Manuale di semejotica delle malattie mentali : guida alla diagnosi della pazzia per i medici, i medico-legisti e gli [...]

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque H. Ey. C.H. de Sainte-Anne

{BnF

gallica
BIBLIOTHÈQUE
NUMÉRIQUE

Morselli, Enrico. Manuale di semejotica delle malattie mentali : guida alla diagnosi della pazzia per i medici, i medico-legisti e gli studenti / Dott. Enrico Morselli,.... 1885.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF.Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :
 *La réutilisation non commerciale de ces contenus est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source.
 *La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service.

Cliquer ici pour accéder aux tarifs et à la licence

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

 *des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.
 *des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter reutilisation@bnf.fr.

Morselli E.

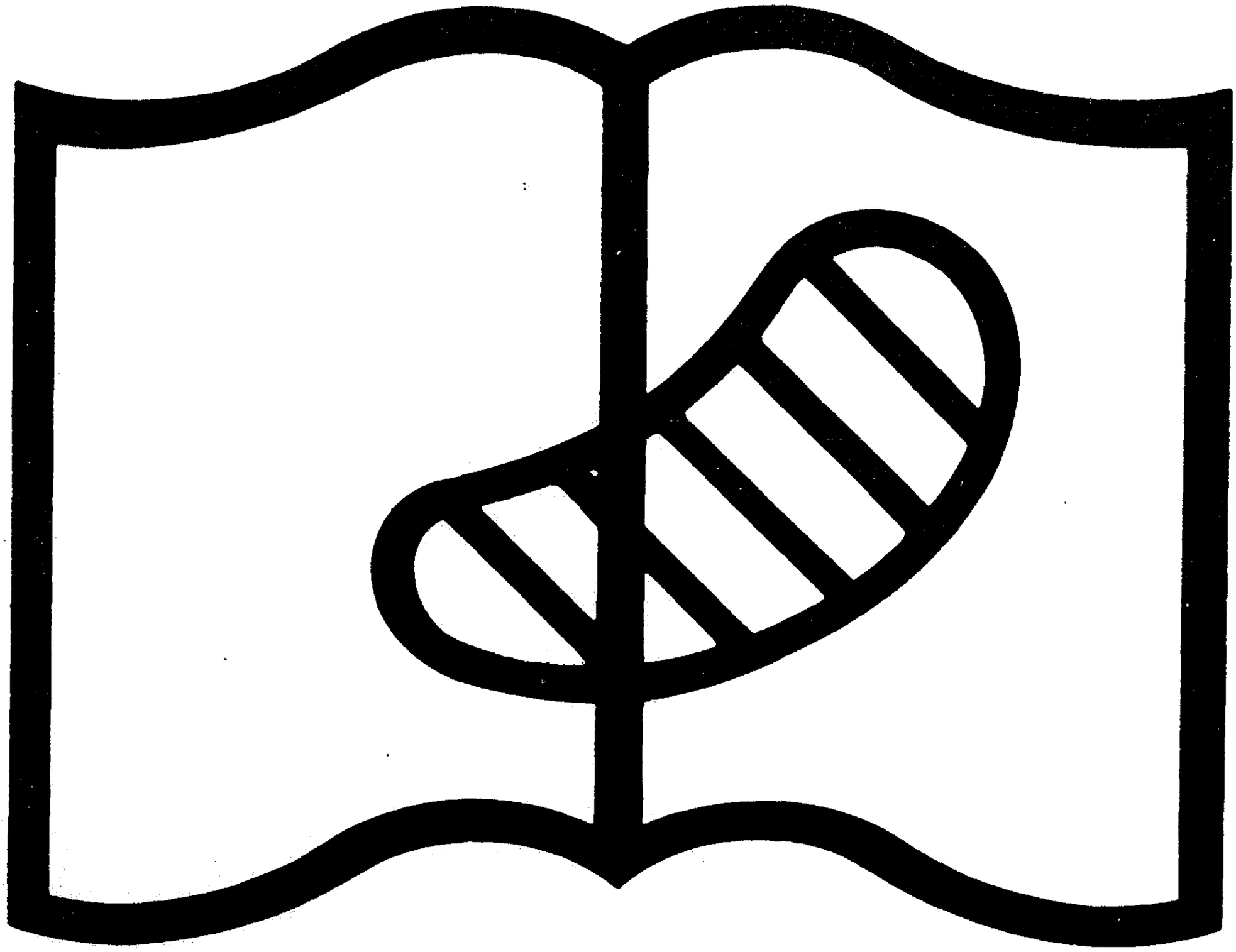
Manuale di semejotica delle malattie mentali.

Tome 2

F. Vallardi

Milano 1885

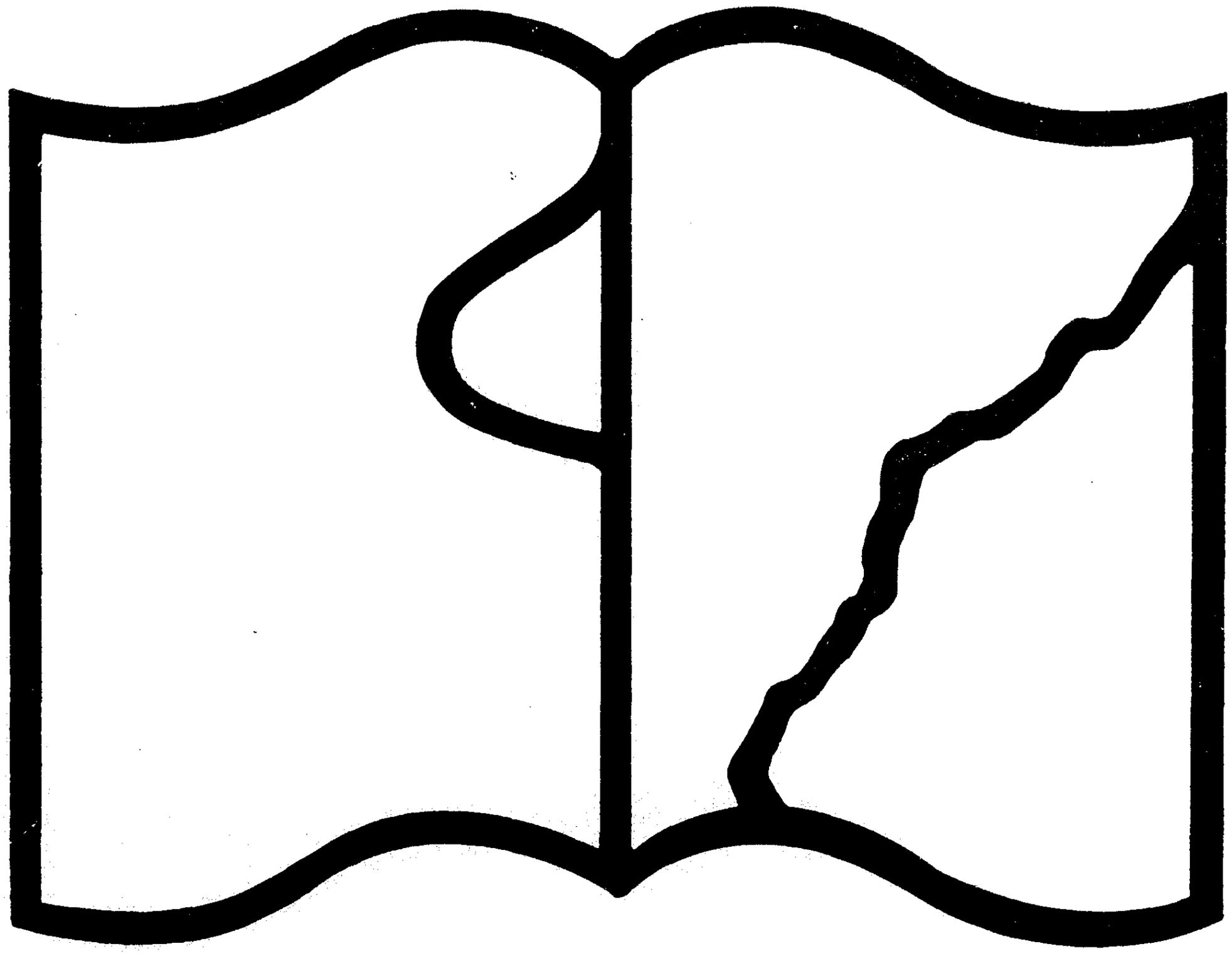
Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque H. Ey. C.H. de Sainte-Anne



Symbole applicable
pour tout, ou partie
des documents microfilmés

Original illisible

NF Z 43-120-10



Symbole applicable
pour tout, ou partie
des documents microfilmés

Texte détérioré — reliure défectueuse

NF Z 43-120-11

8.751

501.20
II



All'M.r le Dr [redacted]
hommage et souvenir
affectueux de
A. Morselli.
26. I. 1896.

MANUALE DI SEMEJOTICA

DELLE

MALATTIE MENTALI

PARIS * CENTRE PSYCHIATRIQUE * SAINTE-ANNE
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

DOTT. ENRICO MORSELLI

Professore ord. di Clinica delle malattie mentali
e Direttore dell'Istituto psichiatrico nella R. Università di Genova,
già Medico-direttore dei Manicomii di Macerata e Torino.

MANUALE DI SEMEJOTICA

DELLE

MALATTIE MENTALI

GUIDA

ALLA DIAGNOSI DELLA PAZZIA

PER

i medici, i medici-legisti e gli studenti

VOLUME SECONDO

Esame psicologico degli alienati

(Con 77 illustraz. e XIII tavole fisionomiche)

CASA EDITRICE

DOTTOR FRANCESCO VALLARDI

Corso Magenta, 48. — **MILANO** — Corso Magenta, 48.

NAPOLI	ROMA	TORINO	GENOVA
S. Anna de' Lomb., 36.	Belsiana, 60.	Carlo Alberto, 5.	Piazza Fontane Marose.

PADOVA	BOLOGNA	PISA	FIRENZE	PALERMO
S. Fermo, 1261.	Rizzoli, 3.	Lung'Arno, 20.	Alfani, 41.	Corso V. Em. 902

CATANIA — BARI — PAVIA

Proprietà letteraria

Stabilimento della Casa Editrice Dottor FRANCESCO VALLARDI
Milano, Corso Magenta, 48.

BIBLIOTHÈQUE BELGRADE

AGLI

STUDENTI IN MEDICINA

DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA.

Ai Vostri compagni della R. Università di Torino, che ebbi durante nove anni per discepoli assidui ed affezionati, dedicai il primo volume di questa opera. È giusto che a Voi, non meno a me carissimi nè meno verso di me benevoli da circa un quinquennio, sia dedicato il secondo.

Io scrissi con l'intento precipuo di giovare alla istruzione pratica ed alla coltura dei giovani. Possa il libro esservi veramente utile, e svegliare anche in Voi un sentimento di simpatia per quella Patologia mentale, i cui progressi son forse il vanto maggiore della odierna Medicina Italiana.

Genova, 1 ottobre 1894.

ENRICO MORSELLI.

PREFAZIONE AL II VOLUME

Questo secondo volume del *Manuale di Semejotica delle malattie mentali* viene a completare l'opera alla distanza di quasi dieci anni dal primo. Un sì lungo ritardo ha nociuto, senza dubbio, all'economia generale del libro ed anche, un po', alla sua fortuna, ma le ragioni, che lo causarono, furono per lungo tempo tali da vincere ogni mio sforzo di volontà diretto a finir l'opera più presto. Accenno di sfuggita alle ragioni di indole strettamente personale, e cioè ad una divergenza d'opinione fra Autore ed Editore circa i mutui loro rapporti, alle vicende alquanto fortunose della mia carriera di alienista e di professore dal 1885 al 1892, e all'impegno da me assunto di pubblicare nel frattempo altra opera voluminosa e laboriosa qual'è la mia *Antropologia generale*. Mi preme invece fermare l'attenzione degli studiosi su di una ragione del tutto impersonale, che mi ha tenuto a lungo sugli indugi, rendendomi lo scrivere assai più difficile e lento di quanto io prevedessi nell'accingermivi. Alludo allo stato di transizione, in cui versa da più anni la Psichiatria.

La Psichiatria ha progredito, senza dubbio, notevolmente negli ultimi trenta o quarant'anni, e ai suoi progressi hanno larghissimamente contribuito gli Italiani. Non pertanto, rispetto ai fenomeni ed agli stati morbosi della mente essa non ha potuto ancora valersi, nel modo come si sperava, dei nuovi dati anatomici e fisiologici sul sistema nervoso; inoltre, la terminologia psicopatologica, attinta in massima parte dal vecchio glossario delle scuole filosofiche, è spesso in opposizione coi concetti scientifici odierni, cui pur dovrebbe servire; da ultimo, per quanto nel campo psichico, come nell'organico, la patologia si colleghi indissolubilmente alla fisiologia, non sempre è chiara la relazione fra il sintomo vesanico e la funzione normale della mente, di cui esso dovrebbe costituire la modificazione morbosa.

Certo, una riforma della Psichiatria, nella via già aperta dalle recenti conquiste dell'anatomia e fisiologia cerebrale, è necessaria ed inevitabile; ma nè io mi sentivo in forza di compierla, nè, per dir vero, me la potevo proporre scrivendo un *Manuale di Semejotica.* L'ho bensì attesa da altri durante tutti questi anni, tanto pareva e pare imminente; ma la riforma non è venuta, e il mio secondo volume, che alla fine doveva uscire alla luce, rispecchia non solo le incertezze dell'animo del suo autore, ma anche le condizioni transitorie della materia scientifica, che intende trattare.

Niuno è, più di me, convinto che il mio lavoro è imperfetto nel contenuto, e presenta molti vizii di struttura. Gli alienisti non vi troveranno grandi novità: i medici pratici e gli studenti, pei quali pro-

priamente fu scritto, ve ne potranno, forse, incontrare anche troppe. Vi sono capi e paragrafi che, facili e piani in apparenza, mi costarono nondimeno sforzi mentali affannosi e riflessioni esaurienti: non è improbabile che saranno invece quelli, su cui specialmente s'eserciterà la critica. Là dove mi è parso utile alla migliore intelligenza dei dati clinici, ho inserito nozioni di fisiopsicologia e di sociologia: taluno le dirà digressioni poco meno che inutili, ad ogni modo eccessive per numero e lunghezza. Ho voluto compilare un'opera di *semejotica*, non di *sintomatologia*, e ho persistito nel mio intento lottando con imprevedibili difficoltà: chi non ha idea di queste, perchè non le ha provate, non solo cercherà forse nel libro ciò che non volevo nè dovevo mettervi, ma mi potrà anche accusare di avere dato a questo secondo volume una mole inadeguata allo scopo, e di non aver saputo mantenere la debita proporzione fra le sue parti.

Potrei addurre a mia discolpa che la letteratura psichiatrica, sebbene ricchissima, non mi offriva alcun modello da imitare; ma non mi lusingo che le imperfezioni del libro, pur da me per primo riconosciute e confessate, mi saranno perdonate da tutti i lettori. I critici più acerbi e incontentabili sono generalmente quelli cui l'autore stesso si prende la cura di aprire gli occhi, e che, adagiandosi con la loro facile fantasia sugli schemi più corretti e simmetrici di trattazione scolastica, non osano mettersi poi su strade fino allora intentate, ben sapendo che vi rivelerebbero soltanto la propria inettitudine ed impotenza.

Ma non terminerò senza parlare, invece, degli incoraggiamenti ed ajuti, che mi sono giunti da più parti affinchè io terminassi l'opera. Ringrazio in particolar modo i colleghi prof. Tamburini di Reggio, Prof. Tebaldi di Padova, Prof. Funajoli di Siena, Prof. Tanzi di Palermo, Dr. Virgilio di Aversa, Dr. Frigerio di Alessandria, Dr. Brajon di Venezia, Dr. Angelucci di Macerata, e Dr. Cap. Cognetti della R. Marina, perchè mi hanno favorito utili e preziosi documenti clinici, fotografie, ritratti, scritti, oggetti artistici e disegni di pazzi, dei quali ho largamente, come essi vedranno, approfittato.

Ringrazio poi i moltissimi che durante gli ultimi anni mi hanno detto o scritto che il completamento dell'opera era aspettato da quanti avevano trovato utile il primo Volume. Mi auguro che la loro cortese espettativa non resti troppo ingannata.

Genova, 1894.

Prof. E. MORSELLI.

BIBLIOTHÈQUE
BEOGRAD

INDICE DEL SECONDO VOLUME

DEDICA . . . . . *Pag.* V
PREFAZIONE AL SECONDO VOLUME . . . . . » VII

CAPITOLO QUARTO.

Elemento obbjettivo-psichico per la diagnosi della pazzia.

(Esame psicologico).

SEZIONE I.

Introduzione all'esame psicologico degli alienati.

ARTICOLO I. — **Importanza e superiorità clinica dell'esame psicologico** . . . . . » 1
§ 61. La Psichiatria in rapporto con la Neuropatologia e con la Psicologia normale. . . . . » ivi
§ 62. I fenomeni psicopatologici in relazione coi caratteri somatici e antropologici dell'alienato . . . » 9
§ 63. I fenomeni psicopatologici in relazione coi disturbi delle funzioni organiche e nervose comuni . » 16

ARTICOLO II. — **Concetti fondamentali per l'esame delle funzioni psichiche** . . . . . » 22
§ 64. La pazzia e il concetto odierno della personalità umana . . . . . » ivi
§ 65. La pazzia e l'unità sintetica o personale dell'organismo . . . . . » 32
§ 66. La pazzia e le variazioni evolutive e normali della personalità . . . . . » 38
§ 67. La pazzia e le varietà individuali della personalità. . . . . » 50
§ 68. La pazzia e la delimitazione degli stati anormali della personalità . . . . . » 59

Sezione II.

Metodi ejettivi dell'esame psichico.

Articolo I. — **Norme generali per l'esame psicologico degli alienati.** . . . . . *Pag.* 70
§ 69. I metodi dell'indagine psicologica nella semejotica delle malattie mentali . . . . . » ivi
A) Metodo subbjettivo . . . . . » 75
B) Metodo obbjettivo . . . . . » 79
1. Osservazione semplice in psicologia . . . . » 80
2. Esperimentazione in psicologia . . . . . » 83
§ 70. Regole direttive pratiche per l'esame psicopatologico . . . . . » 88

Articolo II. — **Operazioni investigatorie per l'esame psicologico degli alienati** . . . . . » 94
§ 71. Le cinque operazioni metodiche della semejotica psichiatrica. . . . . » ivi
A) La ispezione . . . . . » 95
B) L'interrogatorio . . . . . » 100
C) La prova materiale. . . . . » 107
D) La prova sperimentale . . . . . » 109
E) La inchiesta testimoniale. . . . . » 111
§ 72. Valore comparativo e durata dei procedimenti d'esame psichico . . . . . » 113
§ 73. Necessità di trattare la semejotica psichiatrica secondo l'ordine empirico dell'esame. . . . . » 122

Sezione III.

Dati ejettivi dell'esame psichico.

(*Semiotica sintetica*).

Articolo I. — **Gli stati psichici e la loro espressione** » 125
§ 74. L'espressione degli stati psichici . . . . . » ivi
§ 75. Gli elementi costitutivi della espressione nelle malattie mentali . . . . . » 143
A) Mortologia ed espressione . . . . . » 146
B) Anatomia ed espressione . . . . . » 148
C) Fisiologia della espressione . . . . . » 149
D) Psicologia della espressione . . . . . » 161
E) Antropologia ed espressione. . . . . » 164
§ 76. Forme assunte dall'espressione degli stati psicopatici . . . . . » 166

ARTICOLO II. — **L'aspetto esterno dell'alienato** . . *Pag.* 168
I. *Esteriorità caratteristiche* . . . . . » ivi
§ 77. Dissimiglianza generica dell' alienato per riguardo ai sani di mente . . . . . » ivi
§ 78. Vestito e abbigliamento . . . . . » 178
§ 79. Particolarità circostanti (residenza, ecc.). . . » 188
II. *Portamento* . . . . . » 193
§ 80. Contegno dell'alienato . . . . . » ivi
A) Tipo normale. . . . . » 194
B) Tipo iperattivo . . . . . » 196
C) Tipo passivo . . . . . » 200
D) Tipo inespressivo . . . . . » 203
E) Tipo statico . . . . . » 206
§ 81. Atteggiamenti generali del corpo . . . . . » 210
A) Atteggiamenti di stazione (« Distasie ») . . . » 211
1. Stazione eretta. . . . . » 213
2. Posizioni di riposo . . . . . » 217
B) Atteggiamenti di locomozione (« Disbasie ») . . » 223
III. *Fisonomia e mimica emotiva* . . . . . » 229
§ 82. Principii e metodi per l'esame della fisonomia e mimica emotiva . . . . . » ivi
§ 83. Esame generale della fisonomia e mimica dell'alienato (« Dismimie ») . . . . . » 247
A) Ipermimia, ipomimia ed amimia . . . . . » ivi
B) Dismimie sentimentali ed emotive. . . . . » 252
1. Espressioni mimiche permanenti . . . . . » ivi
2. Espressioni mimiche labili. . . . . » 258
C) Dismimie intellettive . . . . . » 261
D) Paramimie. . . . . » 264
§ 84. Esame particolare della fisonomia . . . . . » 267
1. La zona mimica facciale superiore . . . . . » 271
2. La zona mimica facciale inferiore . . . . . » 274

ARTICOLO III. — **Il linguaggio dell'alienato** . . . . » 275
I. *Generalità e forme elementari del linguaggio* . . » ivi
§ 85. Valore semejotico del linguaggio negli stati psicopatici . . . . . » ivi
§ 86. Esame del linguaggio mimico . . . . . » 282
A) La gesticolazione e gli organi mimici . . . . » 286
B) Dissemie (ipersemia, asemia, parasemia) . . . » 290
§ 87. Esame del linguaggio fonico emotivo (« fonazione ») » 296
A) Disfonie (iperfonia, afonia, parafonia) . . . . » 298
B) Dismusie (amusia, paramusia) . . . . . » 306

II. *Linguaggio fonico articolato* (« *Loquela* ») . . *Pag.* 311
§ 88. La loquela ed il suo valore semiologico nelle psicopatie . . . . . » ivi
A) Filo- ed ontogenesi del linguaggio . . . . . » 312
B) Psicofisiologia del linguaggio e localizzazione cerebrale delle imagini. . . . . » 319
§ 89. Esame dei disturbi nella emissione e pronunzia della parola (« Dislalie ») . . . . . » 328
§ 90. Esame dei disturbi nell'articolazione della parola (« Disartrie ») . . . . . » 336
§ 91. Esame dei disturbi nel meccanismo formale del linguaggio interno (« Disfasie »). . . . . » 347
A) Disfasie amnestiche (« afasie »). . . . . » 353
1. Nosografia generale delle afasie. . . . . » 354
2. Le afasie associate alla pazzia . . . . . » 359
B) Disfasie ipermnestiche (« iperfasie ») . . . . . » 364
1. Allucinazioni verbali . . . . . » 371
α. Allucinazioni verbali acustiche . . . . . » 372
β. Allucinazioni verbo-motorie . . . . . » 377
2. Impulsioni verbali . . . . . » 380
§ 92. Esame dei disturbi nella dizione (« Disfrasie ») » 384
A) Disfrasie formali. . . . . » 392
B) Disgrammatismi e asintattismi . . . . . » 402
C) Eloquio del pazzo . . . . . » 406
§ 93. Esame dei disturbi nel contenuto ideativo del linguaggio (« Dislogie ») . . . . . » 408
A) Statica intellettuale e linguaggio . . . . . » 413
B) Dinamica intellettuale e linguaggio . . . . . » 421
1. Disassimilazione o dissociazione generale delle idee (Incoerenza) . . . . . » 423
2. Disassimilazione o dissociazione parziale delle idee (Idee morbose) . . . . . » 426
α. Idee erronee predominanti (concetti deliranti) » 429
β. Idee fisse, incoercibili e coartanti . . . . » 438
C) Stati di credenza espressi nel linguaggio dei pazzi » 442
1. Idioglossia vesanica in genere (paralogismi dei singoli delirii) . . . . . » 448
2. Idioglossia di nuova creazione (neologismi). . » 463
§ 94. Esame dei disturbi psichici elementari mediante il linguaggio . . . . . » 471
A) Stati di lucidità, sublucidità, pseudolucidità e paralucidità di coscienza . . . . . » 474
B) Stati di oscurità, offuscamento, sospensione e perdita di coscienza . . . . . » 491

II. *Linguaggio grafico e raffigurativo* (« *Scrittura e Arti plastiche* »). . . . . *Pag.* 494
§ 95. Generalità sul linguaggio grafico e raffigurativo in rapporto con gli stati psichici . . . . . » ivi
§ 96. Esame dei disturbi nell' esecuzione materiale della scrittura (« Discinesiografie ») . . . . . » 507
A) L'atto dello scrivere nei pazzi. . . . . » 509
B) Il prodotto della scrittura nei pazzi . . . . . » 517
§ 97. Esame dei disturbi nel meccanismo interno della funzione scrittura (« Disendografie ») . . . . . » 524
A) Disendografie amnestiche (« dislessia e agrafia ») » 527
B) Disendografie ipermnestiche. . . . . » 533
§ 98. Esame dei disturbi nella compilazione e nel contenuto della scrittura (« Disgrammatografie » e « Dislogie grafiche ») . . . . . » 535
§ 99. Esame dei disturbi nel linguaggio raffigurativo (« Arti plastiche » dei pazzi). . . . . » 551

ARTICOLO IV. — **La condotta dell'alienato** . . . . . » 559
I. *Generalità sulla condotta negli stati psicopatici*. » ivi
§ 100. Valore semejotico della condotta nella diagnosi della pazzia . . . . . » ivi
§ 101. Criterii direttivi per l'esame della condotta nel pazzo . . . . . » 582
§ 102. I fattori morbosi e le alterazioni della condotta nell'alienato . . . . . » 593
II. *Condotta in rapporto con l'unità sistematica delle tendenze* (« Disprassie generali ») . . . . . » 598
§ 103. Esame della condotta in relazione coi disturbi dell'attività psicomotoria . . . . . » ivi
A) La iperprassia . . . . . » 603
B) La ipoprassia e l'aprassia . . . . . » 607
§ 104. Esame della condotta in relazione alle anomalie ed ai cangiamenti morbosi del carattere . . . . » 610
A) L'indole morale dell'alienato . . . . . » 612
B) La costituzione psichica dell'alienato. . . . . » 617
1. Anomalia originaria del carattere (« stimate della degenerazione ») . . . . . » 620
2. Morbosità del carattere. . . . . » 627
§ 105. Esame della condotta in relazione al predominio morboso di date tendenze (Impulsioni) . . . . . » 635
A) Endogenesi e incoercibilità degli impulsi . . . » 638
B) Impulsioni coscienti . . . . . » 645

III. *Condotta in rapporto con le singole tendenze* (« Dissprassie in particolare »). . . . . *Pag.* 648
§ 106. Esame della condotta in rapporto alla conservazione dell'individuo organico . . . . . » ivi
A) Disturbi dell'istinto di nutrizione . . . . . » 649
B) Disturbi dell'istinto di integrità personale . . . » 656
1. Pantofobia, patofobia, ecc. . . . . » 657
2. Autotomia, impulso al suicidio . . . . . » 659
C) Disturbi dell'istinto di attività funzionale . . . » 665
§ 107. Esame della condotta in rapporto alla riproduzione della specie . . . . . » 666
1. Eterocronia paradossa sessuale . . . . . » 668
2. Anestesia ed anafrodisia sessuale . . . . . » 670
3. Iperestesia sessuale . . . . . » 673
4. Paraestesia sessuale (perversimenti dell'istinto genesico) . . . . . » 676
5. Omoestesia sessuale (« uranismo ») . . . . » 681
§ 108. Esame della condotta in rapporto alla conservazione materiale dell'individuo nell'aggregato sociale . . . . . » 683
§ 109. Esame della condotta concernente le relazioni affettive dell'individuo con l'aggregato sociale . . » 690
A) Relazioni domestiche . . . . . » ivi
B) Relazioni sociali . . . . . » 697
1. Norme cerimoniali di convivenza . . . . . » ivi
2. Sentimenti altruistici . . . . . » 700
α. Sentimento di simpatia e benevolenza . . . » ivi
β. Sentimento di pietà (impulso all'omicidio) . » 703
γ. Sentimento di giustizia (impulso al furto). . » 707
δ. Sentimento di solidarietà . . . . . » 711
§ 110. Esame della condotta in rapporto ai sentimenti religioso ed estetico. . . . . » 713

CAPITOLO QUINTO.

I disturbi elementari della psiche

(*Semiotica analitica*).

ARTICOLO I. — **Generalità sull'analisi della mente.** . » 719
§ 111. Analisi delle funzioni psichiche nello stato normale e patologico . . . . . » ivi
§ 112. Classificazione dei disturbi psichici elementari. » 726

ARTICOLO II. — **I disturbi generali di coscienza** (« Dissinesie »). . . . . *Pag.* 733
§ 113. Esame dello stato generale di coscienza . . . » ivi
A) Intensità della coscienza. . . . . » ivi
1. Potere di attenzione . . . . . » 734
2. Esame psicometrico degli alienati . . . . . » 737
B) Chiarezza della coscienza. . . . . » 753
C) Estensione (« area o campo ») della coscienza . » 755
D) Integrazione degli stati psichici e coscienza . . » 758
E) Continuità unitaria della coscienza . . . . . » 762

ARTICOLO III. — **I disturbi dell'Intelletto, del Sentimento e della Volontà** (« Disnoesie », « Distimie », « Disbulie ») . . . . . » 765
§ 114. Esame della funzione cognitiva (« Intelletto ») . » ivi
A) Percezione. . . . . » ivi
1. Ricognizione . . . . . » 766
2. Illusioni . . . . . » 769
B) Memoria . . . . . » 771
1. Potere mnemonico di evocazione . . . . . » ivi
2. Potere mnemonico di ritenitiva. . . . . » 774
3. Semejotica delle dismnesie . . . . . » 777
C) Imaginazione . . . . . » 781
1. Ravvivamento delle imagini, e imagini consecutive e associate. . . . . » 782
2. Automatismo dei centri d'imagine nel sonno (Sogni). . . . . » 785
3. Automatismo dei centri d'imagine nella veglia (Allucinazioni) . . . . . » 786
D) Ideazione . . . . . » 791
1. Il concepire. . . . . » 793
2. Il giudicare. . . . . » 799
3. Il ragionare. . . . . » 803
§ 115. Esame della funzione affettiva (« Sentimento »). » 807
A) Tono generale del sentimento . . . . . » 809
B) Emotività . . . . . » 811
C) Esame analitico dei sentimenti. . . . . » 814
1. Emozioni istintive . . . . . » ivi
2. Emozioni rappresentative . . . . . » 817
§ 116. Esame della funzione conativa (« Volontà »). . » 820
A) Stato generale della volontà . . . . . » 821
B) Le volizioni . . . . . » 826
C) Il governo di sè stesso . . . . . » 839

APPENDICE.

I. Saggio di scritti di pazzi (cfr. § 98) . . . . . *Pag.* 833

II. Note bibliografiche sulla semejotica delle malattie mentali . . . . . » 847

III. Tavole fisionomiche (cfr. § 83-84) . . . . . » I-XIII

CAPITOLO QUARTO

ELEMENTO
OBBIETTIVO-PSICHICO

PER LA DIAGNOSI DELLA PAZZIA

[Esame psicologico]

SEZIONE I.

INTRODUZIONE ALL'ESAME PSICOLOGICO DEGLI ALIENATI.

ARTICOLO I.

Importanza e superiorità clinica dell'esame psicologico.

61. **La Psichiatria in rapporto con la Neuropatologia e con la Psicologia normale.** — Nell'accingerci all'esame delle funzioni psichiche dell'alienato, noi dobbiamo richiamare quanto fu detto in principio di quest'opera intorno alle condizioni presenti della Psichiatria e intorno ai suoi rapporti colle altre parti della Medicina (Vol. I, Cap. I). Volendo definire la nostra specialità, noi diremo che la Psichiatria è quella parte della Medicina, che studia le deviazioni della mente umana prodotte dalle anomalie e malattie del suo fondamento organico *(cervello)*, e che indica i mezzi per prevenirle e curarle. Essa è *scienza*, quando esamina la natura, le cause, lo sviluppo e le diverse forme dei disordini mentali: *arte*, quando si propone di attenuarne gli effetti nocivi per

l'individuo e per la società, e di ricondurre le funzioni psichiche anomale od alterate al loro stato normale.

Questa definizione ci permette di porre la Psichiatria in un posto assai onorifico della gerarchia delle mediche discipline: poichè, se i fenomeni mentali o psichici sono l'ultima e più complicata fase nella serie delle trasformazioni dell'Energia, e se la mente umana è la più alta manifestazione finora avveratasi negli organismi viventi, la psicologia normale diventa il capitolo supremo delle scienze biologiche: e anche la Psichiatria, che è la dottrina delle deviazioni mentali, si pone al culmine delle scienze patologiche, e quindi diventa la branca più elevata della Medicina teorico-pratica. Si può rispondere in questo modo a coloro che, pretendendo farsi giudici della gerarchia universitaria delle scienze, relegano arbitrariamente la Clinica delle malattie mentali fra gli insegnamenti complementari pressochè inutili, o spingono tutto al più la loro magnanimità fino a concederle l'indole d'una disciplina di « lusso ». Chi non si lascia guidare dai vieti pregiudizî sulla indole metafisica degli studî psicologici, e soprattutto chi non cerca i suoi criterii nel puro o materiale professionalismo, ammetterà che la Psichiatria è come il fastigio della istruzione medica ed è uno dei mezzi più adatti per svolgere negli studenti e nei medici pratici un'alta cultura intellettuale. È innegabile che lo studio dei fenomeni psichici nello stato normale e l'esame di essi nello stato morboso richiedono un certo sforzo mentale, da cui naturalmente ripugnano le intelligenze mediocri, quelle specialmente per le quali la Medicina è soltanto « l'arte salutare » nello stretto senso della parola, e l'insegnamento medico universitario « un avviamento professionale » reso alquanto più nobile del volgare empirismo per virtù di un diploma ufficiale di laurea.

Il fatto o fenomeno psichico è, dunque, l'elemento specifico della Psichiatria, quello che essa deve prendere di mira prima di ogni altra manifestazione clinica dello stato morboso. Questo è per l'appunto ciò che la contraddistingue da tutte le branche

consorelle della Medicina, e particolarmente dalla Neuropatologia, colla quale alcuni vorrebbero fonderla. Certo, se si considera che le deviazioni mentali sono causate dalle anomalie e dalle lesioni dei centri nervosi produttori delle attività psichiche, una linea di separazione fra Neuropatologia e Psichiatria non può essere nettamente stabilita; ma, ciò malgrado, noi sosteniamo che sebbene questa abbia con quella un campo comune di studio ed una strettissima affinità, e sebbene l'una sia sussidio e complemento indispensabile dell'altra, deve la Psichiatria conservare la sua indipendenza, e quindi la sua individualità scientifica.

Nessuna branca della scienza è circoscritta, e da ciascuna di esse si passa alle contermine per una gradazione insensibile, per una specie d'intreccio spesso inestricabile.

La indeterminatezza del campo psichiatrico per riguardo al neurologico, ed anche al medico in genere, è provata dai numerosi ed intimi rapporti che le malattie mentali hanno con le malattie nervose, e perfino con le malattie comuni, più specialmente dal punto di vista della patogenesi. Il carattere delle funzioni psichiche, che non risiedono in parti o zone precise dei centri nervosi, e d'altra parte la natura chiaramente organica della pazzia, fanno sì che alcune forme di malattie mentali si complicano con disturbi della comune innervazione, cioè della *sensibilità* (anestesie, iperestesie, parestesie), della *motilità* (paralisi, crampi, tremiti, spasmi), del *trofismo* (aplasie, paraplasie), di più, come vedemmo nel volume I.°, con disturbi delle *funzioni organiche* (nutrizione, termogenesi, ecc). D'altra parte, per ragioni di contiguità anatomica e di solidarietà fisiologica, un gran numero di affezioni del sistema nervoso e di malattie comuni sono accompagnate da disordini mentali; e questi presentano allora caratteri abbastanza analoghi a quelli provocati dal processo morboso tipico della pazzia. Donde consegue che non esiste una linea netta e decisa fra neurosi e psicosi, fra neuropatie e psicopatie.

