoccupata: "la si tocca, le si fa il

solletico sul ventre, si dicono cose orribili, le si mostra una figura che non si dovrebbe; dopo tutto, lei è rassegnata, fra non molto partorirà un bambino orribile da dietro, e un altro dal fianco, poi verrà ghigliottinata e l'ospedale dove la si è portata è una prigione...". Questa malata ha ancora stimate isteriche facili da rilevare. In molte donne la minima preoccupazione amorosa determina linguaggio e atteggiamenti impudichi, lo si riscontra spesso in giovani spose. Nelle isteriche la preoccupazione si dilata in allucinazione e delirio.

Fra i deliri, i più frequenti, e quelli che per la malata possono avere le conseguenze più funeste, sono quelli che provocano il rifiuto degli alimenti e di solito si raggruppano sotto la denominazione un po' vaga di anoressia o sitiergia. I deliri, che producono tale effetto, sono vari e richiederebbero uno studio particolare, che non possiamo affrontare in questa sede. Isabelle rifiuta di mangiare a causa di un ricordo subconscio del delirio dell'attacco; Marcelle perché, durante l'attacco, sente una voce interna che le proibisce di mangiare. Abbiamo visto una ragazza, Br..., portata all'ospedale troppo tardi per essere salvata, morir di fame per aver sognato a lungo.

Restano da analizzare le idee di odio e di persecuzione che si possono sviluppare fino a formare estesi deliri ad evoluzione cronica.

Ecco un frammento di una lettera che Th... scriveva a un'amica. "Non può esserci sofferenza più orribile della mia... vorrei amare mia figlia, io l'ho amata, adorata, ed ora mi è impossibile, non oso neppure dirlo, io la odio. Oh! non mi disprezzo per questo, mi rendo conto che non sono i sentimenti di una madre, io mi sforzo di respingerli, ma non ci riesco; quest'odio sembra aver radici nel mio cuore... una madre che non ama il figlio è un mostro. Povero piccolo essere, io vorrei amarti, e tu per me non sei che motivo di repulsione". Tutto questo era dovuto ad una lite tra Th... e il marito a proposito della suocera; il piccolo, venendo dal marito, era detestato per associazioni d'idee. Th..., riconciliata col marito, ritrova tutti i sentimenti materni. Va sottolineato che le isteriche detestano, tra i figli, soprattutto quelli che più assomigliano al padre; tuttavia non è un tratto di carattere delle isteriche, è un sintomo frequente per le condizioni di vita coniugale. Una donna con chi è più soggetta a litigare se non con il marito?

A volte, incidenti del genere determinano nelle malate idee di vendetta, più spesso sogni di persecuzione. L'abbiamo constatato in Berthe a più riprese, lo si veda ora in altre malate. Is... non riesce più a tollerare i bambini piccoli, afferma che di continuo la tormentano e li respinge con violenza; lascia la famiglia e cambia pure domicilio per non incontrare i bambini. È l'effetto di un sogno subconscio relativo al suo parto clandestino, come si può facilmente verificare quando è in sonnambulismo. Marcelle, durante le crisi, sogna soprattutto che i fratelli ce l'hanno con lei... "Mia madre non è mia madre, i miei fratelli non sono miei fratelli; mi hanno catturata per spogliarmi..., etc.". Maz... si lamenta in modo monotono che "tutti ce l'hanno con lei, tutti la disprezzano". Si tratta sempre di un piccolo incidente, che è stato il germe di un delirio. Molti autori hanno segnalato idee di persecuzione di questo tipo, episodiche, in alcune isteriche. Séglas descrive in particolare una malata la quale spiegava i dolori, dovuti ad iperestesie isteriche, con le persecuzioni di parroci e col veleno che le si dava.

Tuttavia in tutte queste malate, come abbiamo già notato, le idee di persecuzione non hanno affatto la coerenza e la coesione che si riscontrano nei veri deliri di persecuzione. Quando Marcelle nel sonnambulismo parla di queste idee, le sostiene con ostinazione, ma non riesce per nulla a giustificarle. Non inventa ragioni per spiegare quest'odio universale, e dice poco dopo, senza preoccuparsi della contraddizione, "che tutti in ospedale ce l'hanno con lei e che tutti sono molto buoni con lei", e sembra non comprendere il valore delle frasi. "Anche lei ce l'ha con me", mi dice. "Crede che voglia farle del male?". "No, so bene che non lo vuole". "Ha paura di me?". "Ma no, vengo pure da sola con lei e non mi succede niente". "Allora cosa significa: lei ce l'ha con me?". "Non lo so". Durante la crisi, tali idee non sono accompagnate né da orgoglio, come avviene nei deliri di persecuzione, né da umiltà come nei melanconici; Marcelle considera questo cattivo volere universale come un fatto contro cui non può niente, o comunque non collega l'idea all'insieme degli altri pensieri, la subisce come qualcosa d'estraneo, allo stesso modo del medium che non attribuisce a se stesso i vaneggiamenti della scrittura automatica.

Rapporti del delirio con gli altri sintomi isterici

I deliri che descriviamo hanno dato luogo a molte controversie, e la natura, l'interpretazione sono lontane dall'essere chiaramente definite. È certo un problema difficile, e la soluzione non dipende solo dagli studi sull'isteria, ma anche dalle altre teorie relative ai deliri in generale e all'alienazione. La classificazione delle malattie mentali è ancora così vaga, piena di numerose contraddizioni e di punti oscuri, che un'indecisione riguardo a deliri particolarmente complessi dovrebbe riuscire scusabile.

