

## ALBERT MAIRET e EDMOND SALAGER

*Alla scuola di Montpellier sono legati gli ultimi destini della "follia isterica" in campo psichiatrico.*

*Mairet e Salager nella loro monografia fanno il punto sull'isteria e sulla "follia isterica" nel momento d'avvio del suo inesorabile declino.*

*Albert Mairet, clinico nella Facoltà di Montpellier è noto per due importanti studi di psichiatria biologicamente fondata (De la démence mélancolique, 1883; De la paralysie générale, 1898) e per alcuni contributi di psichiatria forense (La simulation de la folie, 1908; Les invalides moraux, 1910; La responsabilité, 1910)*

*Quanto a Edmond-Joseph Salager, nasce a Mèze (Hérault) il 14 novembre 1874, ed è anche attivo a Montpellier; vi studia medicina e ottiene il dottorato nel 1899, e quindi la menzione in filosofia. Nominato nel 1903 chef de clinique di malattie mentali agli ospedali, nel 1907 diviene medico aggiunto all'Asilo degli Alienati. Ritenuto idoneo per l'aggregazione alla Facoltà di Medicina, è nominato nel 1910 preparatore di Medicina Legale e incaricato di conferenze per il corso di studi penali presso la Facoltà di Diritto. Dal gennaio 1911 dirige il laboratorio di psicologia sperimentale. Occupato nel servizio di Sanità sul fronte di guerra, cade il 28 settembre 1916.*

*Mairet e Salager distinguono sette gruppi di manifestazioni mentali dell'isteria e ne precisano le caratteristiche differenziali, definendole in relazione alla presenza o meno delle crisi convulsive e in ordine ai livelli di turbamento psichico. Il primo è costituito dal "delirio isterico legato ad attacchi convulsivi"; il secondo dal "delirio equivalente", cioè equivalente della crisi; il terzo comporta un delirio equivalente presente con crisi ravvicinate e brevi spazi di remissione; il quarto è caratterizzato da un delirio isterico prolungato; il quinto da un delirio isterico con amnesia; il sesto è rappresentato da una combinazione del delirio isterico e del delirio "vesanico", la cosiddetta folie hystérovésanique; il settimo da sintomi isterici nel quadro di una alienazione mentale conclamata. Sarebbero il secondo, il terzo e il quarto gruppo a costituire propriamente la follia isterica.*

*Il registro degli autori di Montpellier è quello descrittivo della psicopatologia asilare, e la loro trattazione ignora le posizioni della psicoanalisi a questa data ormai determinanti nel dibattito sull'isteria.*

*È il momento in cui la psichiatria è impegnata nella definire il campo delle "schizofrenie" (Bleuler, 1911) mentre la neurologia va individuando le proprie competenze e figure specifiche (Babinski, 1901 e 1907). Come è noto, molti di tali percorsi si compiono attraverso uno smembramento dell'area dell'isteria.*

*Nel 1907, al congresso di Ginevra, Schnyder e Claude in due "abbondanti" e "conservatrici" relazioni hanno già dichiarato inattendibile il quadro della "follia isterica"; e nel 1908, il belga Laruelle, che pure sosteneva l'esistenza di quadri deliranti a carattere crepuscolare, con prognosi favorevole, rinnega ogni sua precedente tesi e ritiene non definibile un quadro specifico di "follia isterica".*

*Solo in una occasione, nel 1925, la "follia isterica" viene riproposta, da Wilhelm Reich, quale entità clinica specifica. Poi bisogna attendere la riscoperta degli anni sessanta.*

## *Il delirio "equivalente" di Séraphine*

In alcuni pazienti gli attacchi dominano il delirio, in altri il delirio può emanciparsi dagli attacchi (*delirio equivalente*).

Al riguardo, due ordini di fatti meritano di essere analizzati separatamente. Primo: nella stessa malata occorrono crisi deliranti legate, come nel primo gruppo, agli attacchi, e altre crisi deliranti indipendenti, e tuttavia di natura isterica. Secondo: non vi sono più attacchi convulsivi, le crisi isteriche si traducono in forma di delirio.

Ecco un'osservazione personale, relativa al secondo gruppo.

Caso V - Nel dicembre 1904, entra all'asilo Séraphine, 31 anni, impiegata ai telefoni.

All'esame, è calma e non lascia trasparire che un certo grado di emotività, soprattutto paura, e una vivacità nelle risposte e nelle espressioni che pare indicare un residuo di ipereccitazione.

Seguita nella vita giornaliera, si mostra calma, ragionevole e lavora regolarmente. Questo per dieci giorni. Poi, per influenza di una causa banale, diviene inquieta, irritabile, di cattivo umore. L'indomani tutto è scomparso e per 15 giorni Séraphine si mostra ragionevole. Nella notte tra il 15° e il 16° dorme poco, e il mattino, al risveglio, è ipereccitata, non riesce a stare ferma, parla con animazione, è allegra. L'agitazione maniacale presto si accentua; Séraphine si mette a cantare cantici, romanze, passa d'improvviso da una sala all'altra, si sofferma per fissare alcune persone, continuando a cantare. Messa nel bagno alle 9 del mattino, l'agitazione diventa ancor più intensa, salta da una vasca all'altra, si aggrappa alle malate che sono nel bagno, grida e canta e bisogna tenerla a forza nell'acqua. Vuole annegarsi, chiama il padre, piange ripetendo di essere sfortunata, rifiuta di mangiare; poi, bruscamente, l'agitazione scompare e fa luogo alla depressione.