Guardando all'insieme di tutti gli stati psicopatici, si trova che attorno al gruppo dei veri pazzi, degli *alienati* propriamente detti, esistono molte zone concentriche e indeterminate che passano l'una nell'altra per gradazioni indecise. Per esempio, la prima può essere formata dagli *stati intermedî fra la pazzia e la ragione* (eccentricità, tempra o costituzione psicopatica, temperamento pazzesco); la seconda, dai gradi innumerevoli di *deficiente sviluppo mentale* (imbecillità, delinquenza congenita, fatuità); la terza, dalle *neurosi generali diffuse* con iperestesia e ipercinesia, nelle quali le forme psicopatiche stanno tanto spesso come equivalenti delle forme convulsive (epilessia, isterismo, corea, neurastenia); la quarta, dalle *neuropatie localizzate e « a focolaio »*, dove lo stato psichico può offrire una grande varietà di fenomeni morbosi, sia per lesione diretta dei centri encefalici (apoplessie, emboli, trombosi, tumori, sifilide, processi infiammatorî, traumatismi del cervello), sia per propagazione dai centri spinali (sclerosi, tabe dorsale, meningite), sia anche per diffusione di eccitamenti anormali dai cordoni nervosi (neuralgie, tetania). Vengono poi in una quinta zona alcuni speciali *avvelenamenti cronici* (alcoolismo, saturnismo, morfinismo, cocainismo, pellagra); infine, come ponte di passaggio dalla patologia mentale alla patologia interna comune, tutti quei *processi acuti o cronici*, che, disturbando la nutrizione dei centri nervosi, ne arrestano o ne esagerano il lavorlo funzionale (per esempio i processi morbosi iperpiretici, gli infettivi ecc.).

Talchè la sindrome sintomatica di moltissime malattie, sia del sistema nervoso, sia degli altri apparecchi organici, include un corredo svariato di disordini mentali; e la gradazione procede indecisa dalle psicopatie vere e proprie (vesanie), che formano il vero nucleo della Psichiatria, fino alle forme secondarie a neurosi, e via via sino a quelle dipendenti da affezioni organiche dell'asse cerebro-spinale o da inquinamento della massa sanguigna. Questa è la ragione per cui nel quadro nosografico della nostra disciplina entrano forme cliniche assai disparate. Prendiamo in esame una qualsiasi classificazione psichiatrica (cfr. la mia nel *Saggio* posto in appendice al 1.° volume del *Manuale*); e noi vedremo che la serie tassinomica termina ai due suoi limiti estremi con forme di in-

dole differentissima, per non dire assolutamente opposta. Da un lato stanno le psicosi degenerative, che si manifestano con difettosa o disarmonica formazione della personalità, che non hanno un vero e proprio substrato anatomo-patologico, e secondo ogni probabilità sono dovute invece ad arresti o a deviazioni nello sviluppo istogenetico dei centri nervosi: esse non sono malattie nel vero senso della parola, nè processi patologici (iperemia, anemia, sclerosi, ecc.), ma produzioni anomale, vale a dire *teratomorfie* (da τέρας, ατος, lat. *monstrum*) e persino *teremorfie* (da θήρ, ηρός, lat. *bellua*). Al lato opposto stanno alcune psicopatie acutissime senza dubbio dovute all'azione di virus o fermenti figurati (ad esempio il *delirium acutum*), le quali sono, strettamente parlando, *encefalopatie tossiche* o *infettive*. Qual'è, dunque, il vincolo che lega insieme forme così differenti, se non è il disturbo predominante nelle funzioni psichiche, cioè l'elemento specifico della Psichiatria?

L'alienista si giova, è vero, di tutte le conoscenze anatomiche, fisiologiche e patologiche che desume dalla *Neurologia* e dalla *Patologia medica*, ma vi aggiunge quelle ben più complesse e specifiche che gli porge la *Psicologia* intesa nel senso più ampio, cioè come dottrina dei fenomeni coscienti della vita individuale e collettiva (umana ed animale): in altre parole, alle conoscenze mediche aggiunge sempre, e talvolta sovrappone, le psicologiche. Perciò la proposizione, che l'alienista è allo stesso tempo anche un neuropatologo, è giusta ed esatta, mentre non lo sarebbe la proposizione inversa. È invece molto più esatto dire che l'alienista deve essere, prima di tutto, un psicopatologo, e che il vero fondamento della Psichiatria risiede in una profonda e precisa conoscenza della Psicologia normale.

Ma perchè non avvenga che lo studente ed il medico pratico, dominati dal vecchio ed erroneo concetto inculcato in noi tutti dall'istruzione liceale classica, che cioè la Psicologia sia da porsi nel novero delle così dette

« discipline filosofiche », dirò subito che la Psicologia odierna nulla ha da fare colla filosofia, e tanto meno colla metafisica:

1.° perchè è una *scienza*, cioè lo studio d'una data categoria di fenomeni naturali;

2.° perchè manca di *finalità*, e non si propone la ricerca di nessuna causa prima di questi fenomeni, nè della loro essenza o sostanza;

3.° perchè è *positiva*, ed usa soltanto le armi del metodo oggettivo, cioè l'osservazione e l'esperimento.

Al distacco ed all'indipendenza della Psichiatria dalla Patologia speciale del sistema nervoso potrebbe da taluni opporsi che, ad ogni modo, la Psicologia altro non è se non il trattato delle funzioni d'un organo (*cervello*) che fa parte del sistema stesso: vale a dire un capitolo, nulla più, della Neurofisiologia.

Questa *diminutio capitis* della scienza del pensiero fu per la prima volta tentata dal positivismo (A. Comte), e si trova tuttora prevalente nelle idee di taluni fisiologi ed alienisti, ma non è a parer mio in accordo colla evoluzione e colla classificazione del sapere. Certamente il fenomeno psichico è di natura biologica, e noi non possiamo stabilire nessuna separazione fra vita e pensiero, fra funzione vitale e funzione mentale, perchè esse si svolgono parallele fin dal primo comparire della materia organizzata, e probabilmente sono una sola e medesima cosa. Ma bisogna pur convenire che nelle scienze naturali il complicarsi progressivo dei fenomeni giustifica i limiti imposti a ciascuna disciplina; e che, come la fisica e la chimica cessano, quando dai fenomeni degli aggregati materiali più semplici si passa a quelli degli aggregati organici, e loro subentra la Biologia: così, quando passiamo dalle due manifestazioni fondamentali dell'organismo, che sono il nutrirsi e il riprodursi, a quelle più alte della *sensibilità*, della *memoria* e della *reazione cósciente*, la Biologia diviene Psicologia. Ciò non significa però che si debba ammettere, come testè ho enunciato, un dualismo sostanziale fra il fatto psichico e il fatto vitale, ma solo una distinzione di grado per rispetto all'evo-

luzione cosmica in genere (cfr. ANGIULLI, *La Filosofia e la scuola*, Napoli 1888). Ad ogni modo, ricordiamoci che la scienza fu finora impotente nei suoi tentativi di ridurre il pensiero a movimento. Si può, infatti, mettere innanzi il concetto naturalistico che i fatti psichici siano il risultato dell'attività del sistema nervoso, la quale a sua volta risulta dalla trasformazione in forze vive, o *energia attuale*, delle forze di tensione, o *energia potenziale*, contenute ed accumulate negli elementi nervosi. Ma ci rimane tuttavia insoluto un enigma posto oltre ai limiti della scienza moderna, nè, per quanto si faccia, risolto ancora dal principio generale o legge di conservazione dell'Energia e di equivalenza di tutte le sue forme; e l'enigma o problema è questo: — come da un movimento di atomi s'origini la *sensazione*, e come una data modificazione molecolare soltanto, e non qualsiasi altra, si trasformi in *coscienza*. — Non è dubbio che la coscienza dipende da condizioni fisiche, le quali in parte ci sono ben conosciute (determinismo biologico del fatto psichico); ma la conoscenza di queste condizioni non contiene la soluzione del problema, perchè esse costituiscono bensì gli antecedenti, i concomitanti e i conseguenti di ogni fenomeno psichico, ma non sono niente affatto questo stesso « fenomeno psichico ».

In vista di questa difficoltà, si è pensato per lungo tempo che i fatti di coscienza fossero la manifestazione dei cangiamenti misteriosi d'una forza speciale (anima). Ma prescindendo dal fatto che resterebbe sempre interrotta la catena dei fenomeni naturali nel punto di passaggio dal moto della materia alla modificazione dello spirito, è chiaro che la spiegazione data dallo spiritualismo non serve: 1.° perchè *ipotetica*, non fornendo le prove dell'esistenza di questa forza; 2.° perchè *metafisica*, superando i limiti delle conoscenze naturali; 3.° perchè *antiscientifica*, lasciando insoluto il problema stesso che intende risolvere. È oramai provato che questa spiegazione, per quanto nobilitata dalla capacità d'astrazione dell'intelletto umano (sistemi filosofici dualistici), non è che uno svolgimento di un concetto antropomorfico dei popoli e individui inferiori, cioè dell' *animismo primordiale* rinforzato dalle tendenze emotive o sentimentali (TYLOR, SPENCER, ROMANES). D'altra parte, anche la spiegazione sostenuta dal materialismo offre

le stesse difficoltà ed urta nei medesimi ostacoli, giacchè essa pure è ipotetica, metafisica ed ultra-conoscitiva. Perciò la natura della *correlazione*, che passa fra la *forza mentale* e la *forza nervosa*, costituisce il problema assoluto ed astratto della Psicologia: come la *genesi della vita* è il problema della Biologia, l'*essenza della materia* quello della Fisica, l'*eternità del moto* dell'Astronomia, ecc. Io opino, per mio conto, che il solo mezzo di conciliare i contrarî, e di togliere l'antinomia fra il corpo e lo spirito, ci sia fornito dall'odierno Monismo, nel quale la materia diventa una forma anch'essa dell'unica e sola Energia cosmica: ma è questione che io qui non debbo trattare, e per la quale rimando ad altre mie pubblicazioni (cfr. *Antropologia generale — Lezioni sull'Uomo secondo la Teoria dell'Evoluzione*, Unione Tip.-Editrice, Torino, 1887-91, specialm. la Lez. IV^{a}; e cfr. pure la « Rivista di filosofia scientifica » da me fondata e diretta per il decennio 1881-91).

Messo in disparte il dilemma « spiritualismo o materialismo », che è di natura metafisica e non scientifica, resta pur sempre vero che esiste in natura un gruppo di fenomeni aventi modalità, leggi ed evoluzione speciali; essi sono distinti dai fenomeni fisico-chimici elementari della materia inorganica e da quelli vitali fisico-chimici più complicati della materia organizzata, sebbene per prodursi e manifestarsi abbiano bisogno di un fondamento organico. L'elemento più semplice e primitivo di questo gruppo, al quale si riducono tutti gli altri per quanto complessi e svariati, è la *sensazione*, cioè la coscienza delle modificazioni che precedono od accompagnano il lavoro funzionale degli organi. Ma tale elemento, per quanto paja semplice a prima vista, contiene, come vedemmo, una difficoltà ancora insoluta, che però, secondo noi, non può dirsi insolubile (Du Bois-Reymond), per lo stesso motivo pel quale sarebbe antiscientifico dire che già ne fu trovata la soluzione. Di qui l'esistenza e la relativa indipendenza di una disciplina particolare, la Psicologia, che può definirsi: « *la scienza dei fenomeni naturali caratterizzati dalla coscienza della funzione prodotta nei centri organici che accumulano e trasformano l'azione nervosa, e degli antecedenti immediati biologici degli stessi fenomeni coscienti* »

(SERGI); — o più brevemente: « la scienza della vita mentale, così dei suoi fenomeni, come delle sue condizioni » (W. JAMES).

La Psicologia moderna vuole, dunque, accuratamente mantenersi nelle medesime condizioni della Fisica, della Chimica, della Biologia per il carattere scientifico, per la natura del metodo che adopera nell'investigazione dei fatti psichici, per la esclusione d'ogni elemento metafisico. Tutte queste scienze si svolgono oggi coll'indirizzo sperimentale e positivo, sebbene abbiano tutte, come ho detto or ora, un problema trascendente o assoluto al di là dei fenomeni di cui ciascuna si propone lo studio. Ma il problema sulla natura essenziale del fenomeno psichico (coscienza) non può nè deve esercitare influenza sui principî metodici e sulla direzione investigatoria della Psicologia, come il problema sulla natura ed origine della forza e della materia non gravita sulle indagini e sui progressi delle scienze fisico-chimiche e naturali. In questo senso soltanto può parlarsi d'una *Psicologia senz'anima* (LEWES).

62. I **fenomeni psicopatologici in relazione coi caratteri somatici e antropologici dell'alienato.** — Nel linguaggio comune, quando si afferma che un individuo è pazzo, si allude ordinariamente alle alterazioni che presenta nelle tre fondamentali funzioni psichiche, cioè nel sentimento, nell'intelligenza e nella volontà. Dal concetto generico di pazzia o di alienazione mentale viene in tal guisa escluso qualsiasi elemento obbiettivo, che non abbia significato psicologico: in altre parole, la rappresentazione sintetica o il concetto che ci facciamo di questo stato anormale della personalità umana, riguarda soltanto i cangiamenti morbosi delle funzioni più alte dell'organismo, anzi di quelle funzioni che sono puramente subbiettive. Tutte le deviazioni ed alterazioni dei *caratteri somatici* (cranio e faccia, organi esterni di senso, ecc.), tutti i cangiamenti delle *funzioni di scambio materiale* (circolo, respiro, nutrizione, secrezioni), che noi abbiamo descritto nel primo volume

di quest' opera, anche ammesso che si potessero trovare riunite in un individuo solo, non ci darebbero alcun criterio per giudicarlo « pazzo » o « alienato di mente », e tanto meno ci fornirebbero elementi per diagnosticare il genere ed il grado della pazzia.

Durante alcuni anni, e specialmente quando si intraprese lo studio clinico degli alienati col « metodo sperimentale », si suppose di fondare il diagnostico delle malattie mentali sulla semplice e grossolana osservazione delle forme esterne e delle funzioni elementari dell'organismo umano. Codesta illusione giunse al punto che si vantò, per esempio, l'introduzione dei processi grafici nello studio dei cangiamenti circolatorii periferici e cerebrali (Mosso) come il tanto desiderato « psicometro », cioè come il mezzo di determinare e misurare l'intensità e natura dei fenomeni psichici; ed in molti alienisti, sempre corrivi per ragioni di puro empirismo ad accettare la spiegazione più semplice quasi fosse la più verosimile, si produsse la convinzione di potere investigare la mente umana con il pletismografo, lo sfigmografo, il craniometro, la bilancia, la provetta e l'oftalmoscopio! Noi crediamo che questa convinzione sia erronea, sebbene vi si intuisca un lato della verità, e vi si includa il concetto fondamentale di una variazione del tipo antropologico negli alienati; crediamo anzi che, come venne formulata, essa costituisca un pericolo gravissimo: poiche alcuni potrebbero esserne indotti, nella loro ignoranza psicologica, a supporre già bella e risolta l'equazione a cento incognite fra organismo e pensiero, fra cervello e coscienza. Conviene, dunque, che si determini bene il significato clinico dei caratteri somatici dell'alienato in relazione collo stato psicopatico (cfr. Vol. I, § 27).

Esaminando da un punto di vista generale i rapporti che passano fra morfologia e fisiologia nello

stato normale dell'organismo umano, noi vediamo che se ne possono desumere i due principii seguenti relativi allo stato patologico (De-Giovanni):

1.° Nella speciale morfologia degli organismi risiede la ragione della speciale loro morbilità; — donde il corollario, che « tutto ciò che nell'individuo segna una disarmonia morfologica, od una anomalia del tipo nel processo dell'evoluzione (*ontogenesi*), è fonte o può essere fonte di morbilità »;

2.° Il medesimo principio, il quale spiega la formazione degli organi e degli organismi, e la loro funzione, spiega pure le anomalie di forma e di funzione, che l'organismo presenta attraverso i periodi della vita; — donde il corollario, che « in ogni epoca dell'esistenza si possono riconoscere i fattori morfologici fondamentali, da cui è governata la morbilità personale di ciascun individuo, in quanto esso è la realizzazione particolare di un determinato tipo ».

Questo concetto, della corrispondenza fra il tipo morfologico e le attitudini morbigene, importantissimo per la retta intelligenza dei fenomeni morbosi, fu indicato dagli alienisti molto prima che le nuove dottrine fondate sull'evoluzionismo venissero ad apportarvi la valida conferma delle scienze biologiche. Certuni, cui la scarsa coltura non concede di bene apprezzare le relazioni fra i principî dominanti nella scienza ai diversi momenti del suo sviluppo storico, la dicono una novità pericolosa, e la attribuiscono per errore alla scuola detta « antropologica-criminale », che ha nel Lombroso il suo più valente rappresentante odierno: ma questa scuola non ha fatto che accentuarne il significato. Che della pazzia si debba investigare il fondamento nei caratteri fisici o somatici, cioè nel « tipo morfologico » dell'individuo, fu chiaramente espresso dagli alienisti inglesi (Pritchard, Combe, Morison...) e dai tedeschi della scuola somatica fino dai primi decennî di questo secolo (cfr. fra altri J. B. Friedreich, *Allg. Diagnostik d. psychischen Krank-*

heiten, II.ª Aufl., Würzburg, 1832). Lo intuì anche la scuola clinica francese, per quanto si limitasse quasi soltanto alla sintomatologia ed alla descrizione clinica delle malattie (GEORGET, ESQUIROL, FERRUS); ma più esattamente e propriamente di tutti lo applicò il genialissimo fra gli alienisti, colui al quale la Psichiatria deve il fondamentale concetto della degenerazione psichica ereditaria, intendo J. B. MOREL (cfr. *Études cliniques*, Nancy, 1852: — *Traitè des Dégénérescences phys. mor. et intell.*, Paris, 1857: — e *Traitè d. Mal. mentales*, Paris, 1860). Ora, è a notare che la grande opera del DARWIN sull'origine delle specie escì, è vero, nel novembre 1859; ma il movimento da essa occasionato nelle scienze biologiche, e soprattutto le indagini nel campo della filogenia, le quali così vivamente illuminarono i fenomeni dello sviluppo individuale (ontogenia), non cominciarono se non negli anni posteriori. Si può affermare, da ciò, che la Psichiatria precorse alla Biologia nella direzione odierna delle ricerche intorno ai caratteri tipici ed alle variazioni dell'individualità (morfologica e fisiologica). Oggidì anche la Clinica si pone su questa via, rifacendo su basi scientifiche l'antico concetto della predisposizione costituzionale dell'individuo, e cercandone le cause nelle particolarità ontogenetiche in relazione colla filogenesi. Questa importantissima riforma della Patologia umana fu intrapresa pochi anni or sono da distintissimi patologi stranieri (VIRCHOW, COHNHEIM, BENEKE, THOMA, ROTH, ZIEGLER, ecc.), ed è soprattutto caldeggiata, con larghezza di idee insolita a riscontrarsi nei clinici-medici, dal nostro prof. A. DE-GIOVANNI (cfr. *Morfologia del corpo umano*, Milano, Hoepli, 1891).

Il concetto che in molti casi la pazzia si svolga accompagnata da deviazioni morfologiche, quasi sempre d'origine congenita, risponde ai due principii testè accennati. Esso risulta dalle ricerche antropologiche applicate alla Psichiatria, ed è certo di grandissimo valore per la dottrina moderna, che considera la pazzia come « *una malattia o una anomalia della personalità umana* » (vedi Vol. I, ai § 3°, 8°, e 60°).

Le altorazioni di forma degli organi dipendono da un disturbo di sviluppo, sia durante la primitiva formazione embriologica dell' individuo, sia durante le fasi ascendenti del periodo di accrescimento: esse hanno perciò un significato teratologico, e in molti casi persino teremorfico, poichè ricordano forme e note somatiche di specie animali inferiori. Ora, pel vincolo strettissimo che collega la funzione all'organo, e pel principio biologico fondamentale che la psiche è una funzione dell'intero organismo, noi siamo indotti dalle alterazioni del tipo antropologico, che così frequentemente osserviamo negli alienati, a sospettare anche una anormale, deficiente o pervertita formazione dell'individualità psichica che gli corrisponde. Tale dottrina si applica specialmente al gruppo delle infermità mentali per difetto di sviluppo (frenastenie) ed al gruppo delle anomalie mentali per deviazione di sviluppo (parafrenie); giacchè esse si svolgono sempre coi caratteri di una individualità umana imperfettamente formata, e sulla base d'un cervello originariamente gracile e deforme (« *invalid* » o « *belasten* » dei Tedeschi). La stragrande tendenza di tutti i caratteri morfologici a trasmettersi attraverso le generazioni, tendenza che le indagini di C. Darwin posero come fondamento della odierna biologia, si rispecchia e conferma in quella straordinaria tenacia, con la quale si trasmettono ed ereditano anche i caratteri funzionali, o, per limitarci al campo dei nostri studî, i caratteri psicopatologici. Esiste adunque una connessione causale, e non già un rapporto di semplice coincidenza, fra queste due sorta di trasmissioni ereditarie, fra la morfologica, cioè, e la psicologica; — donde il corollario, che dove il tipo umano si mostri alterato antropologicamente, anche la psiche debba essere o congenitamente deforme, o predisposta a speciali alterazioni morbose.

È però necessario che il concetto del tipo realizzato nell'individuo non si restringa grossolanamente alle sole forme esterne ed accessibili al nostro esame (il cranio, la faccia, la pelle, i peli, ecc.); non sia, cioè, unicamente *antropologico* nel senso ristretto comunemente assegnato a questa parola, ma abbracci tutti i caratteri individuali di struttura, e perciò anche di funzione (*morfologico*). Ciò significa che non dobbiamo limitarci a concludere dai risultati empirici della craniometria ed antropometria, per quanto siano quasi i soli accessibili ai nostri mezzi di indagine. Dobbiamo pensare, invece, a *tutti* gli elementi costitutivi dell'organismo umano, e più specialmente a quelli che compongono l'intero sistema nervoso, poichè è in questo che si accentra e si fonde in una unità senziente e reagente il complesso degli elementi organici formanti l'individuo. Anzi, se si pensa alla straordinaria ricchezza di cellule di cui si compone il nostro corpo, massime nei centri nervei inferiori e superiori, e se si tiene conto delle loro varietà normali discoperte appena dalla istologia (Flechsig, Arndt, Golgi, His, ecc.), si giunge facilmente alla convinzione che i dati somatici, forniti dall'antropologia come studio delle forme esterne del corpo, sono la minima parte di quello che la morfologia potrebbe darci come studio delle varietà anatomiche degli elementi costituenti l'individuo umano (v. Vol. I, § 27° e 33°).

Per ciò, anche quando la craniologia e l'antropometria non ci rivelino nell'alienato alcuna anomalia o deviazione somatica, non possiamo dire che egli *antropologicamente*, o meglio *morfologicamente*, sia da considerarsi normale. Come lo dimostrano le dottrine odierne sulla genesi embriologica di taluni tumori, che sono vere forme degenerative dell'attività di sviluppo nei tessuti parablastici (His, Cohnheim); e come lo provano certe forme ereditarie di malattie quasi connaturate nell'individualità fisica del malato, siano esse nervose (atassia ereditaria e malattia del Friedreich, atrofie ed ipertrofie muscolari dei tipi Leyden, Erb, Landouzy-Déjérine, ecc.), siano di indole distrofica (clorosi): i disordini per eccesso o difetto o pervertimento nello sviluppo organico possono essersi verificati ugualmente nella struttura embriologica ed istologica dei tessuti ed organi interni di origine ectodermica (asse centrale

nerveo, apparati nervosi degli organi sensorii, nervi cerebro-spinali), oppure in quelli d'origine mesodermica ed endodermica (muscoli striati, scheletro osseo, muscoli lisci, cuore e grossi vasi, polmoni, ghiandole). Infatti, per la formazione della personalità umana anche gli apparati organici della vita vegetativa sono sorgenti primordiali di impressioni subbiettive, che accumulandosi con quelle provenienti dagli apparati della vita di relazione, o impressioni obbiettive, danno origine al sentimento di sè stesso o coscienza dell'*Io*, cioè al sentimento che costituisce la trama fondamentale di ciascuna individualità psichica cfr. nel Vol. I tutto il § 59°). Immaginiamo pure l'esame somatico il più accurato e minuzioso: ma quasi tutte le deviazioni individuali dal tipo umano normale, tutte le anomalie ontogenetiche, le quali non cadono sotto l'osservazione superficiale e grossolana che ci è permesso di fare sul malato coi metodi così detti « antropologici », resteranno per la morfologia umana, e perciò anche per la Psichiatria, un campo inesplorabile, almeno finchè l'individuo è vivente.

Da queste considerazioni sul vero fondamento antropologico delle malattie mentali, si desume anche che il concetto volgare intorno ai rapporti fra anatomia patologica e Psichiatria dev' essere radicalmente modificato, perchè erroneo ed antiscientifico. Se per « lesioni anatomiche della pazzia » si intendono soltanto quelle che il processo morboso irritativo o flogistico provoca in un sistema nervoso di struttura dapprima sana e bene sviluppata, coi loro effetti di ipertrofia o di atrofia degenerativa degli elementi cellulari, i lumi che ci potranno essere forniti dalle indagini istologiche sono assai scarsi, e tutto al più diretti appena a schiarire la patologia delle forme cliniche secondarie e terminali di psicopatie. A ben comprendere invece il modo d'insorgere e le fasi e gli esiti delle forme primitive psiconeurotiche, e più ancora quelli delle innumerevoli e interessanti forme degenerative di parafrenie, bisogna che il concetto anatomico sul substrato patologico delle

anomalie e malattie psichiche si combini e rinvigorisca con quello sul fondamento teratologico delle medesime, quale ci viene presentato dalla embriogenesi dell' organismo (ontogenia) nei suoi rapporti coll'evoluzione della specie (filogenìa).

Sotto tale aspetto, la sola interpretazione dei processi morbosi, che in tutta la Patologia comune si avvicini all'altra messa in campo dalla Psichiatria odierna, è quella, come ho detto, di talune neoformazioni (tumori) considerate come deviazioni o degenerazioni del processo normale di sviluppo e di accrescimento dei tessuti archi- e parablastici dell' organismo (COHNHEIM). So bene che questa dottrina, dopo le conquiste della parassitologia, ha ceduto il campo a quella dell'origine infettiva di parecchie neoformazioni (cancro, ad esempio); nonostante, io reputo sempre che la teoria embriogenetica resti applicabile a molte altre anomalie di sviluppo. Ad ogni modo, io ho qui citate le neoformazioni spiegabili mediante l'ontogenesi, unicamente per dilucidare il mio concetto relativo alle psicosi degenerative. Del resto, alcuni patologi (RINDFLEISCH, per esempio) attribuiscono le locali esagerazioni del piano di sviluppo, cioè i tumori, che spesso ci mostrano eredità omologa, omocrona ed omotopa, ad una debolezza congenita di distribuzione dell'impulso trofo-cellulare proveniente dal sistema nervoso.

63. **I fenomeni psicopatologici in relazione coi disturbi delle funzioni organiche e nervose comuni.** — In quanto ai disturbi delle funzioni di nutrizione o di scambio materiale, io ho già detto che essi coesistono alla pazzia, ma non la costituiscono (Vol. I, §. 25°, e 40°-47°). I rapporti dei disturbi funzionali della circolazione e respirazione, assimilazione e disassimilazione, secrezione e trofismo, coi disturbi caratteristici della pazzia, che sono i mentali, si verificano infatti sotto due aspetti precipui: *etiologico* l'uno, *sintomatologico* l'altro. Nel primo le alterazioni degli organi

di ricambio materiale producono disordini nutritivi nel sistema nervoso, dai quali, a loro volta, vengono turbati i processi psichici, originandosene forme atipiche o, come soleva dirsi, simpatiche di pazzia; — nell'altro, invece, la lesione primitiva si svolge nella trama dei nervi e centri nervosi, e gli apparati delle funzioni organiche si modificano perchè loro vien meno l'impulso moderatore od eccitatore dell'innervazione centrale. Perciò l'esame clinico di queste funzioni ci può dire, tutto al più, che i processi nutritivi del sistema nervoso si fanno in modo abnorme per eccesso o per difetto, e può illuminarci così sull' importantissimo associarsi dei varî sintomi della pazzia in un complesso fenomenico, che risponde al concetto d'una reazione generale dell'organismo alla malattia; ma in Psichiatria tale esame non ha neppure il valore che presenta nella Patologia speciale medica l'analisi dei sintomi puramente consensuali delle affezioni localizzate nei visceri, nel cuore, nel fegato, nei polmoni. Il consenso o la concomitanza di disturbi in questi organi è dovuta alla parte che essi prendono nel processo unico e continuo dello scambio di materia, il quale deve considerarsi come il lavoro più semplice e fondamentale degli esseri vivi. Ma al lavoro ben più elevato in cui consistono lo scambio, la trasformazione e la produzione di forze che avvengono negli organi superiori (sensibilità, movimento, distribuzione del calore animale), gli apparati della vita organica partecipano solo indirettamente: — essi preparano i materiali di lavoro, ed asportano i residui del ricambio chimico che ha luogo nel tessuto nervoso; ma questo possiede un' attività propria consistente, per appunto, nell'accumulo di energia in forma latente e nella scarica di questa energia sotto forma attuale ed in determinate condizioni.

Ora, possiamo noi dire che l'analisi dei turbamenti, cui va soggetta nelle malattie mentali codesta attività

particolare del sistema nervoso, sia sufficiente per la diagnosi della pazzia? In altre parole, l'esame clinico delle funzioni di scambio dinamico producentesi nei nervi e centri nervosi (*funzioni di senso e di moto*) ci porta forse alla comprensione del processo intimo, che si verifica durante questa trasmissione e trasformazione di energia?

Se noi analizziamo il fenomeno nervoso più semplice, che è l'azione reflessa spinale, e se applichiamo simile analisi al fenomeno psichico più elementare, che è la reazione senso-psico-motoria cerebrale (vedi Vol. I, §. 55° e 56°), ci convinceremo facilmente che la sensazione da un lato e il movimento dall'altro rappresentano solo il principio e la fine dei due fenomeni. Tutto quanto succede dopo l'eccitazione della superficie sensibile e prima della contrazione del fascio muscolare, per quanto breve e rapido sia l'intervallo fra di esse, resta per noi oscuro non solo, ma inaccessibile ai nostri mezzi *diretti* di indagine. Questo avviene per il fenomeno spinale, e tanto più per il cerebro-corticale. Noi restiamo, cioè, al di qua ed al di là dei fatti di coscienza, e probabilmente non vedremo mai in atto la sensazione che si trasforma in movimento, per quanto alcuni ingenui seguaci del monismo meccanico in Psichiatria si illudano in codesta speranza fallace, e pretendano risolvere il problema sulla natura della pazzia con l'estesiometro in una mano e col dinamometro nell'altra!

Nel modo con cui possono essere comprese e studiate nella Clinica ordinaria, ed anche in Neuropatologia, le alterazioni sensorie e motorie costituiscono appena il più grossolano ed elementare fardello scientifico di chi intenda procedere all'analisi clinica dei sintomi patognomonici della pazzia, i quali non sono già nè l'anestesia o la paralisi, nè l'iperalgesia o lo spasmo clonico, ma bensì l'allucinazione, il delirio, l'idea fissa, l'impulso o

l'abulia, la cangiata personalità, e simili modificazioni morbose del processo mentale subbiettivo. La sensibilità e la motilità si mostrano, certo, frequentemente alterate nelle malattie mentali; ma osservando con attenzione i casi in cui questo avviene, si trova la necessità di dividerli in due gruppi.

In un primo gruppo stanno i casi di psicopatie con perturbata funzionalità sensoria e motoria per reale o presumibile lesione organica delle vie nervose afferenti od efferenti, oppure di quei centri che supponiamo essere sede dei fenomeni fisiologici della sensazione e dell'impulso motorio. Si tratta allora o di forme secondarie e terminali di pazzia, o di psicopatie complicate ad affezioni nervose; nelle quali, cioè, i disturbi psichici hanno un carattere atipico ed il valore di semplici epifenomeni nel quadro clinico della malattia (neurosi, cerebropatie, encefalopatie da intossicazione, ecc.).

Nel secondo gruppo, che è anche il più caratteristico, il perturbamento di senso e di moto è di indole prettamente psichica; esso insorge perchè i centri della personalità cosciente hanno perduta od alterata la loro ordinaria maniera di sentire e di reagire. Qui è chiaro che si comprendono le forme vere e proprie di parafrenie e di frenopatie, dove, per interpretare clinicamente le alterazioni della sensibilità e motilità, non possiamo fino ad ora evocare nessun processo neuropatico comune e nessuna localizzazione funzionale decisa: dove, cioè, ciò che si altera nella funzione del sentire ed in quella del reagire è la parte dell'arco reflesso più lontana dagli estremi fisiologici ed organici, i soli che ci sia dato di sottoporre ad esame obbiettivo.

Si potrebbe dunque affermare che nei casi del primo gruppo le anomalie di senso e di moto sono più di spettanza della Neuropatologia che della Psicopatologia, mentre appunto il contrario avviene in quelli del secondo gruppo.

La distinzione qui accennata, che è il frutto d'una analisi scientifica severa sulle varie fasi del fenomeno psichico, dimostrerebbe la necessità di modificare radicalmente il linguaggio adottato fin qui dagli alienisti. Questi indifferentemente chiamano « anestesia » ed « iperestesia » tanto il disturbo della sensibilità provocato da lesione organica delle vie di trasmissione e dei gangli sensoriali, quanto le anomalie di essa aventi un carattere ed un significato puramente psicologico, alle quali meglio si applicherebbero le denominazioni di « ipoestesia » e di « oxiestesia » od « acroestesia ». Per buona ventura, veggo che alienisti distintissimi e, come sempre avviene, mal compresi o fraintesi (es. l'ARNDT), riconoscono già l'errore e tentano porvi riparo. Ma io ho già rilevato quanto sia arduo l'apprezzamento clinico dei disordini di senso nella pazzia, appunto perchè varia ne è la patogenesi secondo la sede e la natura della lesione, e perchè invece obbiettivamente eguale ne è l'apparenza esterna, quale cade sotto il nostro esame (Vol. I, § 60°).

La insistenza con cui ritorno sull'argomento, è dovuta alla convinzione, fattasi sempre in me più profonda col crescere della esperienza e degli anni, che nello studio obbiettivo dei sintomi della pazzia si esagerò da taluni, e si esagera tuttora da molti il significato delle indagini grossolane sulla sensibilità e motilità. Basta leggere molte storie cliniche di alienati (e la pratica medico-forense porge occasione propizia a simili pubblicazioni) per convincersi che, sia pur grande quanto si vuole la perizia dell'osservatore, gli archivii della Psichiatria si empiono di dati empirici sull' esame somatico dei pazzi, i quali non hanno spesso fra loro alcun rapporto causale, e men che mai si collegano con la immensa variabilità dei sintomi psichici. Chi può dire fin qui a che cosa concludano, nella maggioranza dei casi, *per rispetto alla genesi ed alla forma della psicopatia*, la misurazione del cranio e della statura, la sfigmografia, la analisi delle urine, non solo, ma anche la dinamometria e l' estesiometria, di cui si vantano cotanto certi seguaci dell' obbiettivismo empirico, che essi scambiano col vero metodo sperimentale? Io ho letto e studiato con la massima serenità tutte le storie di alienati, che vennero compilate con codesto indirizzo; ma giunto alla fine dell' esame

somatico e fisiologico ed al principio dell' esame psicologico, ho sempre avuta, quando si trattava di forme parafreniche e psico-neurosiche primitive, l'impressione come d'un distacco assoluto e d'una mancanza recisa di legame fra i due esami. Voglio forse dire con questo che il primo sia inutile, e che al secondo si debba circoscrivere la Psichiatria?