Come bisogna considerare questi deliri? Come un sintomo isterico o come una malattia del tutto differente aggiuntasi all'isteria? Indubbiamente il problema è delicato, ma è solo una pura questione di termini, e la soluzione necessariamente varierà a seconda del senso che ciascun autore darà alla parola isteria. Le malattie mentali sono sfortunatamente caratterizzate in modo così netto che non vi sarà alcuna esitazione sui loro limiti.

Alcuni autori hanno su questo punto un'opinione caratteristica e semplice, considerano l'isteria come una malattia a sintomi fisici, abbastanza distinta dalle malattie mentali, e di conseguenza incapace di produrre di per sé dei deliri. Così, quando sono costretti a constatare dei deliri negli isterici, li ricollegano ad un'altra malattia completamente differente che chiamano in modo abbastanza vago delirio dei degenerati. Ciò in Francia è stato soprattutto sostenuto nella interessante tesi di Colin ; pur riconoscendo l'importanza ed il valore delle osservazioni contenute in questo lavoro, pensiamo che sarebbe comunque possibile interpretarle altrimenti.

Per noi una malattia non è un'entità immutabile, facilmente riconoscibile, è invece una classificazione di sintomi che raggruppiamo per nostra comodità. L'isteria è semplicemente una sindrome, un insieme di fenomeni raggruppati in un'idea generale. Ora, questi fenomeni sono tutti o quasi tutti di ordine morale: sonnambulismi, attacchi, idee fisse, disturbi dell'attenzione, dimenticanze, insensibilità; e sono fenomeni psicologici. Non c'è una ragione decisiva *a priori* per non comprendere in questo schema i deliri che sono altri fenomeni mentali. Del resto, questi autori non applicano mai fino in fondo le loro dottrine, ammettono il delirio dell'accesso e anche l'anoressia che è al massimo grado un delirio di lunga durata. È dunque possibile considerare alcuni deliri come deliri isterici.

Ma è necessario spingersi all'estremo opposto e affermare che tutti i deliri che si presentano in malati che hanno o hanno avuto qualche stigmata devono essere considerati nel quadro dell'isteria? Una tale esagerazione comporterebbe notevoli inconvenienti: alcuni di questi deliri non si distinguono affatto da altri sopravvenuti in malati non isterici, bisogna forse ricollegare tutti questi innumerevoli fenomeni all'isteria? Significherebbe mettere confusione nell'analisi dei sintomi dell'isteria. Occorre fare una scelta fra questi sintomi e scegliere quelli che rientrano nella nostra concezione d'isteria.

Tale scelta è estremamente difficile, è un ideale che la scienza deve cercare di realizzare, ma che attualmente è lontano dall'essere sempre accessibile. Per realizzarlo, in un delirio bisognerebbe riconoscere due caratteri:

a) Il delirio è la conseguenza di un fenomeno nettamente isterico? Questo primo carattere è importante, e permette di eliminare i deliri febbrili e tossici o altri che possono sopravvenire negli isterici come in altri malati. Più volte abbiamo mostrato che il delirio in certi malati non era che l'esagerazione di un sintomo precedente. Ma questo carattere non è sufficiente, a nostro avviso, un sintomo isterico può, esagerandosi, trasformarsi completamente.

b) Bisognerebbe rilevare, anche nel delirio, i caratteri dello stato mentale isterico, lo sdoppiamento della mente, l'alternanza degli stati di coscienza, la formazione di fenomeni realmente subconsci. In qualche caso tale carattere si manifesterà con fenomeni analoghi all'attacco o con la persistenza delle stigmati. Ma ciò non è frequente, spesso le stigmati isteriche scompaiono durante gli stati deliranti, come pure negli stati di sonnambulismo e di ebbrezza; l'isteria, diceva Morel, diventa larvata. Si tratta, come abbiamo mostrato, di sintomi delicati e mobili che scompaiono non appena la mente è turbata. Così la constatazione che richiediamo è nella maggior parte dei casi estremamente difficile, e tuttavia qualche volta possibile. Molte delle malate che abbiamo descritto continuano ad entrare in sonnambulismo e presentano la scrittura automatica anche durante il delirio, e così si possono conoscere le idee, i ricordi ignorati dalle pazienti: idee e ricordi che provocano e mantengono il delirio.

Quando i sintomi isterici si esagerano ancora, e producono la confusione mentale di Deni... , la mania di Par. ..., o in qualche caso il delirio sistematizzato, si tratta ancora di isteria? Io non ne sono più convinto. Nello sdoppiamento della coscienza degli isterici vi è una certa regolarità, un equilibrio dei fenomeni psicologici, un certo ordine nel disordine. Questo stesso ordine sembra scomparire, le ultime percezioni si spengono, il sogno esiste quasi da solo, le idee fisse hanno invaso la mente. Perché non dire che l'isteria grave s'è trasformata in un'altra malattia mentale? La confusione mentale cronica, la paranoia secondaria si possono sviluppare negli isterici, e richiedono uno studio psicologico nuovo, non appartengono più alla descrizione dello stato mentale degli isterici.

(da *L'état mental des hystériques*, 1892, 2a ed., 1911: cap. V, pp. 387-410).