Rimane così fino alle 5 della sera. A quell'ora è ripresa da una nuova crisi di agitazione, lancia grida spaventose, chiama il padre, si rotola nel letto in cui è stata portata, si scopre e ripete: "Sono perduta, aiutatemi. Io sono molto malata, sono morta".

La grande agitazione dura circa un quarto d'ora, poi Séraphine si calma poco a poco e appare alquanto prostrata. Di tanto in tanto chiama il padre e non risponde alle domande che le si fanno. Alle 8 e mezza accusa un dolore acuto all'epigastrio, dolore che si irradia all'addome. Alle 9 vomita muco misto a sangue, e anche sangue puro, mezzo bicchiere circa. In tre riprese, a intervalli ravvicinati, vomita eguale quantità di sangue. È sangue puro, rutilante, senza coaguli. Nel corso della notte, ha per tre volte simili vomiti ed emette circa un litro e mezzo di sangue. La mattina, pur conservando uno stato generale buono, Séraphine è un po' pallida, il polso è rapido, accusa un dolore persistente allo stomaco e un nuovo dolore in regione lombare. Nella giornata, ha parecchi rigurgiti di sangue nerastro per metà digerito. Durante la notte dorme bene, e il mattino si lamenta solo di un dolore sordo allo stomaco. Il polso è pieno, ritmico con frequenza di 70 battiti; nulla da rilevare all'auscultazione dei polmoni e del cuore. Non ha più emissioni di sangue. Più tardi, alla visita, il viso è congesto, il polso rapido (140) ma ben palpabile rivela uno stato d'eretismo circolatorio. La sera la malata ha una sensazione di benessere. Il polso batte a 90 ed è pieno. Nella notte, è tranquilla. L'indomani Séraphine sta bene, il polso è 96, la temperatura 37°,2 e una lavanda libera l'intestino senza che si noti del sangue. L'auscultazione non rivela alcun suono anormale; la sera la temperatura rimane 37°,3 e il polso, ben palpabile, 85. Il giorno seguente si continua con bevande ghiacciate per paura della ripresa di vomiti di sangue, ma temperatura e polso sono regolari e tutto rientra nella norma.

Al presentarsi dei vomiti, il delirio è scomparso, da allora non è riapparso.

"È la prima volta che Séraphine ha simili vomiti di sangue, ma non è la prima volta che presenta crisi di agitazione. Racconta d'averne vissute altre due, prima della crisi che ha reso necessaria l'ammissione all'Asilo. Le crisi iniziavano bruscamente e si traducevano in agitazione intensa della durata di tre o quattro giorni; scomparivano con la stessa velocità con cui si erano presentate. Durante le crisi, aveva coscienza del suo stato, le riusciva d'osservare che in certi momenti poteva pungersi con una spilla senza sentir nulla, mentre altre volte la puntura le faceva male. In quei momenti, ricorda, aveva soprattutto paura e una gran collera contro il padre che pure ama. Lo picchiava, e per fargli pena, minacciava di suicidarsi. L'agitazione

ritornava ad accessi che sovente terminavano in pianti. Durante gli accessi, specie all'inizio, vedeva come delle immagini passarle davanti agli occhi, mentre, altre volte, l'immagine era più fissa e rappresentava la Vergine. Si rendeva tuttavia conto che si trattava di malattia. "Io non ero *ingannata*, dice, ma ero *presa*". A volte gli accessi consistevano in angoscia con oppressione, o in irrigidimenti per qualche istante, e il tutto terminava in un diluvio di lacrime.

Le notizie piuttosto incomplete che abbiamo potuto raccogliere indicano che Séraphine ha avuto un normale sviluppo, intellettuale e morale. Non avrebbe mai avuto crisi isteriche eccetto una, forse, all'inizio del primo accesso di delirio. Una zia materna è ricoverata all'Asilo di Lione.

Così ci si è presentata Séraphine, delirante più che alienata. Ed è questo che mettiamo in evidenza nel certificato di dimissione. Ma, a cosa attribuire questo delirio? Benché Séraphine non abbia avuto alcuna crisi convulsiva, salvo una, forse, all'inizio del primo accesso di delirio, e benché non presenti stigmate di isteria, tranne un punto di iperestesia alla spalla sinistra, tuttavia si è fortemente spinti verso l'idea che si abbia a che fare, in questo caso, con un delirio isterico. A questa diagnosi orientano: la rapidità di comparsa e scomparsa delle crisi deliranti; lo stato di coscienza della malata; le crisi di angoscia con oppressione e irrigidimenti che si risolvono in un diluvio di lacrime; le allucinazioni della vista e, infine, i vomiti di sangue che non si spiegano con alcuna lesione organica e si determinano senza causa nota, senza modificare lo stato generale e scompaiono rapidamente senza lasciar traccia...

Solo l'isteria può spiegare simili vomiti di sangue. In questa nevrosi, tra l'altro, è abituale.

Il delirio, che Séraphine ci ha presentato, è dunque un delirio isterico che ritorna ad accessi, accessi composti da crisi deliranti sotto forma di agitazione maniacale che lascia luogo alla depressione per ricomparire subito dopo.

(da *La folie hystérique*, 1910: pp. 60-68).