Coloro, che trovano comodo contentarsi delle spiegazioni assiomatiche perchè li affaticano meno e li soddisfano di più, coloro, per i quali parlare dei fenomeni psichici è ancora fare del funambulismo metafisico, confondendo essi sempre psicologia e filosofia, giudicheranno queste mie riserve come un ritorno al passato, anzi come un regresso della Psichiatria verso l'epoca degli HEINROTH e degli IDELER. Ma io opino invece che, superato il periodo di reazione contro il vecchio scolasticismo psicologico, sia necessario ristabilire l'equilibrio fra le varie sorgenti della patologia mentale, e dando alla Antropogia ed alla Neuropatologia la ben meritata fiducia, reintegrare altresì la Psicologia nei suoi diritti, specialmente perchè oggi questa scienza si basa su criterii altrettanto positivi o, come si desidera, sperimentali, quanto lo sono i criterii fondamentali delle altre scienze della natura.

Le considerazioni precedenti erano opportune per dimostrare l'importanza suprema che l'esame psicologico degli alienati ha nella Psichiatria clinica odierna; poichè esso è il solo che sia strettamente necessario nella diagnosi della pazzia, ed è il solo che ci faccia conoscere e ci metta in rilievo i sintomi specifici delle psicopatie, i quali consistono essenzialmente in alterazioni del processo mentale (vedi Vol. I, §. 25°). Ed ora, prima di esporre i processi del metodo induttivo applicato ai fenomeni psicopatici, ritengo necessario di riassumere alcuni dei concetti fondamentali cui si dovrebbe, secondo me, inspirare oggi la Psichiatria, poichè mi è sempre parso che essi venissero dimenticati da coloro cui spettava basare questa parte della medicina sulla perfetta conoscenza dei fatti psichici. Alcuni di tali concetti ri-

BIBLIOTHÈQUE CENTRALE

guardano la natura della pazzia, altri invece il metodo induttivo nelle sue applicazioni ai fenomeni di coscienza; tutti poi sono il prodotto d'un sereno e spassionato esame sullo stato presente della scienza e sulla relatività dei suoi mezzi di indagine positiva.

Articolo II.

Concetti fondamentali per l'esame delle funzioni psichiche.

64. **La pazzia e il concetto odierno della personalità umana.** — Un primo concetto da porre innanzi ad ogni ricerca intorno agli stati psicopatici è quello già da me accennato più volte: che, cioè, la pazzia è una malattia od una anomalia della personalità umana, e che il suo substrato organico non deve restringersi ad una determinata parte o ad un determinato organo, ma estendersi invece a tutte le parti e a tutti gli organi dell'organismo, in quanto le due grandi funzioni fondamentali di questi ultimi, il sentire ed il reagire, sono bensì sintetizzate nei centri encefalici, sede e base fisica della coscienza, ma esistono in tutti gli elementi costitutivi dell'individuo vivente.

A bene intendere l'importanza di questo principio sarebbero forse opportuni alcuni schiarimenti di Psicologia normale, o fisiologica: poichè, per quanto si possa e debba aborrire dalle definizioni, sta il fatto che le conoscenze psicologiche sono piuttosto scarse nella maggioranza dei medici; donde la utilità che ciascun trattato o manuale di Psichiatria stabilisca chiaramente il valore dei termini che vi sono usati per descrivere i fenomeni psichici morbosi e le loro leggi. S'aggiunga che la stessa Psicologia normale si trova ora nella fase di formazione, e specialmente in quella di consolidazione della terminologia tecnica adatta alle nuove sue conquiste ed ai nuovi suoi metodi. Spero, tuttavia, che nello svol-

gimento dell'opera non mi avverrà di riuscire oscuro a quei lettori cui essa è destinata, poichè mi propongo di ben dilucidare e di bene stabilire il significato di ciascun termine speciale che dovrò adoperare.

Vi è, infatti, molta incertezza e varietà nel linguaggio psicologico usato nelle diverse scuole. Dapprima si accettavano, senza discuterle, le denominazioni e definizioni delle « facoltà dell'anima » ammesse dalla psicologia ortodossa ed accademica puramente basata sul metodo introspettivo, in altre parole dalla filosofia; e convien confessare che anche oggi, per quanti progressi abbiano compiuto lo studio positivo dei fenomeni di coscienza e quello clinico degli alienati, noi portiamo sempre con noi il fardello, per dir così, ereditario dei preconcetti e dei criterî metafisici d'un tempo passato. Così negli scritti e nei manuali psichiatrici ricorrono tuttora alcuni vocaboli, il cui senso venne radicalmente modificandosi, o che hanno anzi perduto quasi del tutto il loro significato primitivo; e vi ricorrono spesso senza che di tale cangiamento gli autori si dimostrino consapevoli. Tale ad esempio sarebbe la famosa distinzione delle « facoltà » in intellettuali, morali e volitive, e quella, che una volta era giudicata assoluta, fra « l'istinto », il « sentimento » e la « intelligenza »: tali i termini psicologici di « intuizione », « di memoria », di « immaginazione », di « giudizio », di « raziocinio », di « astrazione », di « ragione », di « volontà », di « coscienza », di « idea dell'*Io* », di « libero arbitrio » o « libertà morale », di « personalità ». Non è dubbio che oggi, massime dopo la diffusione delle dottrine psicologiche inglesi, noi intendiamo questi termini per lo più in senso diverso dell'antico. Altri vocaboli, invece, si trovò necessario introdurre in Psicologia normale e patologica, perchè rispondevano ai nuovi concetti intorno alla funzione psichica ed agli acquisti compiuti nell'indirizzo fisiopsicologico. Citerò qui solo alcuni dei più importanti: ad esempio la « appercezione », la « ideazione », la « rappresentazione », la « associazione », la « ritentiva » o « memoria passiva », la « reviviscenza », o « memoria attiva », l'« incoscienza » e l'« incosciente », la emotività » distinta dall' « affettività », il « recetto », la « recezione » e il processo « recettivo », la « tendenza », « l'impulso »,

l' « inibizione », la « determinazione » e la « scelta », la « reazione », lo « sforzo », il « carattere » e la « condotta », l' « individualità psichica », infine la « estesia » e la « ergasia ». E tralascio, naturalmente, tutta la terminologia caratteristica della Psicopatologia generale, che avrò occasione di esporre più innanzi, pur ritenendo necessario di semplificarla il più che sia possibile e di operare una cerna fra i moltissimi neologismi introdotti da alcuni trattatisti stranieri, per esempio dal WACHSMUTH, dal BROSIUS, dal MAUDSLEY, dallo SPAMER, dall'EMMINGHAUS, dal KRAFFT-EBING, dall'ARNDT, dal LEWIS-BEVAN, ecc., dei quali lo studioso troverà in fine del libro una sommaria indicazione bibliografica.

Per riguardo al significato che io attribuisco al termine psicologico di « personalità » o di « individualità psichica », il quale ricorre tanto spesso nella mia opera, rinvio a quanto ne dissi già nel I Volume (Capo I, *Generalità*, ai §. 3.°, 6.°, 8.°) e a quanto verrà esposto ulteriormente in tutti i capitoli del II Volume. E qui mi sia permesso, per una volta tanto, una considerazione sull' indirizzo scientifico che io ho dato al presente *Manuale*, e che da circa dodici anni vien seguito nel mio insegnamento clinico. Debbo riconoscere che fra i così detti « uomini di scienza », e soprattutto in Italia fra coloro che ostentano il possesso semimistico del tecnicismo di laboratorio, o che si gloriano di « passare la vita al letto del malato », ve n'ha un grandissimo numero la cui intelligenza si addimostra assolutamente ribelle alle nozioni psicologiche. La maggioranza dei medici così detti pratici, siano pure alienisti, è tratta dai bisogni dell'esercizio professionale quotidiano all'aborrimento di ogni concetto sintetico e d'ogni idea, che per poco s'allontani dalla sfera strettamente empirica della osservazione di dettaglio. A questa categoria di empirici, cui volentieri darei la qualifica di *semplicisti della Psichiatria,* il dire « personalità », « individualità », « coscienza di sè, » « sforzo », « rappresentazione » e simili, pare costituisca pel così detto medico-alienista un delitto di leso positivismo. Essi immaginano volontieri che la Psichiatria o patologia mentale possa oggi svolgersi sotto forma scientifica, percorrendo una via diversa da quella in cui si è messa la psicologia normale, vuoi individuale, vuoi col-

lettiva; e vorrebbero che l'alienista fosse poco più che un infermiere. Essi sono poi così ingenui da credere già risolto a modo loro il problema dell'equivalenza fra l'attività cerebrale e l'attività psichica, ond'è che, ad esempio, una determinata psicosi si trova spiegata come l'effetto di un aneurisma del tronco dell'arteria basilare (*sic*). Nella loro profonda e irrimediabile ignoranza intorno allo stato presente della scienza mentale, *psicologia* e *filosofia* diventano sinonimi; e se un alienista intende applicare ai fenomeni morbosi della mente i principî e i metodi già con tanto frutto applicati ai fatti psichici normali, ei fa, secondo costoro, opera sterile e diventa un « metafisico larvato ». Ma qui tornerebbe opportuno richiamare l'apologo della volpe e dell'uva, sul quale non insisterò, sebbene dipinga sotto forma vivace e veridica la condizione intellettuale di certi critici della Psichiatria moderna. Ed ecco perchè non mi stupirei affatto, se anche a qualche presumito cultore della patologia mentale apparirà troppo filosofico o psicologico il concetto da me espresso, che la pazzia consista in una malattia od in una infermità della personalità umana, dipendente da una condizione morbosa acquisita o da una anomalia di sviluppo ontogenetico del suo fondamento organico.

Ad un concetto scientifico così ampio e ancora così poco conosciuto sulla natura della pazzia, ci conducono i fatti seguenti:

a) La psiche è una funzione complessa che accompagna lo scambio materiale e dinamico dell'organismo vivente, e i cui gradi si seguono parallelamente alle fasi morfologiche tanto in via filogenica (evoluzione dei tipi, classi, specie e razze), quanto in via ontogenica (evoluzione umana in ovulo, embrione, feto ed individuo completo).

Noi qui lasciamo da parte le due questioni sulla essenza e sulla origine della psiche, perchè non sono di spettanza della scienza, ma della metafisica. Scientificamente, noi siamo certi soltanto che vita e psiche sono una cosa sola, la quale non

esiste senza quella particolare aggregazione d' elementi primordiali da noi chiamata « organismo ». Più è perfetta quest'aggregazione e più complicato lo scambio di forze che in essa avviene, più è elevato anche il grado di attività psichica o « psichicità » raggiunto dall' organismo vivente. Dal lato della filogenesi, noi però ignoriamo dove e come cominci ad apparire la vita, le scoperte sulle primissime forme animali avendo un limite nella povertà dei nostri sensi, per quanto armati di microscopio. Ignoriamo anche se alle differenze morfologiche dei diversi tipi corrispondano differenze analoghe nella loro funzionalità mentale. E in quanto all'ontogenesi, ci è del tutto sconosciuto il modo di evoluzione individuale della psiche umana, giacchè ci sfuggono i periodi della sua primitiva formazione, durante i quali la coscienza si organizza e si forma passando dalle sue fasi primitive e dai suoi gradi più oscuri fino alle fasi ultime ed ai gradi più elevati (evoluzione dall'*indistinto* al *distinto* secondo ARDIGÒ, dall'*omogeneo* all'*eterogeneo* secondo H. SPENCER). Quello che possiamo oramai affermare nel modo più sicuro è che la psiche ha uno sviluppo, come ha uno sviluppo l'organizzazione: e che i due sviluppi sono paralleli, l'uno non potendo comprendersi senza dell'altro.

b) Omessa ogni indagine sulla natura essenziale della psiche, noi vediamo che questa si presenta e si svolge come funzione di protezione o di difesa dell'organismo contro le influenze esterne. Se durante le sue prime fasi, essa si mostra diffusa per tutto l'individuo vivente sotto forma di semplice impressionabilità, ascende poi grado a grado, così filogenicamente come ontogenicamente, alle forme più complesse di irritabilità organica, di sensibilità generale ed inconscia, di sensibilità specifica e di sensibilità cosciente la mercè di un'opportuna divisione e distribuzione del lavoro funzionale, e la mercè di una sua sempre più determinata integrazione in dati elementi costitutivi dell'organismo (tubi conduttori e cellule nervose da un lato, fibre liscie e fibre striate dall'altro).

Il merito di avere chiarita la natura protettiva o *estofilattica* delle funzioni psichiche spetta ad un ardito e originale psicologo italiano, il prof. SERGI (V. la sua: *Origine dei fenomeni psichici*, Milano, 1885). La sensibilità (« irritabilità ») compare come proprietà biologica contemporaneamente alle due funzioni fondamentali del nutrirsi e del riprodursi: per essa si intende la proprietà comune agli elementi organici di reagire, secondo la loro natura, agli stimoli esterni. Nelle prime fasi la sensibilità e la reattività (estocinesi) spettano a tutti i tessuti; ma quando pei progressi dell'evoluzione organica il tessuto unico fondamentale o protoplasma dà origine a tessuti differenti, la sensibilità organica diventa funzione speciale d'un determinato tessuto, che è il nervoso. La genesi puramente filattica o protettiva del sistema nervoso è dimostrata anche dal suo sviluppo embrionale: esso nasce infatti, nelle sue parti costituenti più importanti che sono le centrali o ganglionari destinate alle altissime funzioni di relazione, dal foglietto ectodermico o esterno dell'uovo, donde nascono anche tutti gli apparecchi di relazione coll'ambiente esteriore (tegumenti cutanei, organi di senso). Di guisa che, può ben dirsi che la psiche o mente deriva per una lenta, graduata e complessa evoluzione dalla primordiale irritabilità agli stimoli esteriori diffusa in tutti gli elementi dell'organismo.

Se non che, sul substrato del sistema nervoso la estocinesi semplice, o funzione unica senso-motoria, si perfeziona ancora, e raggiunge il grado di estocinesi reflessa o funzione incosciente di senso e di moto. Crescono intanto i rapporti dell'individuo col mondo ambiente e cogli altri organismi consimili a lui; e così si rende più squisita e multipla la sensibilità di relazione, integrandosi sotto forma più distinta, o come si suol dire « cosciente », in grandi ammassi di cellule nervose, dove anche la reazione motoria si organizza in maniera complessa e sempre più coordinata all'effetto protettivo.

In questi successivi perfezionamenti dell'estocinesi, la sua localizzazione nel tessuto nervoso fa diminuire in modo altrettanto progressivo la partecipazione degli altri tessuti organici alle funzioni di relazione: resta però ad essi tutti quella sensibilità incosciente, che era la forma primordiale della psiche. È dessa che rappresenta pur sempre l'impalcatura, la trama

fondamentale su cui e per cui si svolgono, si intrecciano e si coordinano tutti i gradi più alti d'attività sensoria e motoria. Vedemmo infatti, a suo tempo, come grande sia la molteplicità delle sensazioni organiche o impressioni inconscie dei tessuti costituenti l'organismo (Vol. I, cfr. il §. 59°), e più avanti avremo occasione di dimostrare come nei processi morbosi della pazzia l'estocinesi individuale, o si riduca a questa forma primordiale di sensibilità, perdendo quel carattere di coscienza che la evoluzione filogenica ed ontogenica le hanno fatto acquistare, oppure si acuisca elevando, invece, al grado cosciente quelle impressioni indistinte, che pei progressi della psiche dovrebbero rimanere nascoste nella profondità dei tessuti.

c) Nei gradi più alti dell'evoluzione psichica il cervello è l'organo, in cui si accentra e si integra la funzione della sensibilità e della reattività cosciente, e in cui perciò si costituisce ad unità individuale il complesso multiplo degli stati successivi di coscienza, al quale noi diamo nome di « sentimento sintetico della personalità » o « dell'individualità umana ». Ma sta il fatto, che questo sentimento è costituito, non tanto dai fenomeni psichici elevatissimi producentisi nella corteccia cerebrale, quanto anche da tutti i fenomeni psichici elementari aventi la loro origine e sede nelle altre parti del sistema nervoso, fino alle ultime diramazioni sue nell'organismo.

Noi riteniamo che la psiche sia limitata al cervello, anzi alla corteccia cerebrale, perchè siamo indotti dall'osservazione subbiettiva umana a supporre che i fenomeni psichici siano soltanto quelli accompagnati da coscienza: e perchè, sempre subbiettivamente per noi, la sola attività fisiologica della sostanza grigia corticale entra nel campo di mira della nostra coscienza. Ma intendiamoci bene; ciò che chiamiamo coscienza è soltanto la *consapevolezza dell'evento psichico, la quale accompagna e segue l'evento psichico stesso, ma non lo precede nè*

lo produce. Però, malgradō questo accentramento dell'estocinesi sotto l'aspetto subbiettivo di funzione cerebrale, rimane a tutti gli altri tessuti e a tutte le altre parti dell'organismo una forma essenzialissima di sensibilità, così di difesa come di relazione; anzi, se il cervello, o più strettamente ancora, se la corteccia cerebrale riunisce e coordina le sensazioni e le reazioni motorie coscienti, è solo perchè le arrivarono fin da prima e le arrivano sempre le sensazioni incoscienti di tutto l'organismo.

È dunque un errore supporre che la psiche abbia per suo substrato od organo esclusivo la sola corteccia grigia del cervello. I fenomeni psichici, che hanno luogo in tale apparato centrale superiore, sono bensì più elevati di quelli che succedono negli altri centri nervosi inferiori (ganglii della base, ganglii del bulbo e protuberanza, ganglii spinali, ganglii del simpatico), ma sono della stessa ed identica natura, e divengono più distinti o « coscienti » solo dopo avere attraversato fasi di decrescente indistinzione od omogeneità incosciente. In psicologia si può parlare, insomma, di fenomeni psichici « coscienti », ma non di una « coscienza », che è un simbolo del nostro linguaggio, una formula generale applicata a varî fatti particolari della natura, un'idea astratta non corrispondente alla nostra conoscenza concreta. Ecco perchè io accetterei, nello stato presente della Psicologia in questo riguardo, la formula seguente: *La corteccia cerebrale è il solo organo dei fenomeni psichici coscienti* [vale a dire di quei fenomeni da noi sintetizzati nella denominazione di « coscienza »] (Lewes, Maudsley, Ferrier, Mercier, W. James .....).

Nel cervello, e massimamente nella sua corteccia grigia, si riuniscono i fili di tutta la complicatissima trama mentale, e i processi psichici che derivano da questo accumulo d'energia diventano coscienti perchè hanno raggiunto un grado di altissima intensità (superano cioè « la soglia della coscienza » secondo il linguaggio psicologico tedesco). Siccome gli stati di coscienza, o meglio i fenomeni mentali coscienti, si seguono nel tempo provocandosi l'un l'altro per legge di causalità fisio-psicologica, così la loro successione seriale ci appare come un'unità indivisibile, cui dalla vecchia psicologia fu dato appunto il nome di « coscienza individuale ». In realtà però

questa pretesa coscienza semplice ed una si compone in ciascun suo momento di stati svariatissimi mentali, la cui origine è altrettanto svariata e molteplice, quanto lo è la ricchissima varietà d'elementi impressionabili costituenti il nostro organismo. Ognuno di tali elementi porta il suo contributo, per quanto tenue, alla formazione del più semplice e rudimentale fenomeno cosciente, perchè da tutte le parti del corpo si portano e si accumulano nella sostanza grigia del cervello le impressioni incoscienti che accompagnano l'attività incessante degli organi tutti, di nutrizione, di riproduzione e di relazione.

Per parte nostra, crediamo perciò che convenga estendere assai il substrato organico della cosiddetta « coscienza »: sembraci, invero, effetto di ignoranza fisiopsicologica limitare la funzione mentale al cervello, e tanto meno alla sola corteccia cerebrale, come opinano persino gli alienisti (Veggasi Vol. I, § 60°). Elevandoci ad un' alta sintesi filosofica, quale rampolla dallo studio dell'evoluzione psichica animale ed umana embrionale, non v'è alcun motivo plausibile per negare alle minime particelle dell'organismo una certa partecipazione nel fenomeno mentale più complesso ed alto, qual'è un atto cosciente: filogenicamente ed ontogenicamente considerata, la psiche non è funzione della sola sostanza ganglio-cellulare delle circonvoluzioni, ma lo è di tutto l'encefalo, di tutto l'asse centrale nerveo, di tutto il sistema nervoso, infine di tutto l'organismo.

Su codesti principii biologici si fonda e consolida la dottrina psicologica intorno alla genesi e natura della personalità umana, la quale consta non dei soli fenomeni psichici coscienti producentisi nella corteccia cerebrale, ma bensì di tutti quelli che pur s'arrestano, nel loro attivarsi, al di sotto della soglia della coscienza quale a noi appare subbiettivamente. La personalità conscia è una minima parte della personalità organica, giacchè la cosiddetta « unità dell'Io » è il risultato d'una successione, sovrapposizione e coesione di stati svariatissimi di coscienza distinti ed indistinti, chiari ed oscuri, attivi e passivi, presenti e passati, rappresentativi e sentimentali, come a suo tempo più largamente diremo. Si può considerare insomma la sostanza corticale del cervello come un grande laboratorio, dove si portano d'ogni parte, si elaborano, si raffinano e si perfezionano i materiali grossolani e i componenti primordiali

della intera attività mentale, cosicchè vi si compone quasi un riflesso di tutti gli stati passati e presenti, e vi si preparano anche gli stati avvenire della intera personalità reale organica. Codesta elaborazione ultima ed alta del materiale psichico può dunque mostrarsi alterata, tanto se il meccanismo del laboratorio di precisione è stato perturbato in qualsivoglia maniera (teratologia e patologia speciale della sostanza corticale e dei centri nervosi superiori), quanto se le arrivano dalle vie più o meno remote dell'organismo elementi anomali e viziati (teratologia e patologia del sistema nervoso, delle sue diramazioni sensitive periferiche, e in genere degli apparati organici).

Questi concetti trovano il loro riscontro in quanto fu detto da me intorno al significato clinico dei disordini della sensibilità negli alienati (Vol. I. § 60°): ma certamente io non mi lusingo di vederli accolti senza opposizione nella Psichiatria italiana, dove tanto comunemente si scambia il facile empirismo della pratica quotidiana col positivismo scientifico. A quei pochi, che conoscono la storia delle dottrine psichiatriche, e che non si limitano a credere che la patologia mentale sia stata formata solo nell'ultimo trentennio, cioè dal GRIESINGER e dai suoi Epigoni in poi, non riuscirà discara la corrispondenza fra codesti concetti psico-fisiologici e i principî della scuola somatica fiorente nella prima metà del secolo nostro in Germania: anzi l'analogia fra di essi farà nascere il sospetto d'una resurrezione pura e semplice del somatismo di JACOBI, di GROOS e di NASSE, come la importanza da me data all'elemento psicologico appariva un ritorno all'idealismo opposto. L' analogia è però superficiale: essa indica tutto al più che quei distinti analizzatori delle condizioni morbose organiche negli alienati, precorrendo al loro tempo, avevano toccato all'insaputa il problema della natura biologica della personalità umana; ma la divergenza nostra dai somatisti sta nella fusione che le dottrine psicofisiologiche ci permettono di compiere fra i risultati della scuola antropologica (somatica) da un lato e quelli della scuola psicologica dall'altro. In un mio futuro *Trattato di Psichiatria* esporrò più largamente le ragioni storiche di questa fusione, e dimostrerò com'essa corrisponda allo stato presente del pensiero scientifico.

65. **La pazzia e l'unità sintetica o personale dell'organismo.** — Il secondo concetto che noi dobbiamo porre a fondamento della Psichiatria clinica, sgorga, come legittima conseguenza, dal primo testè annunziato: cioè, nella pazzia la personalità umana è alterata in quanto essa è la sintesi di un organismo senziente e reagente.

Anche questo concetto deriva da varie considerazioni di indole generale, tanto biologiche, quanto psicologiche, le quali tutte sarebbe forse qui fuor di luogo l'enumerare e il discutere, non essendo la presente mia opera un trattato di psicologia. Nulla ostante, a chiarire le mie idee, credo opportuno ricordare le seguenti:

a) La personalità, per quanto nella serie vivente sia la forma più alta dell'individuazione, risulta essa pure, come tutte le forme superiori, dall'aggregarsi e sistemarsi di elementi più semplici ed elementari. Questi elementi sono: 1.° per rispetto alla base fisica o biologica della personalità, le particelle fondamentali dell'organismo (cellule); 2.° per rispetto alla base psicologica, le parziali attività sensitive di queste medesime particelle (impressione e reazione).

Ciò riuscirà chiaro e legittimo a chiunque abbia lette le pagine precedenti. Si può seguire nella serie dei tipi animali la progressiva evoluzione della individualità; e per meglio afferrarne le origini noi abbiamo due metodi o processi: l'analitico di decomposizione, che va dall'alto al basso, cioè dall'Uomo alla Monera, ed il sincretico di composizione, che segue precisamente la via inversa, cioè ascende dalla Monera all'Uomo. Ambedue questi procedimenti ci conducono a riconoscere che l'individualità organica ha gradi diversi di sviluppo a seconda del numero, della coalescenza e della coordinazione di elementi semplicissimi, nei quali da principio tutta si riassume e riduce la vita. Nel grado primitivo ed infimo l'individuo è una particella di protoplasma, priva apparentemente di ogni qualsiasi struttura, ossia un organismo senza organi (*Cytoda* dell'Haeckel):

in un grado più avanzato, è la stessa particella in forma di cellula, dove la presenza di un nucleo mostra già l'incipiente differenziarsi delle strutture (*Monocyta*): in un terzo, questo differenziamento dà luogo a più nuclei, ma l'organismo è pur sempre unicellulare, ed ha vita a sè (*Syncytia*): in un quarto, comincia l'aggregazione di parecchie cellule, le quali stanno insieme nello stato più elementare di associazione, che è quello di accumulo, di orda, ma serbano ciascuna la loro individualità (*Caenobia*): nel quinto, finalmente, la aggregazione si fa più intima, ciascun individuo monocellulare si differenzia nelle strutture e nelle funzioni, e a poco a poco sorge su quella solidarietà che dà luogo alla vita unitaria dell'insieme o dell'aggregato (*Histones*). I primi quattro gradi di questa evoluzione biologica corrispondono agli animali Monocellulari o Protozoi, il quinto ai Pluricellulari o Metazoi. Un metazoo si origina, dunque, per un processo di aggregazione, nel quale ciascun elemento fondamentale (*meride*) perde gradatamente la propria individualità, fino al punto che non gli è più possibile esistere isolatamente. Quanto più elevata è la struttura dell'organismo e tanto più completa si fa la sua individuazione totale: vale a dire, tanto meno è possibile che ciascun elemento si distacchi del tutto e torni a godere la individualità primitiva. Il processo aggregativo, continuato lungo la serie, passa dalla semplice coalescenza delle parti alla perfetta loro coordinazione: nei Metazoi superiori, l'Uomo compreso, codesta coordinazione è accentrata per opera del sistema nervoso, il cui sviluppo è in rapporto diretto con una individualità sempre più complessa e sempre più integrata.

Se ora consideriamo che ciascun elemento costitutivo primordiale (cellula) ha una sua particolare coscienza, manifestata in quanto esso sente gli stimoli esterni e vi reagisce, dovremo anche spiegare la coscienza dell'aggregato in completo stato di coordinazione (Metazoo superiore, Uomo) come una risultante o, meglio, come la somma delle suindicate piccole coscienze. Queste sono soltanto contigue, o juxtaposte, negli aggregati che costituiscono gli animali inferiori, ossia nello stadio di semplice metamerìa coloniale (ad esempio nei Briozoarii, nelle Ascidie, ecc.); ma coordinandosi ed armonizzandosi anch'esse, dànno origine ad un composto sempre più inscindibile, che è

la coscienza collettiva od individualità psichica del totale. Stante il predominio sempre più grande del sistema nervoso, e stante le particolari disposizioni di struttura dei centri nervei, l'unità dell' individuo cosciente è rappresentata e mantenuta dalla sostanza corticale del cervello. Avviene della personalità cosciente quello che avviene della generazione: anche questa è dapprima propria di tutto intero l'organismo vivente (scissiparità), poi si localizza in determinate parti di esso, le quali rappresentano l'essere vivente nella sua totalità (elementi riproduttivi, cellule sessuali, ovulo e spermatozoo); ma non per questo cessa la funzione riproduttiva di appartenere a tutte le parti dell'organismo, come lo dimostra il fatto della eredità (WEISMANN). La corteccia cerebrale rappresenta e in sè riunisce tutte le più svariate forme dell'attività nervosa: la viscerale, la muscolare, la tattile, la visiva, l'uditiva, la olfattiva, la gustativa, e soprattutto la motrice, in quanto essa serve alla reazione agli stimoli e alla estrinsecazione degli stati subbiettivi dell'aggregato vivente. Ma in sostanza, per quanto complicata sia la funzione di questo altissimo organo accentratore dell'individualità, noi possiamo col procedimento analitico ridurla alle due fondamentali qualità dell' organismo vivente: *sensazione* e *movimento di reazione*. Ecco perchè la personalità umana, sotto l'aspetto psicologico, è da considerarsi soltanto come la sintesi dell'organismo senziente e reagente.

b) Nella pazzia la deviazione o l'alterazione psichica, che ne costituisce il fondamento, non si presenta mai se non come uno stato patologico dell'*io* intero, in quanto essa perturba o scompone l' unità cosciente dell'individuo. Qualunque siasi la forma clinica assunta dalla malattia mentale, essa ci resterebbe incomprensibile, se non la ponessimo a riscontro o della personalità preesistente nell'individuo stesso divenuto ammalato, o della personalità tipica completa che noi dobbiamo ascrivere all' uomo normale. Nel primo caso, la personalità che preesisteva si scompone, si suddivide in istati più semplici, ciascun dei quali acquista la sua indipendenza

(psicopatologia veramente detta); nel secondo caso, la personalità è riuscita imperfetta e disarmonica fino dalle prime fasi della sua formazione individuante, perchè è mancata la sistemazione degli stati elementari di coscienza (teratologia psichica).

Sono queste le idee che io sostengo da parecchi anni nel mio insegnamento, e che si trovano applicate anche al mio saggio di classificazione (Vedi *Manuale*, Vol. I, Appendice): esse avrebbero forse bisogno di più lunghi schiarimenti di quanto io possa darne nella presente opera di semejotica. Mi restringo a ricordare, per riguardo alle malattie della personalità preesistente (*Frenopatie* della mia classificazione), che nella Psichiatria odierna non trova più posto il concetto delle « monomanie » o dei « delirii parziali », come li aveva formulati la scuola clinica francese della prima metà del secolo (Esquirol). Anche quando si tratta di quelle forme psicopatiche, in cui la lesione della psiche parrebbe a prima vista limitarsi ad un piccolissimo gruppo di stati di coscienza, quale sarebbe la pazzia con idee fisse o coatte, un attento esame dimostra che il fenomeno consiste in una vera scomposizione della personalità. Nell'individuo affetto dal delirio dei contatti o dall'impulso isolato a commettere un determinato atto (« paranoia rudimentaria impulsiva » di Arndt e Morselli), l'unità primitiva e normale dell'io non esiste più: si direbbe che è avvenuta una rottura più o meno completa, o la frammentazione della sintesi sistematica degli stati coscienti, che costituivano la individualità del malato.

Alla identica guisa deve interpretarsi la perturbazione del tono sentimentale, che in certi stadî semplici di psicosi sembra formare tutta la malattia. Nelle psiconeurosi tipiche di grado lieve, quali sono la mania e la melancolia così dette ragionanti, scevre cioè da ogni lesione nel meccanismo delle facoltà intellettuali (percezione e ideazione), il sentimento dell'io si eleva o si deprime nel suo complesso, e per così dire tutto d'un pezzo: il malato, abbia o non abbia coscienza del cangiamento avvenuto nella sua personalità, ha tutte le sue sensazioni e tutte le sue reazioni modificate per rispetto alla sua indole, tempra e costituzione psichica precedente.

In tutte le altre forme cliniche di psicopatia, la disintegrazione della personalità è così evidente che non stimo neppure opportuno di accennarne qui le prove.

Per rispetto poi alle deviazioni evolutive della mente, che io da lungo tempo considero equivalenti alle forme teratologiche o teremorfiche dell'organismo (sono le *Frenastenie* e le *Parafrenie* della mia classificazione), il concetto psicopatologico basato sulla personalità è pure, a parer mio, di facilissima applicazione, nè può essere negato da alcuno.

L'idiota, l'imbecille, il pazzo morale, il pazzo ragionante, il paranoico da un lato, il pazzo ad intermittenze periodiche, l'epilettico e l'isterico dall'altro, sono evidentemente personalità incomplete od anomale: salvo che l'incompletezza e l'anomalia vanno considerate ed apprezzate in rapporto ad un tipo medio o normale di personalità, non più rispetto a quella che abbia potuto preesistere alla esplosione dei primi fenomeni morbosi percettibili agli estranei. Ora, è qui per l'appunto che l'alienista si giova di conoscenze sociologiche, perchè la normalità (fisica e, soprattutto, psichica) dell'individuo varia secondo i tempi, secondo le razze, secondo le condizioni biologiche, intellettuali e morali della collettività umana di cui esso fa parte. Citerò un solo esempio, ed è quello di certi concetti deliranti dei paranoici, il cui nucleo è formato da pregiudizii che hanno un riscontro nelle credenze superstiziose di altre epoche storiche. Codeste credenze non potevano considerarsi come morbose, quando facevano parte della psiche collettiva sociale; ma risorgendo, invece, in un cervello odierno, esse costituiscono un fenomeno di vero e proprio atavismo psicologico, per il che agiscono riportando la personalità del delirante a condizioni psichiche non più adattate all'ambiente sociale odierno. Ora, l'effetto più importante di queste anomalie della mente umana sotto l'aspetto sociologico, ciò che ne costituisce anzi il danno per l'individuo ed il pericolo per la società, risiede per l'appunto nel disadattamento di quelle personalità alle condizioni generali di esistenza.

c) L'alterazione o la deviazione mentale, in cui consiste la pazzia, non prende mai una parte o fase iso-

lata del processo psichico. Questo può considerarsi come elementarmente riducibile ad un arco reflesso cerebrale o *arco senso-cortico-motorio* (cf. Vol. I, §. 56°), e solo per una artificiosa analisi scientifica può essere scomposto nelle tre fasi o « facoltà » che la psicologia classica denomina sentimento, intelligenza e volontà, e che risponderebbero alle tre fasi psico-biologiche della ricezione, della elaborazione e della reazione. L'innumerevole varietà con cui si combinano gli stati di coscienza, sentimentali, emotivi, rappresentativi e volitivi, è la causa della individualità psichica personale; ma non esistono forme psicologiche nelle quali possa dirsi deviata, lesa o perturbata esclusivamente la facoltà di sentire, o quella di rappresentarsi, o tanto meno quella di volere, perchè la associazione di queste tre fondamentali proprietà funzionali del cervello è la condizione che determina l' esistenza della funzione stessa del pensiero.

Possono, tuttavia, esistere disordini isolati del sentimento, dell'intelligenza e della volontà, quali sarebbero un' illusione sensoriale, un'allucinazione, un errore di percezione, un'idea eccentrica o bizzarra, un esagerato sentire di sè stesso, un atto anormale automatico, un gesto impulsivo, un neologismo, soprattutto di natura erotica, ecc. Seguendo la via aperta dagli studii recentissimi sull' ipnotismo e massime dalle curiose esperienze del LIÉBAULT, del YUNG, del ROCHAS, io ho dimostrato come sia facile provocare nelle persone sane in istato di veglia perfetta le più curiose allucinazioni di origine suggestiva in tutte le forme sensoriali, non che movimenti automatici ed imitativi i più svariati. Si potrebbero citare pure numerosi esempi di credulità, che appena si distinguono dalle idee insensate dei pazzi (Cfr. nella mia « Riv. di Filosofia scientifica », Vol. IX, 1890); ma questi fenomeni parziali non costituiscono una pazzia, sebbene siano indizii d'una incipiente disaggregazione della personalità. L'alienazione mentale perturba tutto intero l'organismo psichico, come lo

prova il fatto che anche nelle più semplici psiconeurosi, laddove sembrerebbe alterata unicamente la tonalità fondamentale del sentimento (esaltamento e depressione), il pazzo pensa e agisce sempre in conformità del suo nuovo morboso modo di sentire. Ciò non impedisce che nel malato possa contemporaneamente aversi un numero anche grande e svariato di sentimenti normali, di percezioni corrette, di idee regolari e di azioni ragionevoli. La coesistenza di queste apparenze di normalità col disturbo psichico più o meno esteso che costituisce la pazzia, è il fenomeno da cui la attenzione dei profani resta più profondamente colpita, così che spesse volte l'alienista, sia come medico curante, sia specialmente come perito nei Tribunali, incontra ostacoli insormontabili per fare accettare dal malato stesso, dai parenti, dagli amici e dai giudici il diagnostico di malattia mentale.

Ma la caratteristica dell'alienazione sta in ciò, che il disturbo del sentimento o dell'ideazione si traduce sempre nella sfera psicomotoria: cioè, prima di tutto, nel potere di appercezione sui fenomeni subbiettivi della psiche; in secondo luogo, nella estrinsecazione reattiva degli stati di coscienza. In causa di ciò, il malato dapprima diviene impotente a regolare il corso delle sue operazioni mentali, e soprattutto ad esercitare l'azione moderatrice sulle associazioni incoscienti, siano rappresentative, siano emotive; in seguito, egli perde la facoltà di dirigersi nelle sue azioni in conformità della sua condotta precedente e delle sue relazioni di convivenza sociale, vale a dire perde il potere che la psicologia classica chiamava del « libero arbitrio ». Siccome la personalità umana si manifesta specialmente nelle varietà individuali del modo di reagire agli stimoli esterni od interni, così apparirà sempre più fondato il concetto da me espresso che, per diagnosticare lo stato di pazzia, l'alienista deve prendere unicamente a guida l' esame della personalità antica e nuova del malato, o il confronto di essa col tipo medio della personalità umana.

66. **La pazzia e le variazioni evolutive e normali della personalità.** — Per bene e giustamente apprezzare i disturbi arrecati dalla pazzia, occorre tener presente

un altro dato psicologico di suprema importanza: ed è che la personalità umana è sommamente variabile, anche entro i limiti della più stretta normalità, quando venga considerata nei diversi momenti della esistenza.

Il variare degli individui umani sotto l'aspetto intellettuale e morale deriva, in primo luogo, dal rapporto indissolubile che lega la funzione coll'organo, e dalle leggi che regolano l'evoluzione individuale (ontogenìa psichica); in secondo luogo, dalle relazioni che ciascuno dei viventi ha coll'ambiente, ossia con le condizioni esterne di esistenza, segnatamente con quelle sociali (mesologia psichica). Ne consegue che la pazzia non ha, nè può avere gli stessi caratteri clinici nei varî periodi dell'esistenza d'una data personalità, e tanto più in quanto, come vedremo, esiste una ancor più grande variabilità individuale sotto l'aspetto dei poteri e delle attitudini psichiche. Qualunque siasi la forma di malattia mentale che si prenda in esame, paragonandone le manifestazioni nel fanciullo, nel giovine, nell'adulto e nel vecchio si troveranno sempre profonde differenze cliniche, senza parlare di quelle forme del tutto caratteristiche, che si sviluppano in connessione coi periodi biologici dell'esistenza (es. le frenastenie, le parafrenie sessuali, la paralisi generale progressiva, le psicosi senili, ecc.).

Intorno alle leggi che presiedono alla formazione dell'individualità psichica, mi sono abbastanza trattenuto nel I. Volume di quest'opera (Cap. II, *Elemento storico-genetico per la diagnosi della pazzia*, §. 18.°-21.°). Oggidì queste leggi furono vivamente illuminate da ricerche pazientissime sulla psicologia della prima infanzia, le quali mostrarono come sia possibile determinare nel fanciullo il modo successivo di estrinsecamento dei fatti di coscienza e l'acquisto graduato dei poteri fondamentali dello spirito umano, i quali sono la conoscenza, il sentimento, la volontà (Kussmaul, C. Darwin,

TAINE, COMPAYRÈ, PEREZ, PREYER, SIKORSKY, ecc.). Si assiste, cioè, in primo luogo, al meraviglioso umanizzarsi della coscienza, la quale in modo relativamente rapido si viene distinguendo dall'animale per una vera ricapitolazione del processo filogenetico; e in secondo luogo, si assiste al lento e progressivo formarsi del carattere individuale. Lasciando tutto ciò che di astratto e di strettamente relativo ai principii generali di Psicologia può contenersi in questo argomento, qui mi restringerò a considerarlo soltanto per riguardo alle sue conseguenze pratiche in Patologia mentale: accennerò, cioè, talune applicazioni che l'alienista, quando voglia fare opera veramente scientifica e non empirica, è costretto ad effettuare nell'apprezzamento clinico dei fenomeni psicopatici offerti da ciascun alienato.

a) La formazione della personalità è continua dalla nascita alla morte dell'individuo, e si può affermare che non raggiunge mai una perfetta e completa stabilità. Essa percorre fasi successive di crescenza e di sviluppo, ciascuna delle quali è caratterizzata da un grado diverso di attività mentale e da un insieme pure diverso di capacità affettive ed intellettive: precisamente com'è continua e nello stesso tempo varia la evoluzione somatica e fisiologica (« antropologica » nel senso di G. CARUS) dell'individuo. Questa è la ragione per cui si hanno le psicosi caratteristiche di ciascuna fase biologica dell'esistenza, e soprattutto le forme connesse con i diversi periodi della evoluzione sessuale (es. l'ebefenia e le psicosi climateriche, tanto nella donna quanto nell'uomo).

Le capacità e le operazioni mentali differiscono molto nei diversi periodi dell'esistenza individuale, perchè ciascuna facoltà va soggetta a particolari fenomeni di incremento e di sviluppo, non sempre paralleli quelli dell'una a quelli dell'altra: e perchè l'insieme armonico delle facoltà soggiace, in conseguenza di ciò, a incessanti e progressive modificazioni,

(Cfr. SULLY, *Outlines of Psychology*, VII ed., 1891, Cap. III). La psiche, considerata in successivi momenti della vita individuale, si compone, infatti, d'un numero straordinario di stati di coscienza, i quali tendono a sistemarsi, sia per aggregazione, sia per inibizione reciproca, in una unità sintetica, da cui risulta per l'appunto la personalità. Ma questo processo di sistemazione, prendendo le mosse dalle predisposizioni ereditarie (filogenetiche), comincia in forma incosciente fino dai periodi della vita embroniale, si allarga dopo la nascita, specialmente coi fatti di coscienza che a poco a poco diventano abituali e perciò anch'essi incoscienti, e attraversa tutte le fasi che dipendono dall' evoluzione biologica dell'organismo senziente e reagente: si svolge, insomma, per un adattamento continuo dell'individuo alle sue condizioni esterne di esistenza (fisiche e sociali). Paragonando, ad esempio, la capacità ed attività psichica d'un uomo adulto con quella d'un fanciullo, noi troviamo che le operazioni mentali del primo: a) sono più numerose e svariate; b) sono più perfette, cioè più forti, rapide ed esatte; c) sono più complicate, consistono cioè in più ricche associazioni ed integrazioni di stati di coscienza (osservazione attenta, appercezione, idee astratte, giudizii teorici e pratici, sentimenti estetici, ponderazione nella scelta, ecc.). Tutto questo avviene in modo speciale per la legge d' esercizio, poichè ciascuna facoltà o forma di capacità mentale tende a ritenere gli acquisti precedenti e a formarli in una unità sempre più alta.

Data la natura della mia opera, si comprende che io non posso diffondermi, quanto vorrei e potrei, sulle leggi della ontogenìa psichica; ma ne debbo dire almeno quanto basta a che il medico non alienista e lo studente sappiano apprezzare l'importanza pratica, cioè diagnostica, di questi principii di psicologia positiva.

Studiando lo sviluppo della personalità in un determinato individuo, noi vediamo che esso dipende almeno da tre fattori: 1.° l'eredità; 2.° le fasi di crescenza e di sviluppo del sistema nervoso; 3.° l'ambiente. Possiamo esprimere l'azione di questi fattori fondamentali nei tre principii seguenti:

α] Ciascuna personalità deriva i suoi primi e fondamentali caratteri dall'insieme delle predisposizioni ereditarie dell'individuo, le quali sono nella sfera psichica infinitamente più varie e complesse che non nella organica. — Ecco perchè i casi di ciascuna psicosi si presentano costantemente con note individuali assai più spiccate, che non i casi di qualsiasi malattia comune: ecco perchè il diagnostico delle alienazioni mentali è di gran lunga più difficile di tutti gli altri: ed ecco perchè i quadri nosografici della Psichiatria sono a contorni meno netti e a linee meno precise di quelli della Patologia speciale medica, e perchè vi figura con tanta larghezza ed efficacia il fattore dell'eredità, soprattutto dell'eredità morbosa progressiva (degenerativa).

È l'eredità della specie, della razza, della famiglia (il *phylum* dei naturalisti) ciò che fissa ed accumula nel cervello certe determinate organizzazioni di struttura, le quali producono determinate tendenze e attitudini funzionali. All'insieme di queste organizzazioni ereditarie, da cui dipende la costituzione fondamentale, originaria, dell'essere vivente, i biologi danno giustamente il nome di « fattore interno ». Per riguardo alla psiche, il fattore interno consta delle attitudini primordiali di sentire e di reagire, quali si svilupparono attraverso l'intera serie, e quali vennero potenzialmente in ciascuna specie accresciute di generazione in generazione in rapporto colle sue condizioni di vita. Soltanto in questo senso può parlarsi di tendenze e attitudini *innate*, che più correttamente dovrebbero dirsi *connate*. Con la teoria psicogenetica evolutiva noi ci spieghiamo oggi chiaramente il problema dell'innatismo delle idee, che ha dato tanto da pensare alla vecchia psicologia spiritualistica. L'eguaglianza congenita dei cervelli, e quindi anche quella delle singole personalità umane, è impedita da ciò che ciascun individuo è il prodotto di strutture e funzioni variamente acquistate dalle generazioni ascendenti, e variamente combinate nella loro trasmissione alle generazioni discendenti.

Sull'influenza dell'eredità mi sono abbastanza diffuso nel 1. Volume (cfr. Cap. II, §. 14.°-16.°): qui sarebbero da esaminare forse le dibattute questioni intorno ai limiti dell'ereditarietà per rispetto ai caratteri acquisiti dall'individuo, e intorno all'influenza modificatrice del mezzo, cioè dell' educazione e dell'esercizio, per rispetto ai caratteri gentilizii. Sono due questioni che interessano vivamente la nostra disciplina. La prima ha relazioni dirette colla parte generale della Psicopatologia, cioè coll' etiologia e patogenesi delle infermità e malattie mentali (per esempio, azione dei traumi e dell'alcoolismo dei progenitori, trasmissibilità delle neurosi o neuropatie acquisite, specialmente dell'esauribilità nevrastenica provocata da eccessivo lavoro, ecc.): la seconda tocca più strettamente la *praxis* della Psichiatria, vale a dire la profilassi e la terapeutica (es. influenza dell'educazione come mezzo preventivo delle psicosi ereditarie, psicoterapia della pazzia confermata, ecc.). Ma l'indole e i confini obligatorii del *Manuale* mi permettono appena di accennare siffatti argomenti, che troveranno altrove la loro legittima trattazione.

β] **Le fasi di sviluppo della personalità psichica sono in diretta ed immediata relazione con le fasi individuali di sviluppo del sistema nervoso, e soprattutto con quelle del cervello (centri corticali). — Ne segue che le infermità e malattie mentali hanno un diverso carattere nosografico (generale) e un diverso carattere clinico (individuale) secondo il periodo dell' esistenza in cui si originò e si svolse il processo morboso. Le psicosi che dipendono da ereditarietà degenerativa, e quelle che incolgono l'individuo nei primi periodi della vita, consistono essenzialmente in un arresto o in un difetto di sviluppo dei poteri mentali; ciò che si altera in esse è, o la primordiale capacità quantitativa, o l'armonica sistemazione delle diverse facoltà che dovrebbero comporre la personalità definitiva (frenastenie e parafrenie). Queste psicosi offrono, per ciò, una sintomatologia ed una diagnosi, non solo caratteristicamente di-**

verse, ma altresì più varie di quello che ci presentino lo psicopatie svolgentisi in una personalità completamente sviluppata ed euritmicamente coordinata.

Io insisto da molti anni su questo punto antropobiologico, che viene in generale trascurato o poco avvertito dalla maggioranza degli scrittori di Psichiatria. Eppure, non può comprendersi il divario, da nessuno tuttavia contestato, fra le psicosi degenerative e le psiconeurosi vere e proprie, se non si tien conto delle differenze che esistono nella forma esterna, nella conformazione interna, e quindi anche nella capacità funzionale dell' organo psichico ai diversi periodi della sua evoluzione individuale. Il cervello, come tutte le parti dell'organismo, ha fenomeni particolari di crescenza e di sviluppo, che possiamo chiamare di metabolismo. Esso, cioè, *cresce* di massa, in quanto aumentano fino ad un certo punto la sua grandezza e il suo peso: e si *sviluppa*, in quanto avvengono nella sua struttura cangiamenti intimi di conformazione. I due processi, però, non decorrono paralleli. La crescenza progredisce assai più rapidamente, e raggiunge il suo limite massimo poco dopo la fine del primo decennio di vita: lo sviluppo, invece, si continua molti anni più in là, sotto l'influenza dell'educazione e dell'esercizio, quando la massa cerebrale è divenuta da lungo tempo stazionaria.

Per le conseguenze che questa duplice evoluzione dell'organo cerebrale provoca nella sintomatologia delle psicopatie, sarebbe certamente più importante stabilire e misurare gli acquisti di struttura che non quelli di massa; ma le ricerche sull'istologia dei centri nervosi sono appena cominciate, e i pochi dati comparativi da noi fin qui posseduti riguardano esclusivamente alcune delle più grossolane differenze fra il periodo embrionale, l'adulto, e l'estremo senile. L'istogenesi cerebrale in relazione colle fasi biologiche dell' esistenza, e soprattutto con le importantissime che corrono dalla nascita alla giovinezza, è tutta da fare. Nullameno possiamo a priori immaginare che le indagini ulteriori dimostreranno i due fatti seguenti: 1.° un differenziamento progressivo nella struttura dei diversi centri corticali, in rapporto con la specificazione

funzionale e con la divisione del lavoro: 2° una complicazione pure progrediente nei loro rapporti associativi. La formazione completa dell'« individuo morale », ossia della personalità, è il prodotto di questa specificazione e coordinazione integrativa dei centri organici dell'intelligenza, del sentimento e della volontà.

Ci riesce, per contrario, più agevole stbilire la legge di crescenza quantitativa dei centri nervosi, valendoci dei dati sul peso dell'encefalo nelle diverse età, sia considerato in modo assoluto, sia comparato al peso del corpo ed alla statura. Nella figura 64 si trova la rappresentazione grafica riassun-

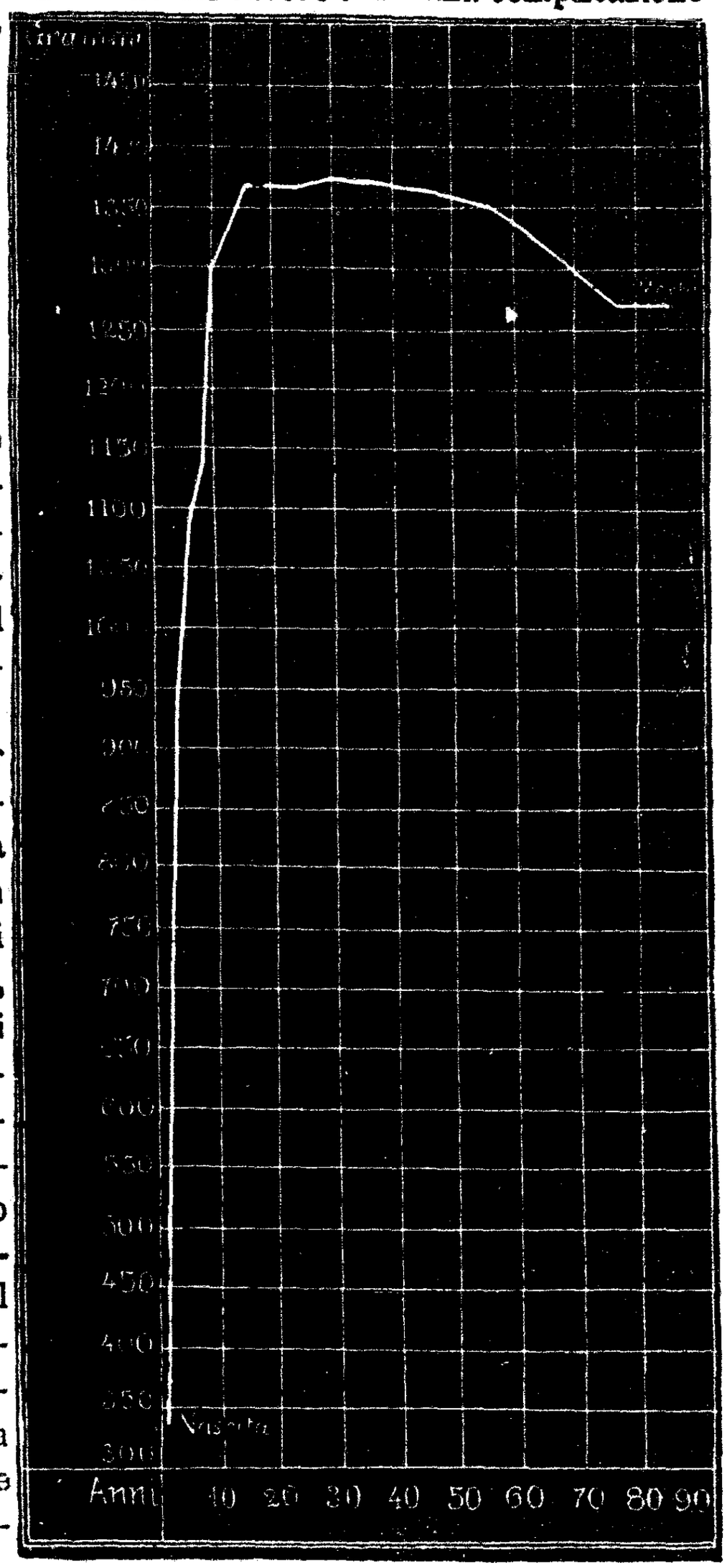


Fig. 64. — Curva grafica del peso medio dell'Encefalo umano secondo i vari periodi dell'esistenza (Dal TOPINARD).

(Questa curva riguarda il solo sesso maschile ed è calcolata su 1758 casi individuali pesati in tempi diversi dal BOYD, dal BROCA e dal BISCHOFF: essa rappresenta, dunque, la media di tre popolazioni Europee differenti, l'Inglese, la Francese e la Tedesca).

tiva delle misurazioni compiute dai più reputati anatomici sul peso assoluto dell'encefalo, dalla nascita alla morte, nel sesso maschile (WAGNER, WELCKER, BOYD, BROCA, BISCHOFF, TOPINARD). Noi vi scorgiamo parecchi fatti antropologici di sommo valore per la diagnosi psichiatrica: — 1.° La vita dell'encefalo può dividersi in tre fasi, una ascendente, una stazionaria, ed una discendente; — 2.° Nella fase ascendente l'encefalo guadagna (in media) più di 1000 gr. di peso: nella discendente ne perde almeno 100; — 3.° Il più rapido periodo di crescenza cerebrale è quello che corre dalla nascita al quarto anno; — 4.° Verso il 14-15° anno è raggiunto il maximum di peso assoluto; a questo punto la massa cerebrale permane stazionaria fino al 35.° anno; — 5. Alla fine del terzo decennio della vita il peso comincia lentamente a diminuire; — 6.° La diminuzione si accentua rapidamente al di là del 55.° anno, e continua fino alla morte (fisiologica) dell'organismo.

In tutto questo percorso metabolico, che la vita del cervello attraversa, sono specialmente a notare quattro momenti o *fasi critiche*. La prima cade dal 2.° al 4.° anno dopo la nascita, cioè quando la massa cerebrale ha il maggior peso relativo per rispetto alla massa di tutto il corpo (malattie convulsive dell'infanzia); — la seconda corre verso il 14°-18° anno, e comincia allo stabilirsi dei poteri riproduttivi (malattie nervose e mentali della pubertà, ebefrenia, parafrenia sessuale, paranoia originaria degenerativa); — la terza cade nel quinto decennio d'esistenza, cioè dal 40.° al 50.° anno, e comincia in media, specialmente nelle donne, colla cessazione del periodo utile riproduttivo (parafrenie critiche del climaterio, che contro l'opinione comune si presentano anche nel sesso maschile, paranoia eroto-ipocondriaca, paralisi generale progressiva): — la quarta ed ultima finalmente coincide coi processi involutivi della vecchiaja (psicosi e demenza senile).

γ] Lo sviluppo della personalità, in quanto consta di operazioni intellettuali, di sentimenti e di volizioni, è in relazione col mezzo fisico e morale, in cui si svolge la vita dell'individuo. Sono le condizioni esterne di esistenza, e specialmente sono le relazioni sociali, che mediante le impressioni continuate sui sensi forniscono

alla intelligenza i suoi materiali, determinano la disposizione o tonalità costitutiva del sentimento generale, e dirigono l'attività di reazione, e quindi la condotta. Questa influenza s'esercita incessantemente dalla nascita alla morte, e varia di intensità, di indole e di contenuto secondo i rapporti e gli affari sociali che caratterizzano i diversi periodi della vita. — Dal che nascono divergenze importanti nella modalità, nel contenuto e nel significato dei fenomeni morbosi elementari, che costituiscono il quadro delle diverse psicopatie (ad esempio nelle allucinazioni, nei delirî, negli impulsi, nelle idee ed azioni coatte, nelle associazioni rappresentative ed emotive incoscienti, ecc.).

Per riguardo all'ambiente domestico, rinvio il lettore al mio primo Volume (Cap. II, § 17° e 19°.). Gli ultimi studii sulle leggi dell'imitazione nel regno dei viventi ci permettono di ridurre l'azione dell'ambiente sociale a un vero e proprio *mimetismo* umano (A. R. WALLACE - TARDE). Per dirla con un termine divenuto ora di moda, si tratta di una suggestione, sostanzialmente non diversa da quella che costituisce l'origine di tutti i fenomeni dell'ipnotismo. Il GUYAU specialmente, in una sua opera postuma, ha insistito sulle analogie intime fra suggestione ed educazione, intendendo per educazione l'insieme delle influenze mesologiche sociali da cui siamo circondati, e che ci modificano o, altrimenti, ci adattano, nella intelligenza, nel sentimento, nella condotta (cfr. *Éducation et hérédité, Essai sociologique*, 1889). L'esempio, il comando, l'autorità, l'affermazione colla parola o col gesto, l'espressione mimica degli stati sentimentali, la ripetizione delle medesime impressioni visive od acustiche, sono gli strumenti, o, meglio dirò, i costituenti di questa suggestione sociale, che, agendo fin dapprima sul fondo delle predisposizioni ereditarie, contribuisce a formare, e in seguito ha il potere di trasformare, senza che ne siamo coscienti, la stessa nostra personalità.

b) Nello **stato normale più completo** (indivi-

duo adulto) la personalità è soggetta a continue variazioni, di cui quelle che si producono negli stati di malattia debbono in gran parte riguardarsi come una semplice esagerazione. Anche nell'individuo il più fisiologicamente costituito sotto l' aspetto mentale, la personalità non è mai costante, il che dipende dal fatto che la sistemazione degli stati di coscienza, che la compongono, non è mai completa. Non vi sono nell'esistenza psichica individuale due momenti, di cui possa dirsi che sono eguali: potrà dirsi tutt'al più che sono simili od analoghi, ma ciascuno di essi si differenzierà dagli altri per qualche particolare divergenza nell' intensità e nella **coordinazione degli elementi costitutivi della coscienza.**

Essendo la personalità una sintesi psichica, cioè la risultante di tutti gli stati sentimentali, emotivi, rappresentativi e volitivi passati e presenti dell'individuo, noi dobbiamo cercare le cause intime di questa sua continua variabilità nell'organismo, cioè nella sintesi fisica individuale. L'unità reale dell'uomo non risiede, come gli psicologi della vecchia scuola supponevano, nella semplicità dell' anima o dell' *io* morale, ma nel fondo organico comune che costituisce la personalità: l'unità umana, insomma, ha la sua causa nel corpo, e non nello spirito. Ora, il corpo è un organismo composto di più parti, ciascuna delle quali ha funzioni particolari che tendono bensì a sistemarsi e coordinarsi, ma che non hanno mai completamente la stessa intensità. Questa oscillazione degli stati organici deriva da due sorte di cause, quasi sempre mescolate però insieme e determinate l'una dall'altra: le une sono *intrinseche*, e consistono nei cangiamenti che si verificano nella materia vivente pel continuo moto di integrazione e disintegrazione (trofismo); le altre sono *estrinseche*, e consistono nell'azione dei cangiamenti del mezzo (reazione alle condizioni di vita). Noi abbiamo tutti il sentimento delle modificazioni continue del nostro io, giacchè la coscienza altro non è che la percezione dei cangiamenti indotti dagli stimoli nel nostro organismo e ripercossi in via centripeta sull'organo che tutti

li sintetizza, cioè sulla corteccia cerebrale. Ogni nuova impressione, ogni sensazione, ogni idea, ogni tendenza modifica la nostra personalità da quello che essa era nel momento antecedente sotto l'azione di altre impressioni, idee e tendenze; così che l'unità dell'io non dura mai più di un istante, cioè dura soltanto fra un determinato stato di coscienza e quello che immediatamente gli sussegue.

Nel corso d'una lunga vita un uomo attraversa, dunque, un numero indefinito di personalità, tante quante sono le modificazioni apportate al suo io. Quelle che si succedono nello stesso individuo sono talvolta fra loro tanto dissimili, che se ciascuna fase abbastanza lontana della vita potesse incarnarsi o impersonarsi in individui distinti che si facessero vivere contemporaneamente, si vedrebbe risultarne un gruppo il più eterogeneo: la dissimiglianza giungerebbe anzi a mostrarci le « persone più opposte nell'indole, nei sentimenti, nei pensieri e nelle azioni ». Ho detto però « abbastanza lontana »: ed invero, nello stato di salute la variazione psichica intellettuale e morale di ciascuno di noi si effettua in modo assai lento e per gradazioni succedentisi poco a poco. D'altra parte, i cangiamenti che avvengono in un individuo normale riguardano soltanto i fenomeni più complicati dello spirito, quelli che possono dirsi secondarî, quali sarebbero i ricordi meno necessarî, le credenze, i giudizî astratti, le inclinazioni, i desiderî, gli affetti: — ciò che non varia è la costituzione fondamentale che risulta dall'organizzarsi dei ricordi, dei sentimenti, delle tendenze, insomma degli stati primitivi e più semplici della coscienza. Se il cangiamento fosse troppo repentino o troppo profondo, così da disaggregare o da impedire la sintesi sistematica che in noi si era formata o si va formando fra gli stati di coscienza, allora la variazione della personalità acquisterebbe i caratteri morbosi, e diventerebbe una vera e propria alienazione mentale: ed è quello che per l'appunto si verifica nei pazzi e nei neuropatici.

Tuttavia, anche la vita psichica fisiologica ci offre alcune oscillazioni rapide e violente della personalità. Ne sono un bell'esempio i s o g n i, nei quali spessissimo la nostra coscienza assiste, meravigliata, allo strano spettacolo di personalità in-

feriori, più di rado superiori, che sembrano emergere dal fondo oscuro dell'incosciente e si trovano in aperta opposizione col nostro modo ordinario di sentire, di pensare e di agire. Ecco perchè il sogno fu paragonato ad una pazzia transitoria, ed ecco perchè la pazzia, dal suo canto, offre tante affinità con quelle associazioni spontanee e sregolate nelle idee e nei sentimenti, che si avverano durante lo stato di sonno anche nelle persone più sanamente costituite sotto il riguardo della intelligenza e della moralità.

Codesto insorgere improvviso di nuove personalità, distintissime da quella normale, si scorge ancora più spiccato, e fino a gradi che non si sarebbero mai previsti, durante certi avvelenamenti acuti, ad esempio nell'ebbrezza alcoolica, nella cloroformica, nell'eterica, nella morfinica, nella cocainica, nella theinica, e simili. Ma dove la disaggregazione può essere studiata con maggiore profitto, perchè avviene in forma più metodica, è nello stato di ipnotismo (cfr. il mio: *Magnetismo animale, la fascinazione e gli stati ipnotici*, II. ed., Torino, L. Roux, ed., 1886). Qui i cangiamenti, le sostituzioni, le forme alternate più opposte della personalità avvengono e si succedono rapidissimamente e agevolmente, usando determinati processi di suggestione (acustica o verbale, visiva o mimetica, passiva o motoria, ecc.). Cangiandosi il sentimento di personalità, si ottiene per legittima conseguenza quel curioso fenomeno che gli ipnologi chiamano « obbjettivazione dei tipi » (C. Richet); ma mi riservo di accennare più innanzi le applicazioni psichiatriche di questi dati di psicologia sperimentale.

67. **La pazzia e le varietà individuali della personalità.** — La personalità umana è, fra tutti gli aggregati naturali a noi conosciuti, quello che offre le più numerose e profonde varietà. Ciascun individuo considerato sotto l'aspetto psicologico è una sintesi sistematica di elementi intellettuali, sentimentali e volitivi infinitamente diversi per la origine, l'intensità, il contenuto, e coordinati in modi e in rapporti vicendevoli

i più differenti e complessi. Questa variabilità psichica ndividuale si manifesta tanto in forma statica (ineguaglianze di capacità), quanto in forma dinamica (ineguaglianze di sviluppo dei poteri mentali): d'onde l'enorme varietà che si osserva nella sintomatologia di ciascun caso clinico, il quale cada nella sfera d'osservazione dell'alienista. Mentre i quadri nosografici della patologia comune hanno linee abbastanza nette e precise, quelli della Psichiatria sono invece indeterminabili o, per lo meno, fin qui indeterminati, come lo provano i molti saggi di classificazione e le divergenze non lievi fra i varî trattatisti. Di più, ciascuna personalità adulta, pur soggiacendo a processi morbosi consimili di disintegrazione, conserva sempre i suoi caratteri ordinarî, e dà ai singoli sintomi della pazzia, per esempio alle allucinazioni, ai delirî ed agli impulsi, un colorito individuale.

Delle cause e dei limiti della variabilità umana in generale trattai ampiamente in altra opera, alla quale rimando (*Antropologia generale — Lezioni sull'Uomo secondo la Teoria dell'Evoluzione*, Torino, Unione Tip. editrice, 1887-92, cfr. Lez. XI, p. 399-408), e per rispetto alla Patologia mentale ne feci già cenno nel I. Volume di questo *Manuale* (Cap. I., §§ 6.°-8.°, e Cap. II., § 21°). Qui mi limiterò, dunque, ad altre poche considerazioni generali.

L'alienista raccoglie ogni giorno le prove della grande ineguaglianza mentale che esiste fra gli uomini, e nessuno è più di lui in grado di fornire argomenti positivi per la soluzione dell'altissimo problema sociale che oggidì travaglia i pensatori (utopia del socialismo egualitario). Se fosse possibile misurare in modo esatto e ridurre in dati quantitativi la potenzialità psichica, come può farsi per i caratteri antropologici e per certe funzioni organiche (cfr. Vol. I), noi vedremmo i *valori psicologici individuali* disporsi in una serie regolare, secondo la nota formula binomiale del NEWTON: vedremmo, cioè, che esiste bensì un gruppo più numeroso di individui provvisti di potenzialità cerebrale media o comune, ma cerche-

remmo invano il rappresentante del così detto « tipo umano », o altrimenti « uomo medio ». Nella dottrina dell'*uomo medio* (QUETELET), per quanto posta sotto il patrocinio di un ARISTOTELE e d'un PASCAL, si trova solo l'esagerazione del volgarissimo *in medio stat virtus* rivestito di apparenza scientifica. Lo stato medio, o intermediario fra gli estremi della serie mentale, diventerebbe in tal caso lo stato di vera perfezione della personalità umana, e la gerarchia avrebbe il suo culmine precisamente nel punto in cui cade la « mediocrità ». Come nelle caratteristiche fisiche l'uomo medio dovrebbe essere il tipo della bellezza, della robustezza, dell'agilità, della forza, della capacità vitale, della facoltà sensitiva, così nelle psichiche diventerebbe il tipo o l'*ideale* della intelligenza, della virtù, della saggezza, del carattere, insomma dell'equilibrio completo fra il sentire, il pensare e l'agire. Ma qui verrebbe commesso un grave equivoco, in quanto si assumerebbe come stato normale o perfetto la media empirica che si può stabilire fra il *più* ed il *meno* di una data quantità fisica o morale dell'uomo. I fatti d'osservazione dimostrano, invece, che anche entro la cerchia della così detta « normalità » si incontrano le più inaspettate differenze individuali; che anzi in queste differenze dei poteri psichici, e nel vario modo con cui esse si combinano e coordinano negli innumerevoli individui costituenti l'umanità passata, presente e futura, risiede la precipua causa degli eventi storici, e quindi di ogni progresso umano.

La teoria del « tipo » o « individuo medio », portata incoscientemente, direi, nel campo della Medicina, è causa di gravissimi errori diagnostici; ma ancor più dannosa essa diverrebbe nella ristretta zona della nostra specialità, qualora si pretendesse trovare in ogni caso clinico la riproduzione reale dei quadri descrittici dai nosografi. Nella Patologia mentale le differenze individuali sono immensamente più numerose e moltiformi di quello che siano e possano essere nella patologia comune: ed ecco perchè negli ultimi e più autorevoli trattati di Psichiatria, abbandonando il vecchio schematismo scolastico, si è adottato l'indirizzo individualistico, che alcuni accusano di soverchia sottigliezza, ma che è, per contrario, l'espressione più veridica della realtà (cfr. SCHÜLE, *Klinische Psy-*

chiatrie, III ed., 1885: MEYNERT, *Vorlesungen üb. Psychiatrie*, 1890: MAGNAN, *Leç. clin. sur les mal. ment.*, 1891).

Si prenda la descrizione delle forme fondamentali di psiconeurosi, ad esempio della mania, della melanconia, della stessa demenza secondaria, come si possono leggere nei classici volumi, dall'ESQUIROL al MOREL e al MARCÈ, dal FRIEDREICH al GRIESINGER ed anche alle prime edizioni del KRAFFT-EBING: ma quali e quante varietà non troveremo noi in pratica per rispetto ai prodromi, ai sintomi, al decorso dei varî casi clinici, e soprattutto per rispetto alla condizione generale della coscienza, alla partecipazione dei centri psico-sensorii e psicomotorii, al colorito della emotività, alle reazioni estrinsecative della psiche ammalata! Moltissimi casi di psico-neurosi bene studiati ed apprezzati si dispongono sui confini assegnati dai trattatisti ad una determinata forma, e passano per sfumature indecise, talora in modo affatto inaspettato, sul territorio d'altre forme teoricamente distinte. Ma più manifesto ancora è questo fatto nel grande gruppo delle psicosi degenerative, dove vediamo non di rado sullo stesso individuo l'intreccio più complicato di anomalie costituzionali della mente e di episodii parafrenici, non esclusa la comparsa dei più svariati disturbi nervosi. Questo fa sì che nei saggi di classificazione basati sulla sintomatologia si tende sempre più a moltiplicare le forme nosografiche « fondamentali » della pazzia, mentre un concetto più esatto della loro patogenesi ed una conoscenza più profonda della psicologia dovrebbero forse indurre, e col tempo sono certo che indurranno gli alienisti, a considerare le sindromi come puri e semplici effetti della variabilità psichica individuale. In altre parole, molte forme di pazzia, che i nosografi distinguono ed inquadrano entro limiti netti, altro non sono, malgrado l'apparente loro divergenza, che *varietà cliniche* o *stadî differenti* d'uno stato morboso probabilmente unico, il quale si modifica secondo la personalità dell'individuo che ne è affetto.

La ineguaglianza degli uomini sotto l'aspetto psichico dipende da molti fattori; ma questi si possono ridurre ai tre seguenti, ciascuno dei quali ha una importanza suprema in psicopatologia:

1.° Alle differenze originarie della capacità mentale, o meglio dirò della potenzialità funzionale del cervello. — Ci riesce difficile di comprendere e stabilire la causa di cotali differenze, che evidentemente sono in particolare, sebbene non esclusivo rapporto colla trasmissione delle tendenze e attitudini ereditarie; ad ogni modo, esse danno sempre a ciascun caso di malattia o d'anomalia della mente un colorito speciale.

Considerando la mente come un processo di sviluppo funzionale, che ha sede in apparecchi ed in organi speciali, è chiaro che la sua capacità originaria dipende dalla struttura di questi. Che se la mente potesse intuirsi come un'attività primaria o sostanziale al modo in cui la intendeva la vecchia psicologia, ci riuscirebbe impossibile di spiegare le differenze psichiche degli individui. Sono queste differenze che noi sintetizziamo nelle parole *temperamento*, *indole*, o *carattere*, quando pensiamo alla diversità ed alle combinazioni individuali dei sentimenti e della condotta, e nelle parole *intelligenza*, *capacità*, o *comprensiva*, quando pensiamo alle stesse diversità e combinazioni dei poteri percettivi ed ideativi.

Se non si ammette una differenza originaria nella psiche, tutti gli uomini dovrebbero essere mentalmente eguali; ma siffatta eguaglianza è assolutamente inconciliabile colla disuguaglianza dei caratteri fisici, che nessuno degli psicologi spiritualisti oserebbe contestare. La Psichiatria conferma, sotto questo riguardo, le induzioni generali della psicologia moderna. Certo è che il determinare ciò che nel naturale di ciascun individuo è veramente originario, e il saperlo distinguere da ciò che può essere il risultato dell'ambiente, dell'educazione e d'ogni altro fattore esterno, è sommamente difficile; nullameno, le osservazioni dei genitori sulle tendenze ed attitudini manifestate dai bambini fino dalla nascita, e più tardi quelle dei maestri sul diverso grado di educabilità dei fanciulli nelle primissime età della vita, non lasciano dubbio sulla esistenza reale delle differenze primigenie della psiche. Alcuni propendono ad attribuirle esclusivamente all'eredità, tenendo conto,

s'intende, tanto della diretta e similare, quanto della indiretta ed analoga provenienti dalle generazioni anteriori: — ma, pur riconoscendo che la trasmissione gentilizia delle strutture e delle attitudini funzionali occupa il primo posto fra le influenze organizzatrici della psiche individuale e sociale, non si può però dimenticare che l'organismo vivente manifesta sempre una disposizione continua alla varietà, di cui non riusciamo a vedere alcun rapporto causale immediato col fattore ereditario. Non è qui il luogo di esaminare la dottrina dell'*idioplasma* del NAEGELI e le consimili ipotesi d'indole più metempirica che scientifica, colle quali si vorrebbe spiegare la variabilità primordiale della materia organizzata: per rimanere nel campo dei fatti, quali ci vengono offerti dall'embriologia, dalla teratogenia sperimentale e da tutta la biologia positiva, noi dobbiamo riflettere alle azioni esterne che si esercitano sul nuovo essere fino dalle prime fasi dello sviluppo, cioè durante tutto il decorso della vita endo-uterina. È senza dubbio alla loro influenza, di cui fin qui non possiamo ancora stabilire la natura e valutare l'importanza, che sono dovute in parte le ineguaglianze originarie nella capacità mentale.

Per tale riguardo sono preziose le osservazioni del GALTON sui gemelli, la di cui personalità appare come il risultato della natura, e non dell'educazione; ciò che gli alienisti hanno campo di ben osservare nei rari casi di così detta « pazzia gemellare », poichè, pur essendo simile nei due fratelli il fondo della psicosi, s'osservano però sempre differenze individuali (LASÈGUE). Si può, dopo ciò, affermare che la genesi di molte anomalie e malattie della mente risale, anche senza l'intervento dell'ereditarietà morbosa, sino ai periodi embrionale e fetale dello sviluppo; ed è pure evidente che, a seconda della fase ontogenetica in cui l'influenza perturbatrice avrà agito sull'organismo e soprattutto sui centri nervosi, varieranno le relazioni fra le singole facoltà e capacità psichiche, e quindi varieranno l'epoca di comparsa, i sintomi, l'indole e la natura di ciascuna psicopatia.

2.° **Alle differenze o variazioni dello sviluppo, sia considerato in riguardo all'insieme o somma**

dei poteri cerebrali, sia in riguardo a ciascuno di essi e specialmente alla facoltà di ritenere ed associare le impressioni (« intelligenza » propriamente detta).

Osserverò, prima di tutto, che nella denominazione di « sviluppo individuale » io intendo comprendere tanto la fase evolutiva, quanto la evolutiva di esso, poichè, biologicamente considerata, la personalità si estende dal concepimento alla morte fisiologica (senile) dall'organismo individuale. Ora, tutte le personalità seguono nel loro sviluppo di ascenso e discenso un cammino normale e tipico, ma nei particolari della storia mentale degli individui, come ben dice SULLY, si osservano differenze quasi infinite. Non vi sono due casi in cui il processo della crescenza psichica sia esattamente il medesimo, vuoi in causa della diversità originaria testè considerata, vuoi in causa della varietà nelle circostanze esterne di vita. Si sa che la dentizione e la pubertà segnano nella fase evolutiva dell'organismo fisico due punti importanti, ma si sa pure che esse ora accelerano, ora ritardano: e il medesimo deve dirsi di quei fenomeni involutivi che segnano la decadenza senile dell'individuo. Ora, nella sfera psichica le cose non avvengono in modo diverso.

Lo sviluppo ascensionale d'insieme, ossia la crescenza dei poteri psichici è talora più rapida e facile, tal'altra invece più lenta e stentata: e la patologia mentale deve ricordare che un processo morboso, pure incogliendo due individui in fasi evolutive apparentemente simili, può dar luogo a fenomeni disparatissimi a seconda della precocità o tardività del loro sviluppo. D'altra parte, non tutti i poteri cerebrali, singolarmente riguardati, hanno la stessa attitudine, la stessa facilità e rapidità di crescenza o di decrescenza. Si vede, ad esempio, che in alcuni soggetti il potere cerebrale inibitorio, volgarmente chiamato facoltà di riflessione e di scelta, non si svolge in armonia con le circostanze esterne, specialmente sociali, se non dopo lunghi sforzi dell'arte educativa e dopo lunga e dolorosa esperienza della vita: in altri, per contrario, questo potere è bene sviluppato fino dalla infanzia. Si scorge pure in taluni una particolare agevolezza di sviluppo nei po-

teri mnemonici, mentre in altri la capacità mentale che per prima si svolge o si perfeziona, è quella di associazione delle immagini (fantasia). All'estremo opposto della parabola vitale, notansi differenze consimili nella resistenza delle singole capacità psichiche contro il processo d'involuzione: vi è chi invecchia dapprima nella memoria, e vi è chi può permanere fino alla più tarda vecchiaia con una singolare plasticità ritenitiva del cervello; anche la senilità della sfera sentimentale o affettiva è disuguale secondo gli individui.

Per queste ragioni, e soprattutto per le innumerevoli varietà cui può dar luogo lo sviluppo combinato ascensionale e discensionale delle capacità ed attitudini, non è a meravigliare se in pratica l'alienista incontra le forme cliniche più dissimili di frenastenie e di parafrenie nella pubertà e nella menopausa, e di psicosi senili.

3.° Alla varietà delle circostanze esterne di vita, siano fisiche, siano sociali, il cui insieme costituisce l'ambiente o « mezzo », nel quale trascorre la esistenza dell'individuo, e si svolge e completa la sua personalità.

Nel I volume di quest'opera si discorse con sufficiente larghezza delle azioni che l'ambiente esercita sulla formazione della personalità (Cap. II, § 17°), e nell'altra mia opera sull'*Antropologia generale* si troveranno il prospetto e la discussione dei varî agenti modificatori dell'organismo (loc. cit., Lez. XI-XII, spec. a pag. 386); pertanto qui mi restringo a ricordare che lo sviluppo dell'intelligenza, del sentimento e della volontà è sottoposto in ogni istante della nostra esistenza all'azione dei diversi agenti naturali, alla forma ed alla disposizione degli oggetti che ci circondano, ed all'influenza psichica della società o collettività di cui facciamo parte. Nel suo bellissimo trattato di Psicologia, il SULLY ci presenta una figura schematica, che dimostra in modo assai chiaro l'origine multipla degli elementi costitutivi della nostra personalità: la riporto integralmente (fig. 65, pag. 58).

Bisogna che di fronte ad ogni caso clinico l'alienista si ricordi che la mesologia sociale è un capitolo sommamente im-

portante della psicologia umana, sebbene sia stato fin qui poco studiato nel campo fisiologico e ancora meno nel patologico. Senza quelle influenze di imitazione, di simpatia, di rapporti d'assistenza, di difesa e anche di vicendevole offesa, che noi

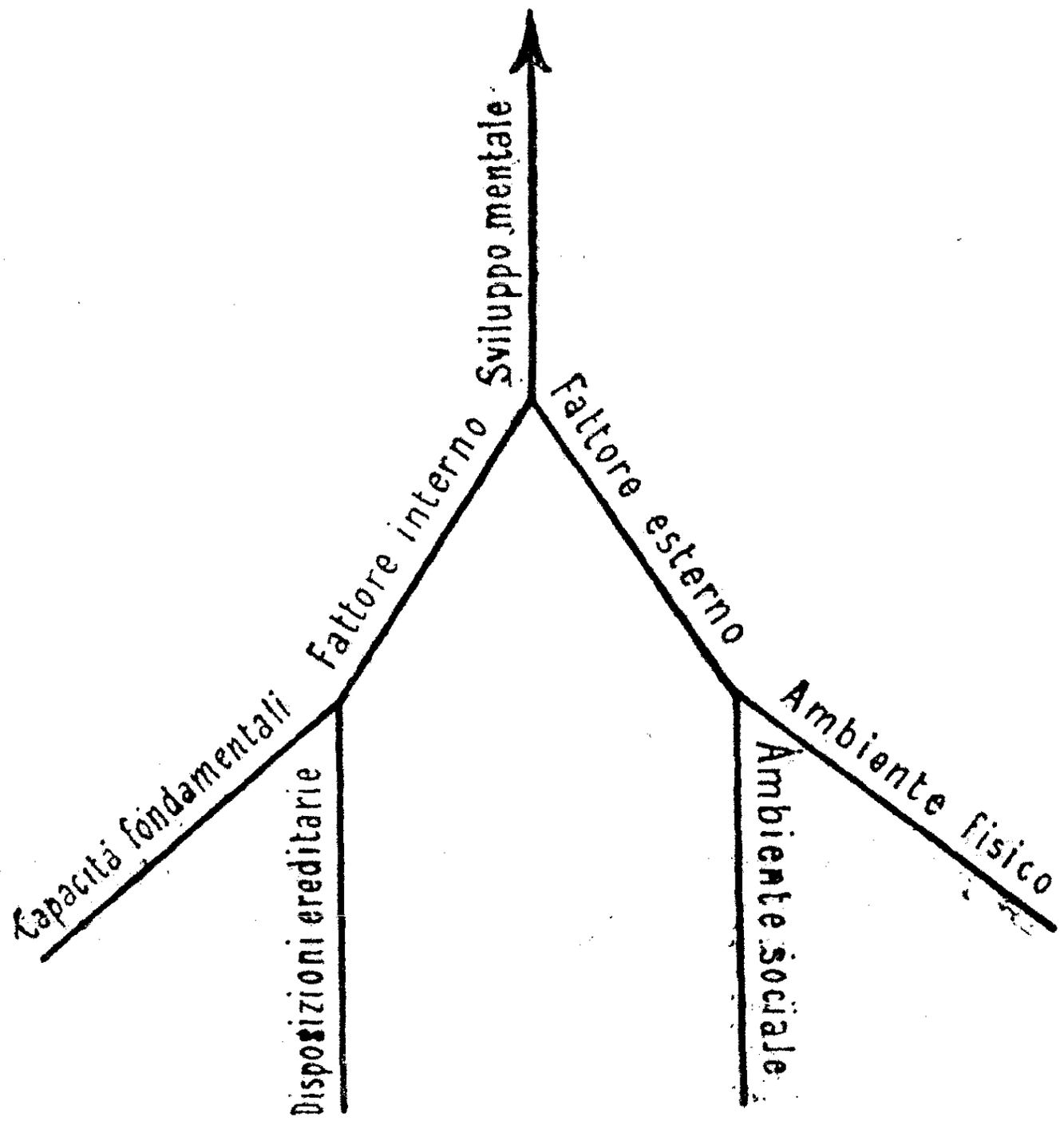


Fig 65. — Schema dello sviluppo della personalità.

(Da SULLY, *Outl of Psychol*, VIII^a ediz., p. 65).

chiamiamo « morali », ma che derivano, in fin dei conti, dai vincoli biologici fra gli esseri conviventi, non sarebbe possibile uno sviluppo mentale (LEWES). Noi cominciamo fin dall'infanzia a soggiacere all'azione psicologica dei genitori e dei parenti: ne siamo eccitati, diretti e regolati, cosicchè ben presto la capacità originaria del nostro cervello è difficile a riconoscere; ma poi, di mano in mano che il nostro organismo cresce, la sfera delle influenze sociali, quella che altrove ho chiamato « azione dell'uomo sull'uomo », vieppiù si com-

plica e si estende. La famiglia, la scuola, le amicizie e le relazioni di convivenza, la professione, l'esercizio d'un ufficio qualsiasi, i costumi, la moda, l'opinione pubblica, rappresentano altrettante sorgenti di impressioni, che col reiterarsi degli stimoli sensoriali e col ripetersi delle reazioni giungono a modificare ed a conformare in modo particolare la nostra personalità. E poichè cotali circostanze variano infinitamente di intensità e di proporzione fra loro, e poichè ciascuno di noi ha un grado peculiare di suggestibilità verso l'ambiente, ne derivano complicatissimi effetti per riguardo al risultato finale. Tuttavia, in tanta disuguaglianza psicologica, quale può formarsi in seno ad una società umana molto numerosa, si possono sempre stabilire raggruppamenti di individui, partendo da certe rassomiglianze fondamentali, e prima di tutto da quelle di origine biologica, quali sono il sesso, la razza, la stirpe, la età, poi da quelle di origine sociologica, ad es. il periodo storico, il grado e la indole della civiltà, il culto, la condizione economica, la professione, e simili. Ora, ciascuno dei gruppi, che corrispondono a queste divergenze fra gli individui, si presenta con caratteristiche fisiche e psichiche particolari, di cui la Psichiatria non ha finora abbastanza considerati gli effetti nelle manifestazioni della pazzia: vi è qui un terreno affatto vergine da sfruttare, dov'io sono certo che si raccoglierà una ricchissima messe. Ma perchè questa indagine analitica è rinviata all' avvenire della patologia mentale, non è motivo che l'alienista oculato debba presentemente trascurare, come pur troppo si fa in molti casi, il significato della variabilità individuale prodotta dall' ambiente.

68. **La pazzia e la delimitazione degli stati anormali della personalità.** — Il lato più importante della variabilità psichica individuale riguarda la delimitazione del concetto di pazzia. A qual punto si trovino le ultime variazioni normali della personalità che noi dobbiamo ancor considerare come fisiologiche, e dove comincino, invece, le variazioni abnormi e patologiche, è problema gravissimo che, oltre al non avere ricevuta

una soluzione soddisfacente in teoria, provoca pure difficoltà e dissensi nella *praxis* della Psichiatria. Invero, le deviazioni ed alterazioni della personalità, che formano il nostro oggetto, non si presentano sempre come stati perfettamente opposti alla condizione psichica normale; poichè, a quel modo che per rispetto agli altri apparecchi ed alle altre funzioni dell'organismo la fisiologia passa insensibilmente nella patologia, così pure non v'è separazione netta e precisa fra la normalità completa della mente e la vera e propria psicopatia. Che anzi nella sfera mentale il passaggio dalla condizione fisiologica alla patologica è molto più lento e graduato, che non sia nella sfera organica; per cui accade assai di sovente che la sottile analisi condotta dall'alienista sui disordini elementari della psiche, dovendo concludere all'esistenza d'una zona indecisa fra ragione e pazzia, sollevi i dubbî e anche i sarcasmi dei profani, specialmente nei rapporti della Psichiatria colla giurisprudenza.

Il problema della delimitazione della pazzia, in rapporto agli altri stati della mente, è fra i più ardui e difficili di tutta la psicologia, e si comprende come io appena debba accennarlo in questo libro di scopo pratico e non possa discuterlo nei suoi molteplici aspetti. Questa discussione fu fatta da Morel, da Moreau (de Tours), da Maudsley, da Despine, dai nostri Lombroso, Tebaldi e De Sarlo (veggasi di quest'ultimo un bell'articolo nella mia « Riv. di Fil. scient. », VIII, 1890), e da moltissimi altri alienisti e psicologi di valore. Per rispetto ai limiti che malamente separano il dominio della Psichiatria da quello della neuropatologia, in altre parole gli stati di vera e propria « vesania » dalle altre condizioni patologiche affini del sistema nervoso, e da quei perturbamenti delle funzioni cerebrali che si svolgono nelle comuni malattie, ho già discorso in altri luoghi del *Manuale* (Vol. I. § 3.° e § 20.°; Vol. II. § 61.° e 63.°): qui mi limiterò, dunque, alla delimitazione della pazzia per rispetto allo stato normale

della personalità. Ora, la conclusione cui siamo arrivati presentemente su cotesto punto, dopo che si è cominciato uno studio analitico più profondo sulle varietà della psiche umana, dopo che la psicologia ha saputo combinare l'antico metodo cartesiano dell'introspezione col metodo obbiettivo e comparativo, è perentoria: — *l'alienazione mentale si congiunge per gradi insensibili con lo stato sano*, sia che la si consideri nella sua infinita varietà di forme nell'insieme degl'individui che dobbiamo ritenere per pazzi, sia che la si riguardi durante il suo sviluppo nell'individuo che diviene alienato.

La ragione e la follia sono, insomma, due circonferenze che si intersecano. Come è impossibile a determinarsi, nella maggioranza dei casi, il momento in cui avviene il passaggio dall'integrità completa della ragione allo stato di malattia, così non si riesce a gettare una linea di separazione fra certe forme miti di psiconeurosi, o anche di psicosi, e certe varietà individuali ed oscillazioni estreme della personalità. Quando un uomo sente, pensa ed agisce in modo alquanto dissimile dalla comune, la nostra mente è tratta a porsi il problema se egli sia pazzo o no, appunto perchè sappiamo che nella pazzia si altera più o meno estesamente la facoltà di pensare, di sentire, d'agire; ora qui, per giudicare direttamente dello stato mentale altrui, noi non abbiamo criterî stabili che ci guidino con sicurezza al diagnostico, e sopra tutto questi criterî ci mancano per rispetto alle forme leggiere od agli stadî prodromici della psicopatia, e per rispetto a certi individui che si allontanano dal tipo comune della personalità. Il concetto del disordine psichico ci si para innanzi ogni qualvolta la impressionabilità d'un dato individuo è troppo diversa dalla nostra; o se i suoi ragionamenti lo portano a conclusioni, che a noi sembrano illogiche perchè ce ne restano incomprensibili le associazioni; o se fra gli atti che gli vediamo compiere, ed i motivi che la nostra personalità ci porta a considerare come i soli giusti e ragionevoli, non arriviamo a scorgere il nesso di causalità per cui la reazione sussegue allo stimolo. In sostanza, nell'apprezzamento della personalità altrui mettiamo sempre un po' delle nostre idee, dei nostri sentimenti, delle nostre tendenze, onde avviene che

chi è già alienato non sembri tale a chi convive nello stesso di lui ambiente domestico e sociale, e chi si allontana da modo volgare di ideare, di sentire e di condursi appaja già innanzi nel cammino della pazzia a coloro che aborrono, per legge di inerzia mentale, da ogni originalità (« misoneismo »):

1) Un primo ponte di passaggio fra la psicologia normale e la patologica è dato dalle **variazioni estreme del tipo fisiologico della personalità**, le quali, appunto perchè si allontanano dalla misura ed intensità media dei poteri psichici proprî della grande maggioranza, si portano più o meno innanzi verso quei limiti ove comincia l'anormalità della mente.

Questi due estremi, che potremmo dire sinteticamente del *più* e del *meno* di capacità, sono ammessi da tutti per rispetto all'intelligenza, dove si osservano da un lato la semplicità dei processi rappresentativi dell'uomo incolto e volgare, e dall'altro la complessità delle associazioni ideative che caratterizzano l'uomo di genio. Ma anche nella sfera del sentimento e della volontà esistono due gruppi terminali consimili: qui pure incontriamo una amplissima scala di variazioni, dal criminale istintivo, nel quale il sentimento è ridotto al più semplice e primordiale grado di sviluppo, fino al filantropo che si eleva alle idealità umanitarie; dall'egoista, che rimane inerte nell'acquiescenza dei suoi appetiti più grossolani, fino all'eroe che dedica la propria attività al raggiungimento di un alto e nobile scopo.

Non entro nella discussione intorno alla natura del genio e della delinquenza, poichè non è questo il luogo opportuno: che se io qui considero questi due stati particolari della personalità umana sotto l'aspetto di variazioni estreme del tipo normale, non escludo che essi confinino cogli stati morbosi della mente, precisamente come vi possono confinare tutte le varietà individuali mediocri che non costituiscono nè

l'uomo geniale, nè l'uomo criminale. Con ciò non nego che la genialità e la delinquenza (e bisognerebbe intendersi bene sul significato delle due parole) non sieno in rapporto con la struttura ereditaria del sistema nervoso, e quindi con la legge di trasmissione dei germi morbosi: nego soltanto che sia da accettarsi in modo assoluto la dottrina che le vorrebbe ambedue collegare sempre colla legge di degenerazione. Il determinismo di formazione della personalità umana non è così semplice e piano, come sembra a coloro che sostengono l'esistenza di quei due tipi ideali od astratti, che sarebbero « l'uomo di genio » e « l'uomo delinquente ». In realtà, non vi sono che individui di personalità *inferiore*, i quali delinquono perchè infrangono le leggi del corpo sociale di cui fanno parte: e individui di personalità *superiore*, i quali s'elevano sugli altri, perchè aprono nuove vie al pensiero ed all'attività umana. Ma la criminalità, ad esempio, proviene da cause ben più complesse che non sieno, isolatamente considerate, la degenerazione, l'atavismo, la anomalia istintiva, la psicastenia, la condizione epilettoide, ecc.; e lo prova il lungo e stentato lavoro di classificazione dei criminali, che la nuova scuola ha saputo egregiamente proporsi come precipuo obbietto di studio, ma che non ha condotto ancora a risultati concordi e sicuri. Rispetto poi alla genialità, essa non è certamente tale perchè dall'uomo di genio nacquero figli idioti od epilettici, nè perchè egli avesse lo stomaco guasto, o la sensibilità fisica pervertita ed eccitata, nè perchè soffrisse vertigini epilettoidi (!), o insonnio ed irascibilità, o intolleranza delle vicissitudini meteoriche, nè perchè invecchiando sia caduto in un esagerato sentimento religioso, nè tanto meno perchè esausto dal lavoro mentale sia finito pur troppo nella paralisi progressiva e nella pazzia. Così pensando, si scambia l'effetto con la causa, e non si considera che mentre nessun vero pazzo, in quanto *è* o *fu* pazzo, produce e produsse mai nei Manicomii opere ed invenzioni geniali, d'altra parte nessun uomo di genio, impazzendo, si mostrò più in possesso della stessa capacità intellettuale di prima.

2) Un secondo passaggio è dato dalle **oscillazioni estreme della personalità**, che possono aver luogo

in ogni individuo umano sotto l'influenza di cause fisiche e morali non decisamente morbose, ma capaci di produrre cangiamenti profondi o repentini nell' ideazione, nel sentimento e, soprattutto, nella condotta. — Qui dobbiamo considerare in primo luogo gli stati di intensa *emozione*, che, togliendo od oscurando il potere di verifica e di inibizione sulle immagini, sulle idee e sui sentimenti, giungono ad alterare momentaneamente le facoltà intellettuali di percezione, di immaginazione, di giudizio, e imprimono alle reazioni motorie o volitive un carattere semi-morboso di disordine, di irriflessione, di impulsività (ad es. le emozioni di paura, di disgusto, di gioia, di collera, ecc.). — In secondo luogo, sono da rammentare gli stati di violenta *passione*, intesa in questo punto come inclinazione esagerata o pervertita e più o meno efficace a modificare stabilmente il carattere, ma sempre tale da rendere la condotta dell'individuo schiava del desiderio o del bisogno organico e psichico che ne costituisce il fondamento. — In ultimo, ci si affacciano certi stati particolari di *credenza*, nei quali una data rappresentazione si obbiettiva senza verifica, identificandosi nella coscienza dell'individuo con l' idea della realtà assoluta, malgrado sia contraria all'esperienza, al ragionamento, alla volontà stessa dell'individuo: tali sono gli stati di fanatismo politico o religioso, di contagio morale, di mimetismo sociale, di autosuggestione e di suggestione spontanea o provocata.

La distinzione dello stato di profonda emozione o di intensa passione dallo stato di pazzia è più difficile di quanto sembri in astratto, anche perchè i primi e fondamentali disturbi d'alcune psiconeurosi e psicosi non avvengono nell'intelligenza, come il volgo suppone, ma nel sentimento. Un uomo in preda all'emozione della collera non si differenzia sostanzialmente da un maniaco, e ne ha la fisonomia congesta, lo sguardo acceso, la voce rauca, le parole tronche, il gesto

animato, gli impulsi violenti, e, quel che è più, un certo grado di obnubilazione della coscienza (la collera fu, infatti, messa a raffronto con la epilessia). D'altra parte, un uomo colpito da grave dolore morale può obbiettivamente offrire analogie con un melancolico nella contrazione dei muscoli facciali, nella fissità dello sguardo, nella taciturnità, nella generale risoluzione del corpo, e persino nei subitanei atti distruttivi. Allo stesso modo il terrore paralizza i movimenti e rende attoniti come lo stupore; la paura perturba le facoltà percettive fino alle illusioni ed allucinazioni; la ammirazione intensa mette in una specie di estasi; la gioia acuisce i sentimenti egoistici ed ottenebra il senso morale, ecc. In sostanza, l'azione degli stati emotivi, siano dispiacevoli od aggradevoli, sulla sensibilità, sulla motilità volontaria ed involontaria, sull'ideazione, sulle stesse funzioni organiche, non si delimita nettamente da quella di certe psicopatie, salvo che nelle condizioni normal di vita la prima è più breve; qualora, invece, essa perduri ed i suoi effetti si rendano più stabili, come si scorge nelle passioni che sono soltanto da interpretarsi come stati emotivi più prolungati (SPINOZA), la transizione dal semplice *pathos* all'alienazione mentale avviene in modo insensibile.

In quanto agli stati speciali di credenza superiormente accennati, ammetto che la loro distinzione dagli stati emotivi e passionali sia artificiosa, giacchè è impossibile separarne il lato sentimentale dal rappresentativo: tuttavia a me pare che qui il secondo predomini sul primo, malgrado l'opinione di quegli psicologi che sulle orme di DESCARTES subordinano l'atto di credenza alla volontà. Non si crede ciò che si *vuole*, sebbene si possa credere ciò che si *desidera*; in massima la causa della credenza è intellettuale, e risiede in ciò che quell'idea ci appare come evidente perchè in accordo con la logica che ci è abituale, con la esperienza che abbiamo raccolta, coi nostri ricordi, colle nostre sensazioni e colle testimonianze cui prestiamo fede. L'importante si è che la credenza, entrando nel sistema o sintesi dei nostri stati di coscienza, ci fa agire in conformità al suo contenuto rappresentativo, e può divenire un efficacissimo modificatore interno della personalità. Un individuo che si lasci guidare ciecamente da una

idea politica o religiosa o scientifica, o che ceda senza resistenza alla suggestione altrui, come si vede talvolta negli assembramenti popolari, o che si proponga per idea autosuggestiva uno scopo prestabilito, sia pure utile o benefico agli altri, riesce talora a far sorgere nella mente dell'osservatore il paragone con il pazzo dominato da qualche delirio sistematico (« monomaniaco »), oppure privo oramai del potere di verifica sulle idee e di inibizione sugli atti reflessi.

3) Un ultimo, e ancor più evidente passaggio dalla condizione normale alla patologica della mente, è dato da quei disequilibrii costituzionali della personalità, che ordinariamente caratterizzano gli individui usciti da famiglie neuropatiche (*degenerazione ereditaria*), oppure sottoposti a gravi offese dei centri nervosi, sia durante le varie fasi dello sviluppo cerebrale, sia più tardi anche quando s'è completato il loro sviluppo (*degenerazione acquisita* per scrofola, rachitide, eclampsia ed altre malattie dell'infanzia, traumi sul capo, esaurimenti sessuali, intossicazioni, ecc.). — L'anomalia psichica di questi individui consiste in una disarmonia di sviluppo od in una incoordinazione funzionale fra i vari poteri cerebrali, e in primissimo luogo fra la capacità intellettiva e la sentimentale; dal che nasce una maniera speciale di sentire e di reagire (carattere), e quindi una condotta per lo più in disaccordo o in contrasto colle norme di convivenza accettate dal gruppo collettivo di cui fanno parte. Son dunque questi i « disadatti dell'ambiente sociale », i quali, durante quasi tutta l'esistenza, si spingono avanti sul pendìo della pazzia; che anzi, la loro stessa costituzione psichica ve li predispone ben più frequentemente di quel che avvenga negli altri individui di personalità regolarmente conformata (« tipo psichico di adattamento »).

L'esistenza di una zona intermedia fra ragione e

pazzia fu ammessa in ogni tempo dalla coscienza popolare sull'osservazione empirica di quelle personalità disequilibrate, aberranti, bizzarre, eccentriche ed originali (i « mattoidi » del LOMBROSO), di cui la Psichiatria altro non ha fatto se non studiare più intimamente la protéiforme sintomatologia, e stabilire la ontogenesi mediante la feconda teoria della degenerazione. I nomi di « ereditarii » (MOREL, LEGRAND DU SAULLE), di « cerebrali » (LASÉGUE), di « temperamenti pazzeschi » (MAUDSLEY), di « costituzioni psicopatiche » (SCHÜLE, KOCH), di « psicastenici » (BENEDIKT), ed altri consimili che sarebbe lungo ricordare, furono infatti raccolti, come in una sintesi, nella denominazione oggidì preferita di « degenerati ». Il termine indica, nel modo più semplice e chiaro, il concetto che la Psichiatria si è formata a riguardo di queste anomalie di formazione o sistemazione della personalità: esso ha anche il raro merito di venir facilmente compreso dai profani e dagli esordienti, e mi dispensa quindi da un esame ulteriore della questione. Solo occorre avvertire che per « degenerazione » non va inteso unicamente il disordine dell'individualità psichica, che dipende da trasmissione ereditaria di germi morbosi, perchè in molti casi non sapremmo precisare l'esistenza di una labe gentilizia (cfr. Vol. I.°, § 15.°); ma bensì ogni specie di anomalia costituzionale della personalità, che può dipendere anche da varietà abnormi tuttora indefinibili dell'ontogenesi, o da perturbamenti dello sviluppo psichico della infanzia e fanciullezza, indotti da processi morbosi cerebrali.

Dare una buona classificazione di tutti questi stati anomali, o degenerativi, sarebbe nello stesso tempo descrivere le varietà innumerevoli che può assumere la costituzione psichica umana di grado inferiore. Alcuni autori moderni l'hanno tentato sotto l'aspetto sociologico, considerando i degenerati in ragione del loro vario disadattamento sociale: ad esempio il SERGI, che li qualifica giustamente come « i deboli nella sopravvivenza umana » (cfr. *Le degenerazioni umane*, 1889); ma a noi tornerebbe più opportuno considerarli invece sotto l'aspetto psicologico. A solo scopo di esemplificazione, ne indicherò qui alcune categorie:

1.° gli *insufficienti*, o *deboli* propriamente detti, in cui

la anomalia tocca soprattutto la intelligenza, così che non si delimitano nettamente dai veri frenastenici (imbecilli e semidioti);

2.° gli *incompleti*, dove lo sviluppo d'insieme della mente rivela manchevolezze isolate di qualche capacità intellettiva od affettiva: e qui si pongono in prima fila le persone dotate di scarso senso morale (delinquenti occasionali, criminaloidi);

3.° gli *irregolari*, che offrono uno sviluppo eccessivo di date attitudini e tendenze, così che la loro personalità appare deforme per una specie di ipertrofia parziale: non è illogico considerare in questa guisa certe forme imperfette o abortive di genialità (mattoidi grafomani);

4.° gli *instabili*, che non hanno fissità nelle idee e nei sentimenti, ma si lasciano dominare dalle impressioni transitorie, come si scorge a linee accentuate nelle costituzioni neuropatiche (isteriche e neurastenici);

5.° gli *incoerenti*, la cui vita è un continuo alternarsi di sistemazioni diverse, spesso contradittorie, delle idee e dei sentimenti: in essi si veggono ingigantite quelle oscillazioni, che io dissi avvenire nella personalità normale durante il corso dell'esistenza (stati iniziali di doppia coscienza);

6.° gli *irriflessivi*, i quali difettano del potere di verifica e d'inibizione sulle idee, e ci rappresentano una semplice sfumatura di quegli stati morbosi ben noti agli alienisti sotto il nome di « pazzia con idee incoercibili » (paranoia rudimentaria);

7.° gli *impulsivi*, nei quali è scarso il potere moderatore dei centri cerebrali superiori sugli inferiori: essi ubbidiscono senza resistenza ai moventi emotivi e sentimentali, e provvedono a mantenere alta la cifra dei delinquenti, dei suicidi, delle prostitute, degli alcoolisti, dei dissoluti, dei prodighi, e in genere di tutti gli uomini dominati dalla passione e dall'istinto (sono i veri « inferiori » del corpo sociale).

Questa enumerazione potrebbe ancora allungarsi, e noi vedremmo passarci davanti tutte le disposizioni illogiche dell'intelligenza, tutte le perversioni dell'affettività e del sentimento, tutte le tendenze antisociali della volizione, tutte le eccentricità del carattere, tutte le bizzarrie della condotta, che la proteiforme individualità umana ci può presentare; e in vero la *Teratologia psichica* è assai più complicata e varia di quella organica.

Nell'antica dottrina dei « temperamenti » s'era tentato a un dipresso di porre ciascuna varietà anomala a raffronto di un tipo normale o medio, di cui essa sarebbe stata un eccesso o un difetto; ma la psicologia odierna ritiene frustraneo ogni schematismo congenere. Tuttavia le stesse denominazioni classiche dei temperamenti — *nervoso*, *linfatico* e *sanguigno*, oppure *eccitabile*, *flemmatico*, *collerico* e *melancolico*, — le quali rimangono nel linguaggio famigliare come sopravvivenze di vecchi dogmi scientifici, indicano abbastanza chiaramente che il senso comune vede il graduato passaggio dai tipi fisiologici della costituzione individuale a quelli patologici. Giustamente il Morel scriveva, molti anni or sono, che la questione dei temperamenti rientra nella grande questione dell'eredità.

Anche i saggi più recenti, e quindi inspirati a migliori criterî scientifici, intorno alle differenze della costituzione fisio-psichica umana (Lotze, Hagen, Jessen, Fonsegrive, Perez, ecc.), dimostrano, con le loro incertezze e con la stessa dovizia delle loro distinzioni e sotto-distinzioni, che la psicologia dei caratteri individuali è ancor tutta da fare. Il Perez, ad esempio, divide i caratteri sul criterio della velocità, vivacità, energia ed intensità dei movimenti (delle reazioni motrici), e ne fa sei classi: tre pure, i *vivaci*, i *lenti* e gli *ardenti*; e tre miste, i *vivaci-ardenti*, i *lenti-ardenti* e gli *equilibrati* (« Revue philos. », 1891). Se questi ultimi soltanto rappresentano il temperamento del « giusto mezzo », e se poi sono così rari com'egli dice, è evidente che le altre cinque classi corrispondono a varietà atipiche o, per lo meno, a varietà lontane dalla media fisiologica dell'equilibrio mentale.

In sostanza, dobbiamo riconoscere che lo stesso linguaggio famigliare o scientifico manca persin dei termini atti a rappresentarci in forma sintetica le infinite sfumature intercalantisi fra il perfetto stato psicologico e il completo stato patologico della psiche.

SEZIONE II.

METODI EJETTIVI DELL' ESAME PSICHICO.

ARTICOLO I.

Norme generali per l'esame psicologico degli alienati.

69. **I metodi dell'indagine psicologica nella semeiotica delle malattie mentali.** — Comunque siasi il processo abnorme o morboso che costituisce il substrato della deviazione o malattia della mente, l'esame del pazzo non ci mostra che le estrinsecazioni obbiettive della pazzia. Tutti i fenomeni subbiettivi dell'alienato non sono percettibili dai nostri sensi, e sfuggono al potere dei nostri mezzi di osservazione; noi non vediamo la illusione, la allucinazione, l'idea incoercibile, il delirio, l'angoscia, l'impulso, il cangiato sentimento della personalità e gli altri fatti interiori che avvengono nella coscienza dell'alienato, la perturbano e la scompongono; ma vediamo soltanto i loro effetti ultimi *nell' estrinsecazione cinesiodica del processo psichico*, cioè nei cangiamenti dell' attività motoria (Vol. I, § 8°, pag. 23, e Vol. II°, §. 63°, pag. 18).

Per attività motoria dobbiamo però intendere ogni trasformazione d'energia latente in energia potenziale, ogni produzione di forza viva nell'organismo: si manifesti essa nei movimenti dei muscoli a fibra striata e di quelli a fibra liscia, o nell'azione secretoria degli apparati ghiandolari, o nel trofo-chimismo generale dei tessuti, o, finalmente, in quella forma ancora oscura di

attività vitale che chiamiamo « innervazione ». Ma queste diverse vie in cui va a scaricarsi l'energia psichica (« ergasia » dell'ARNDT), non tutte, nè sempre, sono per noi accessibili: la più esterna, e quindi quella su cui meglio può esercitarsi la nostra osservazione, quella anzi che crea le relazioni da oggetto a soggetto fra gli esseri viventi, è la via dell'apparato muscolare così detto « volontario ». Noi lo diciamo volontario, appunto perchè ci appare in una dipendenza più diretta col fenomeno psichico, e perchè ogni cangiamento nel suo lavoro meccanico si interpreta come un effetto reattivo della stimolazione dei centri nervosi superiori; ma in realtà, solo una minima parte dei movimenti, che vediamo avvenire nei muscoli, è da considerarsi « volontaria », vale a dire in immediata dipendenza dagli stati inibitorii di coscienza (corticale): la più gran parte ne è « involontaria » o « incosciente » o « reflessa » (spinale e gangliare). Ad ogni modo, come riteniamo dotato di una coscienza consimile alla nostra quell'essere animale od umano nel quale vediamo avvenire determinate reazioni motorie contro determinati stimoli, così di fronte ad un alienato noi non possediamo altro criterio per diagnosticare uno « stato di pazzia » se non le manifestazioni coscienti od incoscienti, volontarie o reflesse, dell'attività motoria. La sola differenza fra l'uomo sano di mente e l'alienato, che noi possiamo percepire, risiede in ciò che le reazioni del secondo agli stimoli sono, tutte o in parte, più o meno diverse da quelle del primo, e che in lui talune di queste reazioni si rendono più accessibili, mentre altre perdono l'accessibilità ai nostri sensi.

Il fatto psichico, il fatto di coscienza, è sostanzialmente subbiettivo; e quando dico « coscienza » non intendo usarla nel significato di « coscienza di sè », nè di « coscienza morale », come fanno, con deplorevole confusione di termini e di idee, gli psicologi della scuola tradizionale: intendo, invece, quella

proprietà tuttora indefinita, posseduta da taluni cangiamenti funzionali dei centri nervosi, di essere avvertiti come tali, cioè *sentiti* e *ricordati* dal soggetto, che in seguito a ciò li riferisce al proprio essere, alla propria personalità, all'*Io*. Checchè dicano coloro che prediligono gli schematismi superficiali e leggeri, la Psicologia è una scienza assolutamente unica, appunto per questa subbiettività dei fenomeni naturali da essa studiati. I pensieri ed i sentimenti, che costituiscono uno « stato di coscienza », restano inaccessibili a chiunque non sia il possessore di questa coscienza, e formano un'esistenza reale, *un fatto*, che non trova posto fra le esistenze reali, o *i fatti*, di cui si occupano le altre discipline scientifiche (SPENCER). L'attività motoria dell'essere cosciente resta il solo mezzo, con cui percepiamo in lui i cangiamenti di coscienza; e poichè questa attività appartiene al corpo, possiamo dire che il linguaggio ordinario della coscienza è formato di modificazioni materiali in sè stesse incoscienti. Invero, lasciando da parte il problema metafisico della « coscienza universale » (panteismo, ilozoismo, monismo dinamico), e conservando ai termini « cosciente » ed « incosciente » il significato superiormente accennato che si riferisce alle modificazioni dei centri nervosi, noi diciamo che nè la fibra muscolare che si contrae, nè la cellula organica che sotto l'influenza di un'emozione aumenta la sua attività fisica o metabolica, hanno coscienza dei loro intimi cangiamenti molecolari. Malgrado ciò, il problema — s e a n c h e il p e n s i e r o s i a u n m o v i m e n t o — non viene risolto in senso dualistico; infatti, abbiamo detto che uno stato di coscienza è un cangiamento: ma cangiamento altro non è che moto, cioè spostamento nello spazio e nel tempo: dunque, anche il pensiero è moto. Ma quale specie o forma di moto? Ecco il problema trascendente della psicologia, che io ho già fatto rilevare (cfr. questo Vol., § 61°, pag. 9), e sul quale occorre che io porga ancora uno schiarimento.

Per rispetto alla sua connessione col sistema nervoso, la fisiopsicologia considera giustamente il fenomeno psichico, o cerebrale, come un reflesso estremamente complicato in causa della somma complicazione di struttura dell'organo, ma, in sostanza, sempre analogo al più semplice reflesso delle strutture nervose inferiori (cfr. Vol. I, § 56°). Dallo schema della

disposizione dei centri nervosi, rappresentato nella figura 66, si vede, infatti, che l'arco senso-centro-motorio cerebrale si distingue *fisiologicamente* da quello ganglionare e spinale solo perchè la sua fase mediana: 1.° ha luogo in centri più evoluti, collegati fra loro da rapporti più varî ed alti di *inibizione* funzionale reciproca: 2.° percorre vie più lunghe, e quindi richiede un *tempo* maggiore: 3.° di più, incontra molte resistenze in ragione del numero degli elementi che deve attraversare, e con ciò acquista una maggiore *intensità*. Sono queste tre condizioni che alla fase intermedia dell'arco reflesso encefalico danno il carattere che noi chiamia-

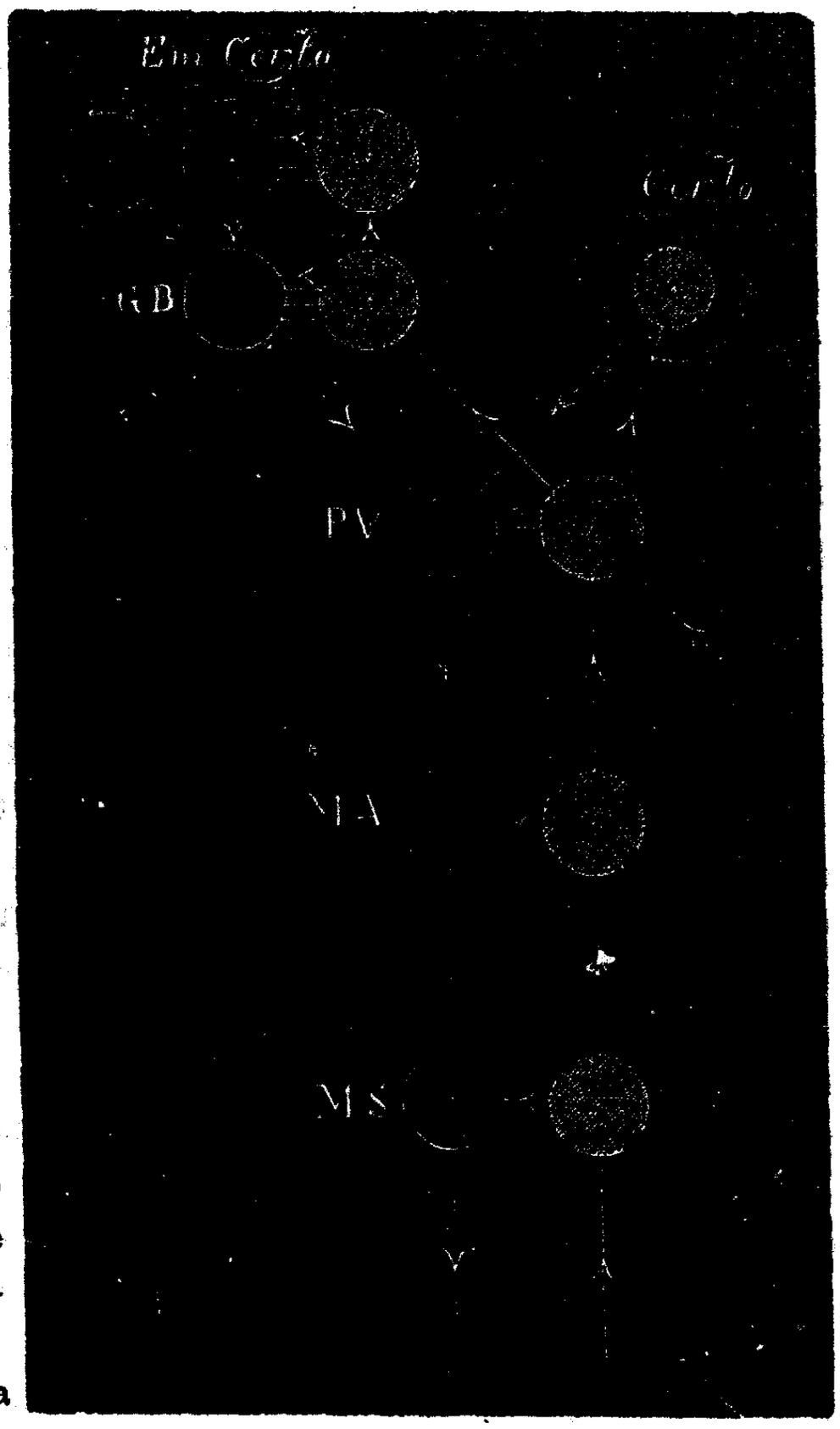


Fig. 66. — Schema dell'arco senso-centro-motorio lungo tutto l'asse nervoso centrale.

(MS, Midollo spinale — MA. Midollo allungato o bulbo — PV, Ponte del Varolio o mesencefalo — *Certo*, Cervelletto — GB, Ganglii della base (talami ottici, corpi striati, corpi quadrigemini) — *Em Cerlo*, Emisferi cerebrali. — Le freccie indicano la direzione della corrente nervosa, dapprima afferente (lato *estesiodico*, o « *estesia* »), quindi efferente (lato *cinesiodico* o « *ergasia* »). — I ganglii sensorii sono quelli finamente tratteggiati nella figura).

mo « cosciente », ed è pure da esse che dipende l'aspetto subbiettivo del fenomeno psichico. La subbiettività del pensiero, della coscienza, dell'*Io*, come l'intendono gli psicologi, ha dunque sede in un *mezzo esteso*, che è l'organo cerebrale, anzi la corteccia grigia del cervello: e si origina per un *processo meccanico*, che consiste nei cangiamenti chimico-molecolari di questo medesimo organo.

Si è parlato di una « coscienza spinale », partendo dal fatto che il midollo, anche separato dal cervello, dà luogo in molti vertebrati inferiori a reazioni che sembrano intenzionalmente dirette ad uno scopo (rana decapitata, esperimento di PFLÜGER). Ma le ammirabili intuizioni di HERING sulla natura organica della memoria ci inducono a considerare quei fenomeni come il prodotto di adattamenti acquisiti dell'organizzazione. Essendo la *sensazione* il solo criterio che abbiamo per ammettere una *coscienza* affine a quella umana, e considerando la evoluzione delle strutture e delle funzioni nervose, noi dobbiamo riservare la denominazione di « cosciente » alla sola attività dei centri cerebrali: ma qui abbiamo senza dubbio un effetto della povertà e insufficienza del nostro linguaggio scientifico. Il problema sulla natura della coscienza viene con ciò ridotto, nel suo aspetto fisiopsicologico, alla formula seguente: — *stabilire perchè e come dati cangiamenti materiali di dati organi, e non altri nè di altri, diventino capaci di sentire sè stessi.* — Ma anche espresso in codesta guisa il problema non fa un passo innanzi: vi è sempre qualcosa di essenzialmente enigmatico, ed è la *sensazione*; quindi il carattere biologico o scientifico del problema è solo apparente, ed in realtà esso rimane quel che è stato sempre, quel che è tuttora e quel che sarà probabilmente per un lontano avvenire, finchè almeno non si sia evoluta dalla coscienza umana attuale una forma più alta e complessa di coscienza — un problema metempirico.

Data la subbiettività del fatto psichico, e visto che ogni cangiamento nello stato di una coscienza non sarebbe percettibile da altri, qualora non si manifestasse con qualche cangiamento dell'attività corporea, noi dob-

biamo chiederci quale applicazione abbiano in Psichiatria i due metodi fondamentali, che si contendono da tanti secoli il dominio degli studii psicologici: il *subbiettivo* e l'*obbiettivo*.

I. Il METODO SUBBIETTIVO, che dicesi anche *diretto*, *interno* o *introspettivo* perchè è la mente del soggetto che si rivolge ad esaminare sè stessa, non può praticarsi da altri se non dall'alienato su sè medesimo: per il che, i turbamenti della psiche, salvo casi eccezionali, resterebbero affatto ignoti o misteriosi per la psicologia patologica, qualora non si avesse per conoscerli altro mezzo che l'introspezione. Questa si effettua ogni qualvolta l'alienato diriga l'attenzione sui fenomeni della propria coscienza; ma siffatto potere di riflessione della mente sulla mente, essendo anche la più alta forma di capacità cerebrale raggiunta dall'uomo nella evoluzione della psiche animale, soggiace per primo agli attacchi della pazzia, come a suo tempo vedremo parlando dei disturbi generali della coscienza. Nella maggioranza dei casi, il pazzo perde il così detto « senso intimo »; e come non ha quasi più la facoltà di percepire i cangiamenti della propria coscienza, così smarrisce anche quella di dirigere il corso dei pensieri e il tono dei sentimenti: gli psichiatri affermano allora che il pazzo « non ha coscienza del proprio stato ». Ma vi sono pure dei casi, specialmente nei primordî di certe psiconeurosi, in cui il potere introspettivo si acuisce ed esagera, così da aversi ora l'ingresso di impressioni ordinariamente incoscienti nel campo della coscienza, ora invece una intensa e per lo più dolorosa percezione del lavorìo funzionale o psichico del cervello. Ad ogni modo, il prodotto dell'introspezione del pazzo resterebbe inaccessibile all'alienista, qualora non venisse estrinsecato colla parola articolata o scritta. Infatti, nella coscienza umana, quale si è co-

stituita e svolta, il linguaggio interiore è il solo mezzo col quale noi diveniamo capaci di fare volontariamente agire uno stato psichico, pensiero o sentimento, su di un altro stato psichico, rappresentazione od emozione, e di esprimerne i rapporti di successione e di causalità. Donde il corollario, che in Psichiatria il metodo subbiettivo non ha applicazione *immediata* nello studio clinico o pratico dei fenomeni morbosi della mente, ma solo applicazione *mediata*, per quanto ce ne dice e ce ne esprime lo stesso pazzo.

Il metodo subbiettivo della riflessione ed osservazione su sè stesso è il metodo della psicologia classica, e fu elevato all'altissima dignità di esclusivo procedimento d'indagine dei fenomeni psichici dal DESCARTES e dalle scuole spiritualistiche ed idealistiche, cioè dalla filosofia del dualismo. Ciò gli ha valso le acerbe critiche del COMTE e in genere di tutti i positivisti e gli psico-fisiologi, che propendono in modo più o meno aperto e franco verso le spiegazioni puramente monistiche del fatto mentale (FEUERBACH, LEWES, MAUDSLEY, WUNDT, HERZEN, UEBERWEG). E invero l'uso esclusivo ed assoluto del così detto « metodo psicologico » ha contro di sè le seguenti considerazioni, che valgono anche per l'introspezione dei fenomeni morbosi della mente:

1.° L'osservazione interna dei proprî stati di coscienza è solo apparentemente introspettiva; in realtà essa è sempre *retrospettiva*, poichè noi non sappiamo osservare mai un fenomeno mentale nel momento stesso in cui si produce.

2.° L'osservazione interna è fondata sulla artificiosa opposizione della mente-oggetto alla mente-soggetto, cioè sulla *bipartizione* del potere psichico, che al dire degli stessi spiritualisti dovrebbe essere uno.

3.° L'osservazione interna, anche coadiuvata dall'esperimentazione soggettiva, è sempre malfida; perchè, se è diretta, la *attenzione* modifica sempre il fenomeno che si vuole studiare: se è indiretta, si risolve in un *ricordo* che può anche mancare di esattezza.

4.° L'osservazione interna è *individuale*; quindi, non solo le sue risposte dipendono dal vario potere di riflessione posseduto dalla coscienza che esamina sè stessa, ma per di più non forniscono dati comparabili, e rimangono ristrette ai fenomeni psichici di una sola coscienza (adulta).

5.° Il responso dell'osservazione introspettiva non può essere altrimenti rappresentato nella coscienza (umana attuale) che per mezzo di *parole*; ora, la parola articolata o scritta e il suo residuo mnemonico sono il prodotto di movimenti, cioè di modificazioni dell'attività motoria: quindi, per usare la terminologia filosofica, l'*Io* si conosce solo in quanto è attivo sul *Non-io* e non come tale, malgrado la pretesa della vecchia psicologia intuizionistica.

6.° L'osservazione introspettiva è soggetta a numerose sorgenti di errore, che la rendono in molti casi ed in molti punti affatto *illusoria*, sia perchè l'esperienza esterna si confonde e sovrappone all' interna, sia perchè non si leggono mai bene i proprî stati sentimentali, sia perchè si parte da preconcetti, massime se l'indagine è compiuta secondo determinati principî filosofici (cfr. SULLY, *Illusions*, Londra, 1882).

Vedremo a suo tempo quanto siano frequenti e come si ingigantiscano nello stato di psicopatia questi difetti dell'introspezione. Intanto, per riguardo all' indagine psicologica in genere, l'uso esclusivo del metodo introspettivo diviene esso pure un procedimento empirico: sarà, se si vuole, un empirismo di grado superiore, ma sostanzialmente sempre analogo a quell'empirismo di grado inferiore che gli psicologi ortodossi rimproverano ai fisiopsicologi (cfr. WUNDT, *Die Aufgaben d. experim. Psychologie*, Lipsia, 1882). Del resto, i risultati storici della pura introspezione sono ben poco incoraggianti; poichè, salvo le dottrine della gloriosa scuola associazionistica, che sono evidentemente dovute ad un'analisi positiva e sperimentale dei fatti di coscienza, se ne sono ottenute soltanto ipotesi vaghe e contraddittorie sulla natura dell'anima, fino a quell'assurdo semi-pazzesco, che è il così detto « solipsismo » (cioè la riduzione di tutta la Realtà ad una sola coscienza).

Tuttavia, sarebbe altrettanto assurdo ed ingiusto negare ogni valore al metodo subbiettivo, come pretendeva il COMTE (cfr. la mia *Introduz. alle Lez. di Psicologia patologica* e

Clinica psichiatrica, Torino, 1881, pag. 18-23). Bisogna liberare la psicologia fondata sull'introspezione da tutti i suoi ornamenti metafisici oramai consunti; e allora ce ne resterà la parte descrittiva od analitica dei fatti mentali, che è veramente la base di tutto l'edificio psicologico. In vero, senza la nozione degli stati interiori di coscienza, i quali ci servono di termine di confronto, la stessa osservazione obbiettiva della psiche altrui (sana od ammalata, infantile od animale, individuale o sociale) sarebbe inconcepibile ed inattuabile. L'esperienza interna, che ci conduce alla scoperta di buona parte delle leggi associative risolvibili in leggi psico-fisiche e fisiologiche, resta poi il solo strumento per scoprire le leggi appercettive e volitive, nelle quali risiede, checchè dicano certi pseudo-positivisti, il vero nucleo della attività mentale intesa come attività elaboratrice dei materiali forniti dalla sensazione (cfr. WUNDT, *Logik*, Vol. I, 1880, Vol. II, 1883).

Non dimentichiamoci che il metodo soggettivo, usato scientificamente e soprattutto sperimentalmente, ha servito a schiarire certe anomalie e certi disturbi elementari del pensiero, che la sola osservazione esterna non ci avrebbe mai concesso di scoprire, nè, tanto meno, di comprendere. Ce ne fanno fede le auto-osservazioni ed esperienze compiute da distinti psicologi sui sogni (MAURY, HORWICZ, RADESTOCK); sulle illusioni dei sensi (HELMHOLTZ, AUBERT, LEWES, HOPPE, A. MAYER); sulle alterazioni della memoria (LORDAT, HOLLAND, JESSEN); sugli errori del giudizio e della credenza (G. MILL, CARPENTER, TAINE, SULLY), e pur anco sulle allucinazioni vere e proprie (GIOV. MÜLLER, KADINSKY). È vero che codeste indagini introspettive, per lo più dovute a circostanze eccezionali, interessano direttamente il lato teorico della Patologia mentale, e solo in via mediata il suo lato pratico; ma anche da parte dell'alienato l'introspezione ci rivela molti importanti fenomeni morbosi della mente. Cito fra questi le alterazioni dell'energia volitiva e dell'affettività, le idee fisse, gli impulsi incoercibili, l'inversione degli istinti, ecc. I responsi dell'auto-esame compiuto dal pazzo sono spesso da lui esposti e compilati negli scritti (*autobiografie*), ed hanno allora un altissimo valore diagnostico.

II. Il METODO OBBIETTIVO è, adunque, il solo che possa applicarsi dall'alienista nello studio clinico dell'alienato. Esso è *indiretto*, *esteriore*, *extraspettivo*, e consiste, come vedemmo, nel raccogliere ed apprezzare le manifestazioni cinesiodiche della psiche ammalata, ossia i cangiamenti fisici od organici che corrispondono agli stati di coscienza, e nei quali si esprime ciascuno di essi secondo la sua natura ed in tensità, e secondo l'organizzazione filogenetica ed ontogenetica del sistema nerveo-motorio. Ma qui è opportuno ricordare che il metodo obbiettivo presuppone la nozione subbiettiva del fenomeno psichico; poichè è sempre il nostro senso intimo che ci fornisce i materiali indispensabili per bene interpretare le manifestazioni della vita mentale negli altri esseri viventi, siano essi l'animale, il selvaggio, il fanciullo, l'uomo adulto sano o l'uomo alienato. Ne segue che meglio di « obbiettivo », il metodo dell'osservazione esterna dovrebbe, a mio avviso, chiamarsi *ejettivo* (CLIFFORD), in quanto è la coscienza altrui che diventa l'obbietto della nostra coscienza, e in quanto gli stati della prima non sono suscettibili di rappresentazione se non si trasformano, mercè la percezione dei sensi, in stati subbiettivi della seconda.

Come l'introspezione è il metodo per eccellenza della psicologia classica o logica, così l'osservazione esterna lo è della psicologia odierna o empirica, la quale, secondo i procedimenti usati e secondo la diversità delle manifestazioni psichiche, si è distinta in varie scienze, quasi affatto indipendenti fra loro. — A). Le une studiano la psiche sotto l'aspetto individuale, e sono: 1° la *psicologia sperimentale*, essenzialmente analitica e suddivisa in tre rami: *fisiologica, psicofisica,* e *psicometrica*, e 2° la *psicologia etiologica* (MILL), che indaga le differenze individuali del carattere (si comprenderebbe in questa anche la *psicologia criminale*). — B). Le altre studiano la mente nei gruppi collettivi di esseri, e sono: 1° la

psicologia comparata, che esamina i fenomeni psichici nella serie animale; 2° la *psicologia etnografica*, nelle razze e nei popoli; 3° la *sociologica* e *demologica*, negli aggregati sociali; e infine 4° la *psicologia evolutiva* o *psicogenìa*, che dall'insieme dei dati raccolti dalle altre cerca stabilire l'evoluzione della mente nei diversi stadî dello sviluppo animale ed umano (Cfr. VOLKMANN v. VOLKMAR, *Lehrb. d. Psychologie*, IIIe Auflage, 1884, Vol. I, p. 38: SULLY J., *Outl. Psychol.*, cit., p. 683: ARDIGÒ, RIBOT, SERGI, HÖFFDING, ecc. op. varie).

In tutte queste discipline, come pure nella Patologia e Teratologia mentale che farebbero parte del primo gruppo, la condizione dell'osservatore e sperimentatore, di fronte all'individuo od al gruppo sottoposto ad esame, è data dal rapporto che passa fra soggetto ed oggetto; ma per riguardo ai fatti psichici il rapporto è diverso da quello che passa fra il soggetto e le cose materiali. Il pensiero logico, o, altrimenti parlando, l'esperienza interna dell'osservatore ammette al di fuori di sè l'esistenza di una coscienza consimile alla propria, in quanto vede fenomeni che sa accompagnati in sè medesimo da determinati stati subbiettivi: dalla qualità, intensità e varia associazione delle estrinsecazioni cinesiodiche, egli inferisce poi i caratteri particolari degli stati di questa coscienza, che non è la sua. Fu il CLIFFORD, che per siffatto rapporto fra le coscienze estranee l'una all'altra trovò il termine di *ejettivo*, ed io l'ho adottato, togliendogli però il primitivo significato metafisico datogli dall'insigne matematico inglese, e attribuendogliene uno puramente metodologico (Cfr. CLIFFORD, nel « Mind », genn. 1878, e *Lectures and Essays*, Londra, II, 1880).

I metodi di indagine psicologica, chè noi riuniamo sotto la denominazione complessa di « metodo ejettivo » (obbiettivo), sono distinguibili in due gruppi, ciascuno dei quali comprende processi metodici particolari. Guardiamone le applicazioni singole nella psicopatologia.

A. METODI DI OSSERVAZIONE SEMPLICE (*obbiettivi* nello stretto senso).

1. *Metodo descrittivo e analitico.* — Il punto di partenza d'ogni nozione sugli stati psichici, vuoi nor-

mali vuoi morbosi, è la loro descrizione, così come si presentano spontaneamente all'osservatore: i fatti vengono apprezzati, analizzati e classificati in relazione coll'esperienza interna. Ciascun fenomeno mentale, sia esso un pensiero o un sentimento, ha una forma e un contenuto, cioè si sviluppa per un determinato processo psicologico a base organica, e possiede un determinato valore per la coscienza personale dell'individuo: l'alienista deve descrivere accuratamente ambedue questi caratteri fondamentali di ogni sintomo psicopatico, e saperne distinguere la lesione. Una anomalia o una malattia della mente bene descritta è anche, generalmente parlando, bene diagnosticata: ogni esplicazione patogenica sarebbe impossibile se l'analisi dei fenomeni restasse monca, incompleta o fallace.

La distinzione tra la forma e il contenuto di ciascun fatto mentale (idea e sentimento) risponde forse soltanto ai bisogni schematici della Clinica psichiatrica più che alla realtà, poichè in ogni fenomeno di coscienza le due condizioni si legano sempre in modo intimo, indissolubile. Tuttavia la distinzione di cui parlo, dovuta all' influenza della scuola di HERBART, e introdotta per la prima volta in psicologia patologica dal GRIESINGER, fu adottata più o meno strettamente, con grande vantaggio dell' investigazione analitica, dai più autorevoli alienisti tedeschi (SPIELMANN, BROSIUS, KRAFFT-EBING, EMMINGHAUS, SCHÜLE, KRAEPELIN, SCHOLZ). Non è dubbio che nell'ideazione, ad esempio, si può sceverare molto facilmente l'alterazione formale (rapidità o lentezza nella facoltà di rappresentarsi, diminuzione della ritenitiva o memoria, disassociazione delle idee) da quella di contenuto, cioè di rapporto delle rappresentazioni colla realtà obbiettiva (concetti deliranti). Dove però tale separazione riesce meno evidente, anzi spesso impossibile, è nella sfera sentimentale, affettiva e volitiva, poichè qui il contenuto si risolve alla fine in una rappresentazione.

2. *Metodo comparativo e differenziale.* — L'esperienza interna, che è il prodotto tanto delle osservazioni introspettive, quanto delle nozioni psicologiche acquistate mediante lo studio delle altre coscienze individuali e della coscienza collettiva, fornisce all'alienista i termini di confronto per apprezzare la morbosità dei fenomeni mentali dell'alienato. In questo caso il confronto è effettuato col così detto *metodo differenziale* o *metodo di differenza*, del quale la logica insegna le regole, e che ha avuto le più feconde applicazioni nelle scienze sperimentali, ad es. nelle indagini dei fisiologi sulla localizzazione delle funzioni nel cervello (GOLTZ, LUCIANI). Nel giudizio diagnostico su di una forma di pazzia e sull'indole e intensità morbosa dei suoi varî sintomi la Psichiatria prende le mosse, sia pure senza averne consapevolezza, dalla percezione comparativa delle differenze che esistono fra lo stato normale (della media o dell'individuo) e lo stato anormale o morboso.

La logica ci insegna che il ragionamento scientifico si compie con quattro metodi: dell'*accordo*, della *differenza*, delle *variazioni* e dei *residui* (STUART MILL); ma è soprattutto il metodo differenziale che dà i risultati più sicuri nelle scienze sperimentali. Di fronte alle alterazioni indotte dalla malattia nei fenomeni psichici, l'alienista procede alla stessa guisa del fisiologo, il quale dagli effetti dell'eccitamento, della distruzione parziale o della demolizione di un dato organo cerebrale ne induce la funzione normale: se non che, nel malato la vivisezione è fatta dal processo morboso. Invito i medici a studiare attentamente le splendide memorie del nostro LUCIANI sulla fisiologia del sistema nervoso; in quella sua fina analisi *differenziale* della funzione sensoria e motoria, troveranno più ammaestramenti per ben comportarsi nell'esame clinico degli alienati e dei neuropatici, che non in tutti i trattati di patologia speciale (cfr. LUCIANI, *Le localizzazioni funzionali del cervello*, Napoli, 1885; *Il cervelletto, nuovi studi*, ecc. Firenze, 1891, e specialmente ai cap. 2°, 3°, 12°, 13°, 14°).

B. METODI DI OSSERVAZIONE SPERIMENTALE.

Sono i metodi essenzialmente caratteristici della psicologia scientifica odierna, e si propongono di decomporre il contenuto della coscienza nei suoi elementi, di studiare le proprietà qualitative e quantitative di codesti elementi, e di scoprirne possibilmente in modo esatto i rapporti di coesistenza e successione (WUNDT). Essi, però, necessitando quasi sempre l'intervento attivo della coscienza che si vuole analizzare, sono di difficile e limitata applicazione nel campo psichiatrico (cfr. Vol. 1.°, p. 294). Nullameno, per alcuni, questa necessità non è tale da renderne impossibile l'attuazione anche nel pazzo, come lo dimostrarono le ricerche compiute da insigni psicofisiologi e psicopatologi contemporanei.

1. *Metodi psicofisici.* — Tenuto conto della affinità di scopi, pongo in un solo gruppo tanto i metodi della *psicofisica* propriamente detta, coi quali l'elemento fondamentale della coscienza, cioè la sensazione, viene studiato nelle sue proprietà qualitative e quantitative, e soprattutto in rapporto allo stimolo (WEBER, FECHNER); quanto gli altri metodi sperimentali, con cui si procede alla analisi delle percezioni esterne considerate come le più semplici combinazioni degli elementi sensazionali, ed alla ricerca del modo con cui dalle percezioni si originano le rappresentazioni (HELMHOLTZ, WUNDT). Si tratta qui di metodi delicatissimi, che appunto in ragione della loro indole speciale e della loro raffinatezza tecnica, richiedono in generale la più esatta percezione dei propri stati di coscienza, e quindi uno sforzo continuato di attenzione; ond'è che essi non potranno tanto facilmente entrare fra i processi investigatorii della Psichiatria pratica. Nullameno io ritengo che in seguito il loro uso, opportunamente semplificato e interpretato, darà buonissimi risultati anche nello studio delle condizioni interne che alterano nella pazzia il rapporto tra stimolo

e sensazione, e modificano le relazioni della coscienza ammalata colla realtà esteriore.

I metodi psicofisici propriamente detti prendono le mosse della così detta « legge o formula psicofisica » di WEBER-FECHNER, di cui ho parlato brevemente nel I. Volume (§ 56°, p. 297, e § 58.°, *passim*); ma costituiscono un argomento così intricato e difficile, che io qui non posso darne più di un semplice accenno, anche perchè il loro valore è variamente apprezzato dagli psicologi (cfr. le opere speciali di FECHNER, WUNDT, HORWICZ, RIBOT, DELBOEUF, HERING, KRIES, E. MÜLLER, non che l'eccellente trattato del SERGI, *La Psychologie physiologique*, tr. fr., 1888, Cap, IV, § 43-57). Dirò intanto che dei tre metodi compresi in questo gruppo — il primo *delle più piccole differenze*, l'altro *dei casi veri e dei casi falsi*, e il terzo *degli errori medii* — il secondo è più espressamente chiamato a rendere servigi nello studio del potere d'attenzione degli alienati, sebbene anche per riguardo ai sani le conclusioni da trarne siano sempre dubbie (WUNDT). In quanto all'altro gruppo di metodi, essi si rivolgono a fenomeni psichici così elevati ed esigono quasi sempre tali condizioni subbiettive nella coscienza sottoposta ad esame, che forse la loro applicabilità agli stati psicopatici rimane ancor più limitata di quella dei metodi psicofisici proprii. Pertanto, noi usiamo fino a un certo punto e ridotti alla loro modalità più semplice: 1° il *metodo diretto* o *sintetico* (WUNDT), quando saggiamo nei malati di mente la facoltà di percepire i suoni e di avere rappresentazioni acustiche esatte; 2° il *metodo indiretto o analitico*, sia di *divisione*, sia di *variazione*, quando in essi ci proponiamo di esaminare le varie forme di sensibilità, e soprattutto le percezioni e rappresentazioni relative allo spazio (Cfr. Vol. I, § 58°, IV).

2. *Metodi psicofisiologici.* — **Qui pure si comprendono due categorie distinte di metodi, che riguardano la successione e coesistenza dei nostri stati rappresentativi in quanto avvengono in un mezzo esteso di determinata struttura, cioè nel sistema nervoso colle sue vie associatrici e coi suoi centri associati e gerarchicamente disposti.**

Alcuni metodi si dirigono a cercare la durata assoluta e relativa degli atti psichici, dal più elementare, che è la reazione semplice allo stimolo, sino alle rappresentazioni più complesse, quali sono quelle di tempo, di spazio e di causalità (*metodi psicometrici* propriamente detti); gli altri si propongono di studiare i rapporti qualitativi, ad esempio di contrasto o di rassomiglianza, secondo cui si associano e si succedono le rappresentazioni (io proporrei di chiamarli *metodi associazionistici*). Questa parte della metodologia sperimentale psicologica ha una importanza di primo ordine nello studio clinico dell'alienato, massime riguardo alle leggi associative, che sono la condizione fondamentale di tutte le funzioni superiori del pensiero.

I metodi della prima categoria, che noi designiamo col nome comprensivo di psicometrici, sono da pochi anni soltanto entrati nella semiologia delle malattie mentali: e quantunque non scevri di mende, ed impacciati dal solito ostacolo che ci oppone lo stato subbiettivo degli individui esaminandi, hanno dato però, checchè si dica o pensi in contrario, notevolissimi risultati (OBERSTEINER, BUCCOLA, TANZI-GUICCIARDI, KRAEPELIN, ecc.). Ne riparlerò più a lungo in altra parte del libro, esponendone anche la tecnica.

I metodi associazionistici sono posti da me insieme coi psicometrici, solo in quanto essi considerano le idee ed i sentimenti come prodotti di associazioni successive, e in quanto per ciò il pensiero cosciente si risolve in rapporti di tempo fra gli stati subbiettivi. Lo studio delle malattie mentali, al dire dello stesso WUNDT, è una sorgente preziosa di documenti intorno alle leggi associazionistiche del pensiero; e noi possiamo asserire che le anomalie e i disturbi dell' associazione mentale o logica hanno portato una valida conferma alla dottrina che la vuole creata e mantenuta dalle disposizioni organiche primordiali, ossia dalla struttura dei centri nervosi (*fibre* o *vie d'associazione*, MEYNERT).

3. *Metodi fisiopsicologici.* — Designo così l'insieme di tutte le indagini dirette a studiare, sotto l'aspetto biologico, il ciclo della operazione del pensiero, e a stabilire le condizioni organiche che lo determinano, lo precedono, lo accompagnano e lo susseguono. Quì si pone adunque, in primo luogo, l'esame delle attività puramente fisiologiche del sistema nervoso (funzioni di senso e di moto, azioni reflesse, eccitabilità degli elementi nervosi); in secondo luogo, lo studiò del cervello come sede ed organo dell'intelligenza (dottrina delle localizzazioni, soprattutto corticali, dualismo funzionale degli emisferi, stato della circolazione cerebrale e periferica durante e dopo l'esercizio dell'attività mentale); in terzo luogo, lo studio delle modificazioni cagionate dal lavoro psichico nel ricambio nutritivo del sistema nervoso e dell'intero organismo (oscillazioni della termogenesi generale e cefalica, prodotti di disassimilazione nelle urine, ecc.).

Parte di queste indagini fu largamente trattata nel I Volume, dove si parlò delle funzioni generali di innervazione (Cap. III, Art. III, §§ 50.° 55.° 56.° e 59°): le altre cominciano ad avere appena ora qualche applicazione nella semejotica delle malattie mentali, ma ne discorrerò più innanzi. Giova intanto osservare che, malgrado tutte le speranze dei fisiologi, alcuni dei metodi qui considerati forniscono dati soltanto sul grossolano determinismo dei fenomeni psichici, e segnatamente sugli effetti dell'attività mentale, mentre restano del tutto incapaci di illuminarci sulla natura intima dell'attività stessa.

4. *Metodi disintegrativi.* — Partendo dal concetto che la personalità è una sintesi aggregativa di stati di coscienza (cfr. § 65), si può definire la suggestione come un metodo per provocarne artificialmente la disaggregazione e per ridurla, disintegrandola, alle sue forme più semplici e rudimentali (Paolo Janet). Questo metodo, applicato largamente fino allo stato di

vero ipnotismo, ma utilizzabile altresì nello stato di perfetta veglia delle persone sane, ha fruttato alla psicologia sperimentale notevoli scoperte: primissima, quella delle analogie che passano fra certi sintomi elementari della pazzia e certi fenomeni provocati con le manovre suggestive (illusioni, allucinazioni, mimetismo automatico, atti impulsivi, cangiato sentimento della personalità, ecc.). Nel campo propriamente psichiatrico la suggestione ha fino ad ora acquistato appena qualche valore terapeutico di mediocre ed incerta efficacia (*psicoterapia*): rispetto poi alla semiologia diagnostica, la sua utilità rimane forse circoscritta, quando sia effettuabile, a dimostrarci il grado di suggestibilità dell'alienato, e con ciò anche il grado di sviluppo che hanno in lui acquistato l'associazione e la inibizione sistematica degli elementi integrativi della personalità.

La questione sulla natura dell'ipnotismo, a lungo dibattutasi fra le due scuole avversarie, la *neurologica* della Salpêtrière (CHARCOT) e la *psicologica* di Nancy (BERNHEIM), è stata risolta con una specie di conciliazione, dove però la parte maggiore, anzi fondamentale, viene assunta dalla seconda. Io fui fra i primi ad indicare questa via come la sola che ci potesse spiegare le apparenti contraddizioni fra le due scuole (Cfr. il mio *Magnetismo animale*, 2.ª ed.ª, 1886, e la mia « Riv. di Fil. scientifica », *passim*); ed oggi siamo in diritto di affermare: 1.° che lo stato di *ipnotismo* è soltanto una forma speciale dello stato psicologico di *suggestione*, il quale comprende varietà numerosissime, dalla semplice « credulità » al più profondo « sonnambulismo attivo »: 2.° che i sintomi somatici, elevati nella descrizione nosografica del CHARCOT a soli ed esclusivi caratteri dello stato ipnotico, sono invece dati dalla neurosi isterica preesistente nel soggetto: donde appare erronea la pretesa sinonimia fra ipnotismo e isterismo (Cfr. JANET PAUL, *L' automatisme psychologique*, 1889: — BERNHEIM, *Hypnotisme, suggestion, psychotherapie*, 1891, — e « Revue de l'Hypnotisme », passim).

70. Regole direttive pratiche per l'esame psico-patologico. — Le generalità fin qui esposte intorno ai concetti fondamentali della Psichiatria moderna, ed ai metodi di indagine ejettiva in Psicologia, ci conducono a stabilire alcune regole, che possiamo dire cardinali, per l'esame psicologico degli alienati.

1.° L'esame dev'essere completo, cioè *versare su tutti gli aspetti e su tutte le manifestazioni della vita psichica dell'alienato.*

Nessuno dei fenomeni, nei quali si rivela o si può rivelare all'esterno lo stato della mente, deve essere trascurato da un buon osservatore: poichè anche quel sintomo, che a prima vista potrebbe parere insignificante, gioverà talvolta a darci un'idea esatta così della personalità del malato, come dell' indole e intensità della malattia. Noi dobbiamo, infatti, tenere in considerazione il principio che la individualità psichica degli uomini non risiede generalmente in differenze grossolane di agevole osservazione empirica, bensì in tenui particolari dell'intelligenza, del sentimento, della condotta. Ne segue che la diagnosi di uno stato psicopatico, più ancora che quella di un qualsiasi altro stato morboso dell'organismo, è sempre un giudizio sintetico da compiersi secondo le strette norme della logica induttiva: se dimenticassimo un solo particolare importante, ci esporremmo a commettere quel sofisma che i logici odierni chiamano *fallacia accidentis* (Jevons, Sidgwick).

2.° L'esame dev'essere in una prima fase semplicemente passivo, per divenire in una seconda fase anche attivo: cioè *tendere a provocare da parte dell'alienato tutte quelle manifestazioni nelle quali può rivelarsi lo stato morboso e che spontaneamente non si offrirebbero alla attenzione del medico.*

Il metodo obbiettivo si compone di osservazione e di

esperimento: ora, anche il diagnostico psicologico ha mezzi e processi sperimentali, di cui l'uso appare tanto più necessario, quanto più intima diventa la nostra indagine sui fenomeni psichici. L'alienista che si limitasse al semplice còmpito di osservatore e si contentasse di raccogliere passivamente le parole, i gesti e gli atti del malato, non darebbe prova di sagacia clinica più di quel medico che al letto dell'infermo di malattia comune trascurasse i metodi attivi di esame fisico. Certo, la provocazione artificiale dei fenomeni psicopatici non è sempre esente da danni e da pericoli, precisamente come non lo è in moltissimi casi la stessa percussione del torace, o la verifica di una contrattura; ma per giustificare l'uso psichiatrico del doppio procedimento dell'osservazione e dell'esperimento, ci basterà ricordare quanto comuni siano nella pazzia i sintomi indiretti, i subbiettivi, i latenti, i simulati e dissimulati, come già notai in altra parte di quest' opera (cfr. Vol. 1.°, § 8°). D'altronde, l'esperienza insegna a procedere in questa indagine attiva colla massima cautela, e noi avremo occasione di ritornare sugli artificii più sicuri e più prudenti di esame.

3.° L'esame dev'essere sincero, cioè rivolgersi a *caratterizzare l'individualità morbosa dell'alienato quale essa è veramente, senza la preoccupazione di trovarvi riprodotto un determinato tipo nosografico.*

Si possono distinguere i sintomi offerti da un malato di mente in due gruppi: quello dei generici, che egli ha in comune con altri malati del suo medesimo tipo e che ci permettono di classificarlo fra i maniaci piuttosto che fra i melancolici, fra i paranoici piuttosto che fra i dementi ecc., e quello degli specifici o individuali, che sono il prodotto della sua personalità. Il processo diagnostico non è sincero, se, passando sopra questi ultimi, la mente dell'alienista si ferma soltanto sui primi;

poichè quando si credesse, così operando, di fare la descrizione del maniaco, del melancolico, del paranoico o del demente che si ha dinnanzi, non si farebbe in realtà che la ripetizione del quadro classico della mania, della melancolia, ecc. quale si trova nei trattati: in altre parole, non si procederebbe coll' analisi del clinico, ma coll'astrattezza e generalizzazione del nosografo. Questo è lo scoglio principale in cui urtano gli esordienti e gli imperiti in Psichiatria, ed oserei dire che non sanno sempre scansarlo neppure gli stessi alienisti e medico-legisti. La storia anamnestica e la sintomatologia dei singoli alienati presentano, senza dubbio, notevoli rassomiglianze, massime nel gruppo delle psiconeurosi, ciò che ha permesso ai classificatori di denominarle « vesanie tipiche »; tuttavia anche qui si debbono annotare colla massima cura le varianti individuali nell'etiologia, nei prodromi, nella natura ed intensità relativa dei sintomi, e nel decorso, poichè la conoscenza esatta del malato reale si basa su di esse, e non sulla presenza dei caratteri morbosi generici. Però le rassomiglianze fra i singoli casi sono molto meno accentuate negli altri gruppi nosografici in cui si divide la Patologia mentale; ad esempio nelle cerebro-psicopatie, nelle encefalopatie tossiche, e soprattutto nelle parafrenie, dove le divergenze individuali vanno tanto più crescendo, quanto più profondo e più primitivo è il disturbo arrecato dalla malattia allo sviluppo od alla continuità sistematica della personalità, e quanto più variabile nella sua natura, intensità e diffusione è il processo morboso che lede l'organo della psiche.

4.° L'esame dev'essere induttivo, cioè mirare a *scoprire la natura ed intensità dei fenomeni morbosi dalle condizioni causali dei fenomeni stessi e dai loro vicendevoli rapporti.*

Dedurre è partire da concetti generali per giungere ai

particolari; nel caso nostro questo procedimento logico, se venisse applicato sin da principio nell'osservazione clinica di un alienato, potrebbe dar luogo a gravissimi errori diagnostici. Quando un pazzo ci si presenta agitato o stupido, noi possiamo dedurre solo in una certa misura ch'egli presenterà anche quei determinati caratteri psicopatici che sappiamo connettersi con lo stato di agitazione o di stupore: può succedere che questi caratteri si trovino in lui solo parzialmente, oppure che essi siano in sostanza diversi da ciò che ci eravamo immaginati sulla falsariga dei nostri concetti astratti intorno a quella speciale forma morbosa. Un'illazione diagnostica fatta in via deduttiva può riguardare tutto al più i caratteri generici d'una psicopatia, non mai gli specifici o individuali che sono, come testè vedemmo, i più importanti.

Ma non basta: fa d'uopo anche scoprire il determinismo speciale dei fenomeni, che varia caso per caso. Sarebbe assurdo separare un qualsiasi sintomo dalle circostanze in mezzo alle quali esso si manifesta, poichè lo studio dei fatti naturali ci ha insegnato che la nostra rappresentazione di causalità si basa unicamente sulle relazioni di continuità, di coincidenza e di contrasto. Qualora noi studiassimo un fenomeno senza por mente alle condizioni peculiari che lo precedono, lo accompagnano e lo seguono, arriveremmo bensì a conoscerlo nella sua apparenza estrinseca, ma non nella sua natura intrinseca o nel suo significato clinico. Come si potrebbe pretendere di giudicare un'idea, un sentimento, un atto d'un pazzo, disgiungendoli da tutto ciò che ce ne potrebbe dare la spiegazione e farcene apprezzare il valore? Un'idea delirante o un'azione impulsiva, apparentemente identiche in due o più malati, dipendono quasi sempre da circostanze causali differenti, e a seconda della causalità che le ha determinate noi dobbiamo espri-

mere un giudizio diverso sulla personalità originaria di ciascun pazzo e sulle perturbazioni cui essa ha soggiaciuto. La pazzia, insomma, non è, come i profani suppongono, una accolta bizzarra ed illogica di fenomeni, ma bensì una successione regolare di avvenimenti più o meno complessi, che il medico osservatore deve presentare nella loro vera natura, nel loro ordine di figliazione, e col corredo delle circostanze di mezzo interiore e di ambiente esteriore, nelle quali si sono effettuati.

Ho esposto questi principii di logica diagnostica, perchè, se saranno del tutto superflui per gli alienisti, non riusciranno per contrario inutili ai medici pratici ed agli studenti. Gli alienisti li conoscono e li applicano da più decennî, cioè da quando la scuola clinica francese ebbe il vanto di concepirli e di propugnarli verso la metà del presente secolo (ESQUIROL, PARCHAPPE, F. VOISIN, MOREAU [de Tours], GUISLAIN, e sopra tutti G. FALRET, al quale dobbiamo preziose indicazioni sull'esame psichico degli alienati). Ma nella pratica ordinaria, e in modo più notevole ancora nella pratica medico-forense, le sane regole logiche da me suesposte non sono sempre osservate. Ne segue che molti esami clinici di pazzi sono *incompleti*, perchè trascurano fenomeni particolari importanti; *inefficaci*, perchè non svolgono tutto il quadro sintomatologico della malattia; *pregiudicativi*, perchè partono da false premesse e mirano a confermare un diagnostico precipitato; infine, puramente *illativi*, perchè dal concetto astratto dei tipi morbosi propendono a trarre in modo esclusivo la conoscenza del caso individuale. Quest'ultimo è l'errore più comune, poichè, malgrado la educazione scientifica del nostro tempo, l'uso corretto dell'induzione riesce più difficile che non l'abuso della deduzione: la nostra mente essendo tratta dalla sua stessa natura, e in particolar modo dall'abitudine del simbolismo verbale, in primo luogo a generalizzare con soverchia fretta, e poi a dedurre con altrettanta facilità dai concetti astratti e dalle leggi generali, che essa stessa si è venuta formando, ai fatti particolari e, nel caso nostro, ai fenomeni individuali.

Si può illustrare questa nostra tendenza raziocinativa con

l'esempio della « mania », o di qualunque altra forma nosografica di psiconeurosi e di psicosi. Quando diciamo « mania » ci rappresentiamo uno stato abnorme della mente, nel quale tutte le funzioni psichiche ci si mostrano eccitate. Secondo la rappresentazione *sintetica* che noi ce ne facciamo, il maniaco ha, o dovrebbe avere, rapidità estrema nella formazione e successione delle idee: scarso potere di verifica sulle impressioni, donde i facili disturbi percettivi: esaltamento del tono sentimentale, donde le variazioni improvvise e sragionevoli di umore: reattività immediata agli stimoli, donde gli atti impulsivi incoercibili, ecc. Ora, tutte queste apparenze sintomatiche caratterizzano bensì uno « stato maniaco », ma non la sola vera e tipica « mania »; esse possono, più o meno isolate, più o meno intense, trovarsi anche nel paralitico durante la fase congestiva, nell'epilettico e nell'isterico in certi stati transitori pre- o postaccessuali, nel paranoico durante un episodio di esaltamento o una crisi allucinatoria, nell'alcoolista, e persin nello stesso melancolico agitato. Ne segue che ciò che serve a distinguere tutte queste forme *apparentemente* simili non è la presenza di caratteri psichici così vaghi e generici, come sono i surricordati del nostro concetto sintetico o medio dello « stato maniaco »; è invece la presenza di caratteri più speciali, che solo un esame psicologico ben condotto ci permetta di rilevare. Nè ciò basta, poichè quando anche fossimo arrivati a restringere il diagnostico entro la cerchia nosografica della mania qual'è intesa dalla odierna Psichiatria (« mania tipica » o « primitiva »), resterebbero a investigare e a determinare le note individuali che di quel pazzo fanno un ipomaniaco piuttosto che un maniaco grave o furioso, un maniaco continuo piuttosto che uno periodico o ciclico, un maniaco vesanico più che uno degenerato, un maniaco incosciente più che uno così detto « ragionante », ecc. Per ultimo, è dalle caratteristiche personali della psicopatia, messe in rapporto con quelle rivelateci dall'esame somatico e psicologico, che noi possiamo salire alla patogenesi del processo morboso in ogni singolo alienato per mania, non già da quelle generiche o astratte dello stato maniaco.

Articolo II.

Operazioni investigatorie per l'esame psicologico degli alienati.

71. **Le cinque operazioni metodiche della semejotica psichiatrica.** — Passando ora allo studio dei procedimenti informati al metodo ejettivo, dei quali consta l'esame psicopatologico, noi crediamo che si possano tutti ridurre alle seguenti operazioni investigatorie:

All'osservazione diretta ed esteriore dell'alienato (*ispezione*);

Alla comunicazione orale, con cui raccogliamo noi stessi, nel conversare col malato, gli indizî più sicuri del perturbamento psichico (*interrogatorio*);

Alla raccolta ed all'analisi dei prodotti materiali, in cui l'alienato traduce stabilmente la propria idea e i proprî sentimenti (*prova di fatto*);

Alla provocazione artificiale di determinati fenomeni o stati di coscienza, ed alla scomposizione analitica dei fatti psichici (*esperimento psicofisico* e *psicologico*);

Alla raccolta ed all'apprezzamento delle testimonianze, dalle quali possiamo essere illuminati sui fenomeni morbosi che avvengono in nostra assenza o che il pazzo ci dissimula (*inchiesta testimoniale*).

Queste cinque operazioni della semejotica psichiatrica corrispondono alle cinque classiche della semejotica generale: — ispezione, palpazione, percussione, ascoltazione, analisi fisicochimica e microscopica dei prodotti (cui si aggiunge talora la applicazione dei metodi grafici). — L'analogia non è così superficiale, come di prima vista parrebbe: le pagine seguenti ne daranno la prova.

I. L'ISPEZIONE ha per iscopo di raccogliere i sintomi più obbiettivi della pazzia, cioè le sue manifestazioni percettibili nella fisonomia, nella mimica, nell'atteggiamento, nella parola spontanea, nel contegno attivo o passivo, negli atti eseguiti in determinate circostanze, e soprattutto nei movimenti particolari coi quali si estrinseca lo stato subbiettivo dell'alienato.

Quest'operazione semejotica è fondamentale, e si può compiere, sia isolata da ogni altra specie di indagine obbiettiva, sia combinata coll'interrogatorio, come in appresso vedremo. Le sue modalità variano secondo il luogo e il tempo in cui si osserva l'alienato, e secondo la forma e la fase dell'alienazione mentale; ma le norme più generali dell'ispezione si riassumono nelle seguenti.

a) L'ispezione, mirando specialmente a cogliere le manifestazioni spontanee della malattia mentale, deve essere praticata in modo quasi affatto passivo da parte dell'osservatore; poichè questa fase preliminare dell'esame psicologico gli fornisce i dati più sicuri per ben condursi nel resto delle sue osservazioni. Spesso le prime impressioni sullo stato generale del pazzo, quale si manifesta spontaneamente al primo contatto col medico, o quale può da questo essere osservato ad insaputa del pazzo stesso, costituiscono il criterio più sincero della diagnosi. Vi sono infatti forme psicopatiche, che anche ad un'ispezione superficiale e rapida mostrano già molti dei loro sintomi obbiettivi caratteristici (mania, melancolia, stupore, paranoia superba, paralisi progressiva, delirio alcoolico, frenosi sensoria): così l'alienista può dirigere meglio le successive indagini cliniche e circoscrivere, per esempio, l'interrogatorio ai punti veramente essenziali.

b) È sempre preferibile osservare l'alienato nel suo ambiente abituale, poichè quivi le manifestazioni morbose serbano la maggiore spontaneità e natura-

lezza e rivelano più facilmente i loro rapporti colle cause occasionali della pazzia. Ogni cangiamento nelle circostanze esterne impressionando più o men vivamente i sensi, può agire sullo stato subbiettivo, modificare il corso delle idee, perturbare il tono del sentimento, e provocare insolite reazioni motorie. E però, quando la sintomatologia dello stato psicopatico è negativa, e quando possiamo supporre che esistano sintomi latenti o dissimulati (delirî, allucinazioni, atti impulsivi), è buona regola di cangiare attorno al malato, tutte o in parte, le condizioni di esistenza, osservando i cangiamenti che per avventura si effettuassero nel suo stato morboso.

a] L'ispezione può effettuarsi o sul pazzo in libertà o sul pazzo ricoverato nel Manicomio. Nel primo caso l'alienista interviene quasi sempre chiamato a consulto dal medico curante o dalla famiglia, poichè ben di rado il pazzo stesso lo richiede di un parere sul proprio stato. Tuttavia nelle grandi città il medico specialista ha occasione di ricevere nel suo studio od ambulatorio anche dei malati di mente, che avendo coscienza dei proprî disturbi psichici non si peritano di invocare il soccorso dell'arte. Ora è chiaro come il procedimento di ispezione debba differire di gran lunga in condizioni così diverse.

Quando il pazzo non ha coscienza del proprio stato, e specialmente quando esista o si vada in lui organizzando un delirio, è ben difficile che egli si lasci avvicinare dal medico; certi melancolici e paranoici sono sotto questo riguardo così diffidenti che riescono quasi inaccessibili, ed allora fa d'uopo ricorrere anche a stratagemmi per potere osservare il malato. Le stesse famiglie, per timore che la notizia del consulto e la presenza d'un alienista possano eccitare o addolorare il povero infermo, si oppongono con sottili sofismi, non solo all'interrogatorio diretto, ma altresì alla semplice ispezione: talvolta esse pretenderebbero che l'alienista si contentasse di osservare il pazzo di sfuggita e da lontano, ad insaputa di lui, o se concedono finalmente la visita, esigono almeno che questa abbia luogo come per incidente, o per pretesti immaginarii, o anche sotto altra apparenza, pur che non sia di consulto di persona del-

l'arte (Cfr. Vol. I, § 9°). Alcuni trattatisti si oppongono in modo assoluto a queste pietose menzogne, e vorrebbero che in ogni caso l'alienista si presentasse senza inganni all'alienato, poichè dicono che ne vanno di mezzo e la dignità della medicina e la serietà personale del medico; ma l'esercizio quotidiano dell'arte dimostra come, malgrado tutto, non si possa elevare questa opinione a regola generale di condotta, e come non sia infrequente il caso in cui, per ottenere accesso da un malato ancor vivente in famiglia o in istato di libertà, convenga adattarsi anche a qualche sotterfugio.

Nei Manicomii cotesta difficoltà pratica non esiste: esiste per contrario l' altra non meno grave che la mancanza dell'ambiente abituale, l'isolamento, la vista e il contagio imitativo d'altri malati possono avere indotte modificazioni notevoli nel contegno esteriore del pazzo. Può anche avvenire che questi, diffidando dell'esame dell'alienista ed anelando alla libertà, riesca talvolta a dissimulare alcuni dei sintomi più importanti. Di ciò è specialmente da tener conto negli esami psichici di individui sottoposti a perizia psichiatrico-forense. Ma a riparare queste e consimili altre mende dello stato di reclusione, il medico ha nel Manicomio l'agio di osservare più lungamente l' individuo, e in tutte le ore della giornata, e nell'esercizio di tutte le funzioni della vita: di più, egli può fin da prima separarlo da tutti gli altri ricoverati, e tenerlo sotto la immediata sorveglianza di persone esperte, capaci di riferirgli ogni di lui parola ed ogni minimo atto.

β] Avviene poche volte che il pazzo debba o possa essere osservato nel letto, almeno per ciò che riguarda i fenomeni psicopatologici, poichè per quelli somatici la diagnosi clinica importa al contrario questa comodità di esame (v. nel Vol. I). L'alienato di mente non ha per lo più sofferenze fisiche che lo costringano al decubito, salvo nei casi di paralisi progressiva all'ultimo stadio, o di accessi convulsivi ed apoplettiformi, o di stati stuporosi, o di delirî alcoolici e febbrili, ecc.: che anzi è utile osservarlo fin dalla prima volta in completa libertà di movimenti, cioè mentre conversa e passeggia a suo beneplacito, mentre attende alle sue consuete occupazioni, mentre dà libero sfogo alle manifestazioni reflesse del suo stato psi-

chico. Tuttavia, anche la posizione di decubito ha i suoi vantaggi: la semplice ispezione dell' atteggiamento, che il pazzo assume nel letto, ci serve a distinguere un paralitico da un melancolico, un isterico da un allucinato con delirio religioso, un maniaco da uno stupido, ecc.

γ] Un buon metodo per istudiare i cangiamenti spontanei nella sintomatologia obbiettiva del pazzo, è di porlo improvvisamente in relazione con individui e con oggetti a lui sconosciuti, cangiando, per esempio, il suo luogo di soggiorno, ed osservandone il contegno a sua insaputa. Così noi siamo in grado di esaminare la di lui impressionabilità rispetto all'ambiente esterno, di misurarne il potere di attenzione, e di coglierne in funzione le facoltà di percepire, di ricordare, di confrontare e di giudicare le cose del mondo reale.

δ] Fra i pochi procedimenti attivi di osservazione, che possono darci preziose notizie, merita il primo posto l'esecuzione di determinati atti e movimenti che si ordinano o si suggeriscono al pazzo. Il GUISLAIN, in quelle sue Lezioni cliniche che sono un modello insuperabile di chiarezza e di buon senso (*Leç. orales sur les Phrénopathies*, II.ª ediz., vol. 2.º, 1880), consiglia i comandi seguenti: *Guardatemi — Levatevi — Sedete — Datemi la mano — Chiudete la porta — Porgetemi quella seggiola — Mostratemi la lingua — Toglietevi il cappello — Cercatemi questo o quell'oggetto,* . . . ai quali altri possono aggiungersi o sostituirsi a piacere, secondo l' intento che ci proponiamo, e secondo l'indole del malato e la particolarità del caso. Nell'esecuzione, tacita o accompagnata con parole e frasi, spontanea o forzata, lenta o rapida, di questi atti diversi, l' alienato, come meglio vedremo in seguito, fa conoscere lo stato della sua volontà, cioè del potere di comandare ai muscoli, di compiere o d'inibire dati movimenti, di prendere o no una determinazione. Noto pertanto che nella osservazione dei pazzi a domicilio, questo procedimento *a comandi* rimane spesso inapplicabile: bisogna contentarsi di osservarlo passivamente, e, quando si voglia pur sondare l' attività volitiva del malato, giovarsi piuttosto delle indagini sulle condizioni degli apparati muscolari (cfr. Vol. I.º §. 50, p. 215 e segg).

ε] Per rispetto alla parola spontanea, l' osservazione

dev'essere invece del tutto passiva, salvo i casi che più avanti indicheremo con maggior dettaglio nell'esame clinico del linguaggio. Sotto l'influenza delle allucinazioni, del delirio, o anche della semplice iperattività dei centri ideativi, i pazzi s'abbandonano spontaneamente alle più svariate espressioni foniche in rapporto con le loro percezioni, imagini ed emozioni: essi emettono grida e voci inarticolate, esclamazioni, gemiti, parole e frasi di più o men logico significato e di più o meno corretta forma; fanno monologhi, o conversano con personaggi misteriosi extra-reali; e infine, come se si trovassero in istato di sogno, assistono con la loro ammalata imaginazione a scene ora comiche, ora tragiche, accompagnandole in maniera più o meno attiva con movimenti espressivi. L'osservatore deve raccogliere sempre con la massima cura queste manifestazioni autonome della pazzia, registrare i suoni, le voci, le parole anche staccate, le frasi anche sconnesse, i soliloquî, i dialoghi a due o più voci imitate, i gesti, gli atti tutti del suo soggetto.

L'esatta riproduzione della parola spontanea si raggiunge facilmente, adottando il processo della *stenografia*; essa non lascia sfuggire nulla che possa illuminare il diagnostico, e può condurci alla scoperta di uno stato allucinatorio, d'un delirio, d'un affetto morboso. Nei casi dubbii e molto importanti, quando si volesse conservare la prova materiale della psicopatia, o scoprire una simulazione, il *fonografo* darebbe, io penso, notevoli risultati; poichè, oltre alla parte formale del linguaggio spontaneo, questo preziosissimo strumento serve a fissare anche altri caratteri della voce articolata, che nè la nostra memoria, nè la stessa stenografia varrebbero a conservare: tali sono il timbro, la forza, l'aumento e la diminuzione, la rapidità e lentezza, le pause, le ripetizioni, gli accenti della voce, non che la durata dell'intero fenomeno morboso.

Le forme cliniche, in cui questi processi di osservazione passiva sono più utilmente applicabili, appartengono alla frenosi sensoria o allucinatoria, alla paranoia, alla pazzia sistematizzata secondaria, alla paralisi progressiva, ma sovra tutto alla pazzia isterica. Fin qui, invero, il campo più fruttuoso per il metodo stenografico è stato il delirio allucinatorio ed ecmnesico delle istero-epilettiche, studiato nel terzo e quarto

periodo dell' attacco secondo la distinzione nosografica del CHARCOT, oppure il delirio istero-ipnotico provocato, e allo stesso modo il sonnambulismo spontaneo od artificiale. Durante l' attacco le malate ripetono automaticamente alcune parole (sempre le stesse), che in generale si riferiscono a incidenti tristi e lieti della loro vita, a spaventi provati, a violenze subìte, a spettacoli che le impressionarono, ecc. — Così in una isterica della mia Clinica, in cui la neurosi s'era sviluppata dopo l'abbandono di un amante, ricorrevano nel periodo appassionato sempre queste parole indicanti un vivo stato allucinatorio: « *Serpente . . . serpente . . . ! Ah! . . . serpente . . . paura . . . no, no . . . serpente, paura, . . .* », ecc. — In altra giovinetta, divenuta isterica per il patema d'aver perduto improvvisamente il padre, si potevano raccogliere, nel periodo delirante dell' attacco, le seguenti espressioni: « *Ah, papà . . , papà . . . papà caro! Mon père, c'est moi, ta chérie! . . . Papetto mio . . . no, sono io . . . non ci sono che io . . . Sì, la tua Elv . . . No, gli altri, no . . . tu solo mi vuoi bene . . . . Sì , sì , vengo con te , Papà , mio buon papà! . . .* », ecc. — Questi sono, però, esempii molto semplici di quei lunghi e complicati soliloquî, ora ecmnesici ed ora suggestivi, ora coerenti ed ora affatto caotici, cui si abbandonano spontaneamente i pazzi. Ma non è nel mio intento di esemplificare, e chi voglia avere le prove dei vantaggi del metodo stenografico le potrà meglio vedere nelle minute relazioni di delirii isterici contenute nelle opere e monografie speciali (Cfr. RICHER, *Ét. clin. sur la grande Hystérie*, II ediz., 1885; PITRES, *Leç. clin. sur l'Hystérie*, 2 vol., 1891).

ζ] Infine, per la esatta riproduzione degli atteggiamenti spontanei, ricorderò i grandi vantaggi della *fotografia*, della quale nessun Laboratorio scientifico, nessuna Clinica neurologica e psichiatrica possono oggi fare a meno. I perfezionamenti ultimi di quest'arte ci permettono di cogliere i più fugaci moti espressivi dell'animo, e ne indicherò a suo luogo le più utili applicazioni.

II. L'INTERROGATORIO ha per scopo di raccogliere le manifestazioni dei processi subbiettivi dell'alienato durante l'esercizio della facoltà di comunicare coi propri

simili: e cioè tutte le estrinsecazioni dell'ideazione e del sentimento che possono effettuarsi per mezzo della voce, del linguaggio parlato, del linguaggio mimico, non che per mezzo della fisonomia, dell'atteggiamento del corpo e del contegno durante le relazioni sociali.

Essendo la parola il primo e il più complicato strumento del pensiero umano, e la più abituale espressione degli stati di coscienza nei rapporti coll'ambiente fisico e sociale, l'interrogatorio costituisce l'operazione fondamentale di tutto l'esame psicopatologico, tanto più che esso si accompagna nel medesimo tempo con la osservazione diretta dell'alienato. Esso è come l'ascoltazione della semejotica psichiatrica. S'aggiunga che mentre colle relazioni della parola articolata noi gettiamo, per così dire, lo scandaglio negli intimi recessi della psiche, veniamo anche a scoprire molte particolari condizioni patologiche del sistema nervoso, centrale e periferico, che si rivelano con disturbi nell'innervazione motoria dell'apparato fonico, fisionomico e mimico. Adunque, saper bene *interrogare* i malati di mente è il primo requisito per un buon diagnostico in Psichiatria; e fa d'uopo saper variare le modalità dell'interrogatorio secondo l'indole della pazzia, secondo i sintomi che si ricercano, secondo la natura dei disturbi interiori di cui si vuole provocare la manifestazione, e secondo quelle mille particolarità che costituiscono l'individualità di ciascun caso clinico; ciò che unicamente non si impara da una semplice esposizione teorica di norme astratte, ma soltanto col lungo e paziente esercizio. Sono intanto a notare le seguenti regole generali:

a) L'interrogatorio dev'essere preferibilmente attivo, cioè tendere a provocare da parte dell'alienato tutte le possibili manifestazioni del suo stato subbiettivo per mezzo del linguaggio parlato o mimico. L'alienista, cioè, non può limitarsi in tutti i casi all'ufficio di semplice

ascoltatore e raccoglitore delle parole e frasi spontaneamente profferite dal pazzo (metodo « stenografico » già indicato), ma conviene che usi ogni artificio, consigliato dalle particolari condizioni dell'interrogando, per eccitare costui alla estrinsecazione completa delle proprie idee e dei proprî sentimenti.

b) L'interrogatorio dev'essere franco e prudente nello stesso tempo, poichè la franchezza nel modo d'interrogare e nel modo di contenersi induce per lo più nel pazzo un utilissimo sentimento di simpatia e di rispetto verso la persona dell'alienista, mentre la prudenza salverà questi dal danno di svegliare sospetti, diffidenze ed ostilità, o dal pericolo di provocare reazioni esagerate che gli impedirebbero di proseguire nell'esame o gli presenterebbero sotto fallace aspetto lo stato abituale dell'alienato.

c) L'interrogatorio dev'essere graduato e metodico, cioè andare dalle cose semplici alle composte, e dal campo normale delle idee e dei sentimenti a quello patologico, sia perchè in tal modo si segue l'ordine logico di formazione degli stati di coscienza, sia perchè i fenomeni morbosi significativi della psicopatia e i più importanti non riguardano le forme inferiori e grossolane della capacità intellettuale e sentimentale, bensì le meno appariscenti e le più fine e complicate.

In Psichiatria, meglio forse che in ogni altra branca della medicina, l'esperienza, unita a doti notevoli di mente e di cuore, è maestra unica e sola dell'arte di esaminare il malato. L'affermare che in questa faccenda bisogna procedere con dignità, con coraggio, con prudenza, con onestà, con fermezza, con pazienza, con discrezione e coscienza, è null'altro che un vago richiamo ai principî generali di deontologia medica, rispetto alla quale sembra oggi di moda lo stringersi nelle spalle e considerarla, se non inutile ad apprendere, certo inutile ad insegnare. Ma chi si azzarderebbe, infatti, di det-

tare regole teoriche ed astratte per bene avvicinare e ben interrogare tutte le svariatissime categorie di alienati? Per ciascuna forma morbosa, non solo, ma quasi per ciascun caso individuale il medico alienista deve saper modificare il proprio contegno. Pertanto, a riguardo delle modalità estrinseche dell'interrogatorio, e cioè al luogo dov'esso può effettuarsi, alla sua durata, all'intervento attivo o passivo dell'osservatore, alla posizione dell' alienato ecc., è inutile ripetere quanto fu detto a proposito dell'ispezione (v. retro), o quanto si dirà più innanzi sull'esame psicologico in complesso, poichè sono sempre le medesime regole pratiche. Così, fu pure discorso nel Volume I della diversa accessibilità dei pazzi (Cap. I, Art. III, § 8.° e 9.°: Cap. II, Art. § 11.°): di guisa che mi restringerò qui ad alcuni punti meno noti dell'interrogatorio o più difficili a praticarsi dal medico non specialista.

α] Quando diciamo « i n t e r r o g a t o r i o », non intendiamo in verità che l'esame psicologico dell'alienato avvenga semplicemente per *domande* e *risposte*: ciò può farsi solo in un ristretto numero di casi e in certe forme psicopatiche, ma quasi sempre occorre saper dare ai primi rapporti con un malato di mente l'*aspetto d'una libera ed amichevole conversazione*. L'interrogatorio « a botta e risposta » (mi si perdoni la volgarità del linguaggio) è sempre indizio di imperizia grave nel medico alienista, e può anche essere causa di dispiacevoli incidenti; poichè a dimande troppo insistenti, incalzanti e reiterate molti pazzi si irritano, assumono un atteggiamento ostile, e pongono il troppo zelante e fastidioso interrogatore in poco propizia e poco dignitosa situazione. Questo è lo scoglio in cui urtano, per lo più, gli esordienti, come si può verificare in quelle Cliniche, dove l'istruzione degli allievi non si limita alla semplice udizione di lezioni teoriche o alla rassegna spettacolosa di poveri pazzi, ma dove essa si effettua mediante un vero studio individuale del malato compiuto per turno da ciascuno di essi.

Chi si pone ad interrogare un pazzo deve mantenere al colloquio tutte le apparenze della naturalezza, pur dando alle dimande una forma progressivamente *suggestiva*. Ogni proposizione dell'interrogatore deve, cioè, suggerire all'interrogato la risposta più esplicita e meno evasiva: per cui, valendosi di lu-

singhe, di arguzie, di circonlocuzioni e perifrasi, si riesce talvolta, con estremo stupore degli inesperti, a trar di bocca all'alienato ciò che egli spontaneamente non avrebbe detto nè voluto dire, e ciò che avrebbe dimenticato o dissimulato. In questi casi il còmpito dell'alienista ricorda i fini accorgimenti del magistrato inquirente: e in vero si tratta di procedere ad una fina e delicata istruttoria sui lati più intimi del carattere, sulle idee più riposte, sui ricordi più scoloriti e sulle più tenui sfumature del sentimento.

In certi alienati può riuscire invece vantaggiosa una maniera più *aggressiva* o *diretta* dell'interrogatorio. L'alienista, mirando diritto allo scopo, interpella allora il pazzo senz'alcun indugio sui fenomeni morbosi di cui è venuto a conoscenza mediante l'anamnesi, o che già può aver desunto da un'inchiesta preparatoria: lo interroga, cioè, sulle allucinazioni, sui concetti deliranti, sugli atti stravaganti o impulsivi che ha commesso o di cui può dare saggio nel tempo medesimo dell'esame, sul motivo del suo isolamento, sulle cause che lo mantengono in istato di eccitazione, o di ansia, o di tristezza, ecc. Ma questo procedimento non è scevro di pericoli, sia perchè il malato e gli stessi parenti ne restino offesi nel loro amor proprio, massime quando la coscienza del primo non è del tutto oscurata, sia perchè un sì insolito eccitamento spinga l'alienato ad atti aggressivi contro il medico, sia infine perchè si rechi nocumento al pazzo stesso col ricordo improvviso dei suoi dolori, delle sue paure immaginarie e del disordine ideativo che egli vorrebbe tener celato a persone estranee. Il « tatto » del medico è l'unica guida per appropriare le domande a ciascun malato.

Vi è pure la rarissima eventualità di dover ricorrere all'*intimidazione*. Il LEURET aveva elevato questa maniera di contenersi a regola generale, vuoi diagnostica vuoi terapeutica, per tutti i pazzi deliranti; e si mostrano ancora in alcuni Manicomii certi arnesi di vera tortura inquisitoriale, con cui si poteva costringere il povero mentecatto a « confessare », e quindi a « sconfessare » le allucinazioni e il delirio. Ma basta enunciare in che consistesse questo così detto « metodo psicologico » di diagnosi e di cura, perchè si vegga quali risultati poteva dare e realmente abbia dati nella pratica Certo, l'autorità e

la fermezza del medico sono necessarie per ottenere qualche risposta e l' esecuzione di qualche atto comandato in taluni casi particolari, cioè quando il pazzo si mantenga volontariamente taciturno o quando occorra un forte stimolo per risvegliare in lui una reazione motoria (per esempio nella melancolia stupida, nello stupore primitivo o demenza acuta, nella pazzia isterica, nella paranoia, ecc.); ma l'intimidazione vera e propria può, tutto al più, essere usata negli esami di individui sottoposti a perizia per dubbio di simulazione di pazzia, o quando si sia ben certi che l'alienato soggiace al prestigio personale dell'interrogatore.

β] Una difficoltà pratica di molto interesse si rapporta al tenore delle domande da farsi, perchè anche qui nasce sempre negli esordienti il più grave imbarazzo, non sapendo essi da dove cominciare, nè come riunire le fila della conversazione, una volta che siasi avviata, nè come giungere alla scoperta dei sintomi caratteristici di quella determinata condizione morbosa, nè come provocare l'estrinsecazione dei varî processi subbiettivi. A suo tempo esporrò i procedimenti migliori per saggiare lo stato della percezione, dell'ideazione, della memoria, della volontà, insomma dei singoli poteri cerebrali: questo è il luogo più adatto per indicare soltanto in modo generico come si debba procedere nell'interrogatorio dal semplice al composto. Ma non nel senso letterale della cosa, come dagli inesperti si potrebbe intendere: per esempio, non conviene in ogni caso dirigere le prime domande alla richiesta delle generalità personali (nome e cognome: *Come vi chiamate?* — età: *Quanti anni avete?* — patria: *Dove siete nato?* — parentela: *Chi sono i vostri genitori?*, ecc.), poichè qualche malato, specialmente nella privata clientela, giustamente se ne offenderebbe ed allarmerebbe, e trattandosi poi di pazzi ricoverati nell'Asilo, tali domande apparirebbero inutili o sarebbero troppo lontane dallo scopo dell'interrogatorio.

Il procedere dal semplice al composto va, dunque, inteso diversamente secondo l'indole particolare dei diversi malati e secondo la funzione psichica di cui si vuole saggiare la capacità, il grado di sviluppo, la correlazione colle altre e le differenti perturbazioni. Nella maggioranza dei casi, massime quando perduri nel pazzo la coscienza del proprio stato, si comincierà

dall' interrogarlo di preferenza sui suoi disturbi fisici (insonnia, inappetenza, tremito, nervosità), serbando ad una fase più avanzata dell'interrogatorio tutto ciò che riguarda strettamente lo stato psichico. Questo modo semplicissimo di procedere cattiva al medico la simpatia del soggetto, e gli porge anche il destro di desumere, dalle risposte ottenute, quali ne siano in complesso le condizioni mentali, e su quali punti particolari debba poi diriger si l'investigazione. Molte delle indagini cliniche sulla sensibilità, sulla motilità, sul trofismo, che ho largamente accennate nel I Volume dell'opera, richiedono l'intervento attivo del pazzo, e però sono criterio efficacissimo anche per la diagnosi psicologica. Se poi l'alienato non ha coscienza, o è in istato di delirio, e si mostra renitente o sospettoso dell'interrogatorio, le prime domande potranno con frutto rivolgersi sugli oggetti e sulle persone presenti, sugli atti eseguiti dal soggetto all'avvicinarsi del medico, sulle ragioni del suo contegno di resistenza o di paura: indi si potrà parlare di oggetti e individui lontani, si richiederanno date di fatti più o meno remoti, si volgerà il colloquio su avvenimenti generali della vita politica e sociale, ecc. Con ciò avremo sondata la sfera intellettiva: per rispetto poi al lato sentimentale della psiche, che è quanto di più intimo costituisce la personalità, è chiaro che l'alienista prudente serberà *per ultime* tutte le sue interrogazioni, poichè anche l'individuo più pazzo custodisce sempre gelosamente nei « segreti dell'anima » i proprî affetti e le proprie tendenze.

Volendo stabilire l'ordine delle domande o dei discorsi di cui può constare l'interrogatorio o, meglio, il colloquio con un pazzo compiuti secondo le norme precedenti, darò qui il contenuto approssimativo delle inchieste che la mia non breve esperienza mi ha dimostrato doversi fare in modo progressivo, salvo le varianti naturalmente indicate dalla natura di ciascun caso (cfr. GUISLAIN, loc. cit.); a suo luogo entrerò in maggiori particolari.

1. Sintomi fisici del malato al momento dell'esame (insistere segnatamente sulla di lui « nervosità » e sul fatto che l'intervento del medico non riguarda lo « stato morale », ma solo i suoi effetti nocivi sul sistema nervoso);

2. Rappresentazioni più semplici, prodotte dalla percezione

parziale o complessa dell' ambiente esterno (luogo, stagione, parenti);

3. Ricordi recenti relativi allo stato psichico del malato (sofferenze anteriori, medici già consultati, atti commessi, reclusione nel Manicomio);

4. Ricordi lontani (date di fatti occorsi al malato, avvenimenti politici, età delle persone, ecc.);

5. Associazioni ideative semplici (di contrasto o di similianza, fra oggetti e persone presenti);

6. Associazioni ideative composte (di successione o di causalità, idee generali ed astratte);

7. Sentimento in generale e sentimenti ego-altruistici (emotività, affetti di famiglia, stato generale della volontà);

8. Sentimenti altruistici (senso etico ed estetico);

9. Sentimenti egoistici (bisogni, tendenze, impulsi);

10. Stato della coscienza (esercizio dell'introspezione, sentimento della personalità).

III. La PROVA MATERIALE consiste nell'esame di tutti gli oggetti coi quali l'alienato può esprimere in forma simbolica i proprî pensieri e sentimenti, o sui quali egli imprime traccie durature dello stato morboso, sia come estrinsecazione del delirio, sia come prodotto della sua attività motoria. Essi sono, in primo luogo, i documenti del linguaggio scritto ed ogni altra raffigurazione grafica (lettere, scritti varii, autobiografie, disegni, ecc.); in secondo luogo, i manufatti, specialmente artistici ed industriali (oggetti scolpiti, o in altro modo elaborati); in ultimo, le cose di uso personale e quelle che costituiscono l'ambiente materiale esterno in cui vive il malato (indumenti, mobili ed arredi della camera, ecc.).

In questo gruppo di prove le più importanti vengono naturalmente desunte dagli scritti, il cui studio costituisce una fonte preziosa di dati sui processi subbiettivi: che anzi, in certi casi la diagnosi della pazzia si può effettuare sulla semplice ispezione del lato formale della scrittura, senza dire che un'analisi del suo contenuto

logico ci rivela spesso i disturbi più profondi dell'ideazione. Ma anche gli altri oggetti materiali superiormente accennati forniscono col loro insieme un certo numero di dati semiologici: nè è vero che l'osservazione, ad esempio, del modo di vestire e d'abbigliarsi del pazzo appartenga solo all'empirismo dell'arte diagnostica, poichè tutto sta nell'interpretare clinicamente anche questa così semplice manifestazione del carattere personale. Dicasi lo stesso delle osservazioni che possono farsi sulla disposizione data dal pazzo agli oggetti costituenti il suo mezzo consueto di esistenza: se ne desumono alle volte notizie preziose sulle tendenze, sulle abitudini, sugli impulsi, sugli stessi delirii. Ma per avvalorare questa parte dell'esame clinico fa d'uopo:

a) che tutte le prove materiali sottoposte all'esame siano il prodotto veramente spontaneo dell'ideazione e dell'attività motoria dell'alienato;

b) che l'apprezzamento sugli indizî forniti da essi scritti ed oggetti per riguardo allo stato psicopatico dell'individuo sia basato, in ogni caso, sul confronto con le loro condizioni antecedenti all'insorgere dei primi fenomeni morbosi.

Più innanzi parlerò con dettaglio di ciascuna di queste prove materiali, in cui si estrinseca più o meno palesemente lo stato di pazzia: qui mi limito a poche indicazioni generiche.

a] Ogni qualvolta un alienato è posto di fronte al medico, questi deve esaminarne attentamente il modo di vestire e di abbigliarsi, poichè dal disordine degli abiti, dall'odore orinoso che ne emana, dagli emblemi attaccati sul petto o sul cappello, dagli oggetti tenuti in mano, come sarebbero simboli religiosi, armi, manoscritti, ecc., si riceve una prima impressione che ci fa distinguere subito un maniaco, un melancolico, un paralitico, un paranoico. Così pure entrando nella stanza dove soggiorna l'alienato, si scorgono altre prove dello stato di pazzia nel disordine dei mobili, nella

presenza di oggetti frantumati, nella poca nettezza, nella chiusura ermetica delle finestre e delle porte, ecc.

β] Ma all'alienista giova soprattutto procurarsi gli scritti, i documenti grafici, e i manufatti del suo malato. Nei Manicomii questo è assai facile, poichè i pazzi ivi ricoverati scrivono volontieri lettere alle famiglie, reclami alle autorità, appunti autobiografici, oppure empiscono di saggi calligrafici e di disegni simbolici i fogli e i cartoni dei libri avuti in lettura, i margini staccati dai giornali, e qualunque pezzetto di carta giunga in loro possesso; di più, l'introduzione del lavoro manuale, del disegno e della musica come mezzi morali di cura, ha resa più agevole la raccolta di prodotti artistici spontanei o di oggetti elaborati dalla mano dei pazzi, con impresse stabilmente le tracce del loro stato mentale. Ma nella privata clientela, questa fonte preziosa di dati semiologici è molto più scarsa, e si riduce quasi esclusivamente ai prodotti della scrittura, che è però la caratteristica più importante della nostra vita sociale. Non è difficile il far comprendere ai parenti l'utilità immensa di questa specie di prove; ed essi infatti ci sanno procurare lettere, registri, memoriali ed altri scritti consimili del pazzo, che noi dovremo in ogni caso paragonare accuratamente con quelli eseguiti prima della malattia. Altre volte il malato stesso ci viene innanzi con manoscritti più o meno voluminosi, dove ha consegnate le prove più evidenti della sua ipocondria, o della sua pazzia del dubbio, o del suo delirio paranoico. Per ciò che si rapporta ai disturbi motorii della scrittura, i quali sono indizio di gravi condizioni patologiche dei centri nervosi (paralisi progressiva, sclerosi disseminata cerebrale, demenza emiplegica, ecc.), l'alienista deve sempre fare scrivere il soggetto alla propria presenza, seguendo le norme che più innanzi esporremo.

IV. La PROVA SPERIMENTALE consta di tutte quelle indagini che la psicologia odierna ha imaginato per lo studio obbiettivo degli stati di coscienza nel loro parallelismo coi fenomeni organici, e specialmente nel loro determinismo neuro-fisiologico. Esse possono ridursi, come vedemmo, a quattro metodi: psicofisico, psi-

cofisiologico, fisiopsicologico e disintegrativo (v. retro, pag. 82-87).

Questa parte dell'esame psicopatologico è la più elevata e difficile, nè può essere compiuta senza speciali procedimenti tecnici, nè senza profonda conoscenza della psicologia normale. Di più, l'applicazione dei metodi psicologici sperimentali allo studio degli stati morbosi della mente è di recentissima data, nè può quindi entrare fin d'ora nella pratica comune della Psichiatria: tuttavia, perchè essa, malgrado le critiche che le si muovono da certuni, è chiamata, secondo me, a prestare servigi importantissimi alla patologia mentale, e poichè questo *Manuale* deve presentare una sintesi completa della semejotica psichiatrica, era mio obbligo di qui indicarla come un procedimento di analisi psichica che nessun vero alienista dovrebbe ignorare o trascurare.

Rimettendo ad altro luogo la descrizione dei processi tecnici della psicologia sperimentale, dirò ora, per riguardo alla *praxis*, che un sì difficile còmpito dell'osservatore non può quasi mai effettuarsi fuori delle Cliniche e dei Manicomii, dove si trovano riunite tutte le condizioni volute da questa sorta di indagini (durata dell'esame, istrumentario adatto, subordinazione del malato al suo medico, ecc.). Per contrario, nella pratica privata la stessa sperimentazione ipnotico-suggestiva, che pur vi sarebbe eseguibile con grande agevolezza e rapidità, incontra notevolissimi ostacoli, perchè sveglia diffidenze e paure o perchè urta colle convinzioni religiose. Converrà, ad ogni modo, che il medico, volendo usare dell'ipnotismo, ne chiegga prima il consenso della famiglia (e del malato, quando questi è cosciente), e non proceda mai all'ipnotizzazione del soggetto senza la presenza di altre persone. Vi sono però metodi abbastanza semplici per saggiare la suggestionabilità dell'individuo, come ho dimostrato altrove (*Contrib. crit. sperim. alla fisiopsicologia della suggestione*, « Riv. di Fil. scient. », 1890), e questi metodi possono usarsi senza venir meno alle norme della prudenza e dell'onestà pro-

fessionale. Torno poi a dire che gli esami sulle funzioni di senso e di moto possono considerarsi come altrettanti processi di fisiopsicologia sperimentale, poichè anch' essi servono ad analizzare gli stati elementari di coscienza (sensazioni e percezioni), e a stabilire il modo col quale essi si combinano per formare stati mentali sempre più complicati.

V. L' INCHIESTA TESTIMONIALE si propone di raccogliere le informazioni che intorno allo stato mentale dell'alienato sono in grado di fornire i suoi famigliari e le persone con lui conviventi, o delegate alla sua assistenza e custodia. Le informazioni si riferiscono all'atteggiamento, al contegno ed agli atti del pazzo durante tutto il tempo in cui non può essere direttamente osservato dal medico; e come avviene di quelle notizie che riguardano il periodo della malattia antecedente all'esame obbiettivo (dati anamnestici), sono anche queste di molta importanza per la conoscenza e l'apprezzamento delle manifestazioni spontanee dello stato morboso, specialmente nei loro rapporti causali di successione e di coincidenza.

È buona ed esattamente condotta quell' inchiesta che risponda ai seguenti principî:

a) Le testimonianze debbono essere precise e complete, cioè enunciare, in primo luogo, sotto forma semplice e chiara i fatti che sono o si vogliono indizio dello stato psicopatico dell'individuo, e in secondo luogo contenere i più minuti ragguagli sulle condizioni in cui quei fatti avvennero, sul modo come si presentarono, e sulla loro relativa intensità e frequenza.

b) Le testimonianze debbono essere sincere e veridiche, cioè partire da persone che non abbiano verun interesse, sia ad esagerare, sia ad attenuare il significato morboso dei fenomeni.

L'apprezzamento esatto del valore delle prove testimoniali dipende, in ciascun caso, da una moltitudine e

varietà tale di circostanze estrinseche, accessorie, che qui mi sarebbe impossibile tutte accennarle. A questa volontaria mancanza della mia opera rimedierà la lettura dei trattati speciali di Psicologia forense, in quanto è segnatamente nella pratica delle perizie giudiziarie che accade al medico di doversi esercitare nella analisi, nella meditazione e nel confronto delle testimonianze (documenti ed atti della processura).

La causa più rilevante, che rende incerto e malsicuro questo gruppo di prove cliniche, è la incompetenza psicologica delle persone da cui raccogliamo le notizie: questa incompetenza, che è di già molto grande per riguardo agli stati normali della mente, diviene poi grandissima, dirò anzi assoluta, di fronte agli stati morbosi (cfr. nel Vol. I il Cap. II, sull'*Anamnesi*) E infatti, per emettere un giudizio su di una personalità, nel suo insieme di intelligenza di sentimento e di carattere, occorre un lavoro raziocinativo, che non è alla portata di tutte le menti, e che esige, oltre a conoscenze speciali, una opportuna scelta di criterî logici e una vera indipendenza di spirito: dove invece la maggioranza dei profani si accinge a sì grave còmpito sulla guida fallace del sentimento, degli affetti, dell'interesse, e nella più profonda ignoranza dei fenomeni psichici e delle loro leggi. Rispetto alle estrinsecazioni singole degli stati subbiettivi il volgo non sa distinguere ciò che è causa da ciò che è effetto, nè l'essenziale dall'accessorio; di guisa che esso interpreta malamente i sintomi spontanei della pazzia e li dice provocati da qualche incidente del tutto estraneo o inefficace, non iscorge il vincolo nè i rapporti intimi fra la sfera rappresentativa e la sentimentale, non risale dall'azione al motivc impellente, non scerne il fenomeno morboso là dove esiste, e neppure è in grado di valutarne l'importanza. Inoltre i testimoni (e in genere gli stessi malati che dan conto di sè) sono propensi ad esporre al medico la loro interpretazione quasi sempre erronea di un fatto morboso, piuttosto che contentarsi semplicemente di narrare il fatto medesimo; e ci avviene quasi ogni giorno di dover lottare energicamente contro le congetture illogiche e le spiegazioni assurde messe innanzi dal malato o dai suoi parenti ed amici.

Tutto ciò impone al medico alienista, di fronte alle testimonianze che ascolta o che legge, la massima prudenza. Spesso

dovrà attendere ulteriori informazioni prima di accettare o di respingere una prova che gli sembri certa o sospetta; altre volte gli converrà usare ogni più fino e sagace accorgimento per giungere in possesso della verità. In ogni caso poi, ciascuna deposizione testimoniale non va considerata per sè sola, ma sempre in rapporto con tutte le altre, siano esse concordi o disformi, e sempre in relazione coi sintomi obbiettivi raccolti durante l'ispezione e l'interrogatorio del malato, i quali sono sempre il criterio più sicuro per l'apprezzamento delle prove testimoniali. La probabilità intrinseca d'un fatto *psicologico*, che noi non abbiamo raccolto direttamente, ma che ci viene narrato da altri, non cresce in ragione del numero dei testimoni, come generalmente avviene d'un fatto *materiale* (ad esempio, d'un evento storico): qui quello che i logici chiamano il « coefficiente di probabilità » non risulta dall'addizione numerica, ma dalla coltura e dall'attitudine a bene osservare dei testimoni.

Negli Asili e nelle Case di salute il còmpito del medico è agevolato da ciò che il pazzo trovasi assistito e custodito da persone esperte, capaci di dare informazioni precise e chiare e di cogliere in atto le minime manifestazioni morbose. Ecco perchè dagli alienisti si domanda che l'individuo sottoposto a perizia psichiatrica venga inviato in un Manicomio, e mantenuto « sotto osservazione »: ed ecco perchè negli Ospizî bene organizzati si istituiscono Scuole speciali per gli Infermieri, onde apprender loro, non solo l'arte di assistere e sorvegliare i pazzi, ma altresì quella più difficile di bene osservarli.

72. **Valore comparativo e durata dei procedimenti d'esàme psicologico.** — Da queste cinque operazioni — ispezione, interrogatorio, prova materiale, inchiesta ed esperimentazione — variamente usate e combinate fra loro secondo l'indole e l'importanza del caso, risulta l'esame psicologico completo dell'alienato: si può chiedere, intanto, quale degli indicati procedimenti sia il più importante, e se mediante uno solo di essi sia possibile arrivare alla diagnosi della pazzia.

A) Alla prima dimanda si risponde facilmente: — l'interrogatorio, coadjuvato com'è dalla diretta osservazione del malato, è il più importante e sicuro processo d'esame psichico. — Un alienista provetto può in pochi minuti di colloquio riconoscere e giudicare le condizioni mentali del pazzo, poichè il linguaggio parlato, con la mimica reflessa che lo accompagna e con l'atteggiamento generale che il corpo assume durante l'esercizio della parola, costituisce per una lunghissima trasmissione ereditaria nella specie la manifestazione obbiettiva più spontanea e completa degli stati di coscienza. Vi sono, è vero, dei pazzi che rimangono silenziosi durante tutta la visita dell'alienista, e dai quali non è possibile ottenere alcuna parola; ma anche questo contegno negativo ha, come vedremo, il suo significato clinico, e l'osservatore può in breve giudicare di che natura sia e da quale causa dipenda il mutismo dell'alienato.

Nella pratica forense avviene non di rado che il medico sia chiamato a funzionare da perito in un processo, del quale gli è ignoto tutto il periodo dell'istruttoria: in tal caso lo si fa assistere ai dibattimenti, cioè all'interrogatorio dell'accusato e dei testimonî. Così il suo còmpito vien ridotto ad una parte quasi del tutto passiva, salvo che il « potere discrezionale » del Magistrato non gli conceda un breve esame clinico dell'accusato fra una udienza e l'altra. È questo un difetto gravissimo della Procedura penale (italiana), che sarebbe tempo di togliere o almeno di attenuare, sostituendovi, come usa in altri paesi civili, una perizia regolare d'un Giurì tecnico durante il periodo d'istruttoria, quando il dubbio sull'integrità mentale dell'imputato si affacci fin dai primi passi alla magistratura inquirente: oppure ordinando il rinvio del processo e lo studio peritale dell'accusato in luogo adatto di custodia, quando cotesto dubbio insorga durante i dibattimenti. Ad ogni modo io non voglio in questo *Manuale* discorrere troppo a lungo dei rapporti teoretici e pratici fra Psichiatria e Giurisprudenza,

per la conoscenza dei quali rimando il lettore ai trattati di Psicologia forense (cfr. LIVI, LOMBROSO, TARDIEU, BRIAND—CHAUDÈ, LEGRAND DU SAULLE, MAUDSLEY, KRAFFT-EBING, SCHLAGER, HOFFMANN, FILIPPI—SEVERI, ecc.): se ho qui indicato cotesto vizio della pratica psichiatrica, è soltanto perchè esso ha il suo riscontro nelle difficoltà messe innanzi da molte famiglie per concedere al medico di esaminare direttamente e soprattutto di interrogare il malato (veggasi anche al Vol. I, § 9°).

I parenti e gli amici del pazzo sono sempre propensi a ritenerlo conscio di sè e del proprio stato, anche quando oramai versi nelle più morbose condizioni di mente: suppongono, adunque, che la visita del medico possa recargli nocumento, sia eccitandolo, sia facendogli concepire il sospetto del proprio turbamento psichico. In tale supposizione essi arrivano a pretendere che l'alienista pronunci il suo giudizio o dia pareri e consigli contentandosi delle semplici loro informazioni e testimonianze. Talvolta ho persino incontrata opposizione per procurarmi qualche scritto del pazzo, od altra prova materiale consimile, perchè si teme sempre che egli, rinsavendo, non ne faccia poi rimprovero alla famiglia. Ora, fa d'uopo che il medico, nell'esercizio sincero della sua funzione sociale, non si arresti di fronte a simili ostacoli: il suo dovere è in ogni caso di insistere sulla necessità assoluta dell'esame diretto e dell'interrogatorio dell'alienato; senza di che gli può succedere che in seguito la arrendevolezza gli venga rinfacciata come una ommissione delle norme scientifiche del diagnostico, e la compiacenza come una trascuraggine e forse una colpa professionale. L'esperienza quotidiana dimostra, infatti, che *qualunque* caso di pazzia può inaspettatamente, o all'insaputa del medico, fare insorgere questioni giuridiche ed amministrative le più varie ed intricate; tali sarebbero quelle relative a testamenti, a contratti, a donazioni e ad altri atti consimili compiuti da individui in istato o in dubbio di pazzia; tali i processi per nullità di matrimonio, o per incapacità di testimoniare; tali i litigi per competenza di spese, per indennità e risarcimento di danni, oppure le inchieste giudiziarie sulla imputabilità e responsabilità in materia penale e civile; tale, infine, il dubbio sulla opportunità dell'allon-

tanamento del malato dalla famiglia e del suo ricovero in un Manicomio o in una Casa di salute. Quest'ultimo problema più strettamente di tutti si collega colla esattezza metodica del diagnostico, e quindi con la riputazione del medico. In ogni modo il medico prudente non pronuncierà mai un giudizio, nè rilascierà mai certificati od attestazioni scritte sullo stato mentale d'una qualsiasi persona se prima non ne avrà eseguito colle debite norme e cautele un esame clinico coscienziosamente completo, e soprattutto se non l'avrà sottoposta ad interrogatorio (cfr. gli Art. 146, 147, 148, 163, e in modo speciale l'Art. 289, comma 3°, del Codice Penale vigente).

B) Rispetto all'altra dimanda, se ciascuna delle cinque operazioni dell'esame psicologico isolatamente praticata ci ponga in grado di diagnosticare lo stato di alienazione mentale, dobbiamo rispondere che questa possibilità dipende, in primo luogo, dalla competenza speciale del medico, e, in secondo luogo, dalla natura ed intensità della psicopatia. Ora, queste condizioni sono così varie da un caso all'altro, che nessuno può pretendere di dettare norme e regole generali: tuttavia, volendo dare un apprezzamento comparativo sul valore diagnostico dei singoli procedimenti d'esame, a me sembra che essi possano disporsi in gerarchia discendente come segue: 1.° l'interrogatorio del malato; 2.° la semplice ispezione; 3.° l'esame delle estrinsecazioni materiali, e segnatamente degli scritti; 4.° l'inchiesta testimoniale; 5.° ed ultimo, l'esperimento fisio-psicologico.

Che il medico alienista, o il medico che ha sufficiente esperienza di alienati, possa in taluni casi formarsi il concetto preciso d'un dato disordine psichico, sia mediante la semplice ispezione dell'alienato, sia dopo un breve colloquio con lui, o dal solo esame dei suoi scritti, oppure dall'analisi delle prove testimoniali, è cosa che tutti i giorni riceve conferma nella pratica giudiziaria; d'altronde, questa abitua il perito in ogni ramo delle mediche discipline a valersi separatamente dei sin-

goli criterî diagnostici, quali sono il criterio anamnestico, il semiologico, l'anatomo-patologico, l'etiologico, e pur anco il terapeutico. Non avviene talvolta che un chirurgo venga chiamato a deporre in giudizio sulla letalità d'una ferita vista e curata da altri, o che un patologo sia invitato a risalire dal reperto anatomico alla ricostruzione dell'intero quadro clinico d'una malattia? Si avverta, pertanto, che questo limitarsi ad un solo o a pochi criterî diagnostici espone l'alienista a critiche acerbe e anche, diciamolo pure, ad errori di diagnosi, come ce ne porge esempî curiosi la storia aneddotica della Psichiatria. La cosa va confessata, sebbene io sappia che ne possono trarre argomento di derisione i soliti spregiatori di questa branca medica; ma è bene che il mio libro serva almeno ad impedire il ripetersi di quegli errori, rammentando ai medici i vantaggi della circospezione e della prudenza.

Suppongasi che la diagnosi di pazzia venga contestata, e dia luogo ad un'inchiesta sull'operato del medico: non dovrà questi lottare acerrimamente per infondere nei profani la convinzione che certe diagnosi psichiatriche possono essere compiute, ad esempio, sulla esistenza di un semplice neologismo paranoico e di un'allucinazione acustica abilmente dissimulata, o anche sulla critica dei reperti peritali precedenti? Donde la conclusione che, quando è possibile, la diagnosi non si fondi su di un solo procedimento d'esame, ma di *tutti* si valga e da *tutti* tragga elementi e criterî di giudizio.

Ed ora uscendo dalle possibili contestazioni, è chiaro che dei cinque procedimenti la inchiesta testimoniale sarà sempre la meno efficace e sicura, per le ragioni che ho già esposte nel descriverne lo scopo e i mezzi. Rispetto all'esperimento fisio-psicologico, esso non è praticabile che in un limitato numero di casi, e, sin qui almeno, soltanto per un ristretto gruppo di fenomeni mentali.

D'altra parte, l'ordine comparativo, che io ho dato più in su, non va inteso in senso assoluto. Alcune volte lo studio analitico degli scritti o quello isolato delle testimonianze vincono in valore lo stesso interrogatorio del malato. Un paranoico, per esempio, che ci dissimula astutamente nel discorso il suo delirio di persecuzione o di grandezza, ce ne darà le prove

più lampanti in un *memoriale* o in *note autobiografiche*, dove forse troveremo riunite tutte le imaginabili estrinsecazioni del disordine ideativo. Così altri deliranti riescono bensì a dissimulare i loro concetti e sentimenti morbosi di fronte al medico, ma non più nella convivenza coi loro intimi e coi loro custodi, dai quali possiamo avere precise notizie sui fenomeni allucinatorî o impulsivi e, in genere, sui reflessi psichici. Nelle parafrenie periodiche, nelle psicopatie costituzionali, epilettiche od isteriche, e per regola in tutte le pazzie che si presentano con fenomeni intermittenti o con accessi ed episodî di varia natura, e cioè ora di esaltamento ed ora di depressione, come anche in quelle forme dove la coscienza è profondamente obnubilata e sospesa durante l'esecuzione di determinati atti, la prova testimoniale eccelle spesso su tutte le altre. In questi e consimili casi ciò che rimane della condizione psicopatica stabilmente impresso negli scritti, negli oggetti materiali lavorati o in qualsiasi altro modo portanti la traccia dell'azione del pazzo, e ciò che ce ne possono dire i testimoni che furono presenti alla comparsa ed alla dimostrazione spontanea di quei fenomeni, assume un significato clinico superiore di gran lunga a tutti i sintomi meno intensi e meno espressivi che il malato ci rivelerebbe nella parola meditata e nel contegno volontariamente inibito.

C) Per condurre a termine i quattro o cinque procedimenti che abbiamo esposto, o, in altre parole, per esaurire l'esame psicologico d'un alienato, occorre un tempo relativamente lungo. Di buona regola una esatta diagnosi della pazzia non si compie mai senza una paziente e prolungata osservazione dell'alienato: dal che segue che ben di rado il medico alienista potrà o vorrà aspirare alla nomèa di arguto e pronto diagnosticatore (cfr. Vol. I, § 6.°). Quando pensiamo alla stragrande varietà di tipi individuali nella sfera psichica, e consideriamo l'incerto e limitato valore dei mezzi obbiettivi di cui fin qui dispone la psicologia per analizzare uno stato di coscienza, non ci convincono

i brillanti risultati del così detto « occhio clinico », tanto in favore presso gli empirici d'ogni tempo e luogo.

L'*occhio clinico* non serve in Psichiatria che a percepire i sintomi più superficiali e di maggior risalto, mentre gli sfuggono quasi sempre quelli che costituiscono il vero nocciolo della pazzia, cioè i sintomi subbiettivi: s'aggiunga che in un esame troppo rapido l'attenzione si fissa soltanto sui caratteri generali, e non ha il tempo di raccogliere quei particolari in cui sovra tutto si riflette la individualità del malato. Certo, la diagnosi di talune forme psicopatiche non è difficile a farsi anche sulla semplice vista del pazzo o dopo un solo brevissimo interrogatorio, massime quando il disordine mentale si manifesti più nel contegno e nella parola che non nel sentimento e nella condotta; ma darebbe prova di ben poca prudenza quel medico che da questa casuale possibilità traesse un criterio abituale di logica diagnostica.

Nel maggior numero dei casi la pratica della Psichiatria richiede che l'ammalato sia visto, esaminato ed interrogato a più riprese, e che gli indizî testimoniali vengano raccolti colla massima accuratezza; il che naturalmente esige tempo e pazienza. A questa speciale difficoltà pratica della Psichiatria risponde (nei Manicomî pubblici e privati) l'uso di sottoporre i pazzi ad un determinato *periodo di osservazione.*

Intorno all'abuso dell' « occhio clinico » mi piace qui riportare le auree parole del nostro Fr. Puccinotti: « Il vero spirito d'osservazione, non l'hanno in medicina che i veri sapienti: imperocchè, sebbene due siano i principali fondamenti della medicina, l'*osservazione* ed il *raziocinio*, e la prima deggia formare il secondo, pur nondimeno per bene osservare non bastano i soli *occhi del capo*, ma voglionvi anche *quelli della mente*, illuminati dalla scienza di tutte quelle cose che alla medicina aprono la via » (*Della sapienza di Ippocrate*, Disc. III, I).

Nell'esercizio della Psichiatria il quesito del tempo necessario

per l'esame dell'individuo e per la diagnosi della pazzia si presenta molto più frequentemente che non nella pratica medica comune, per quanto sì fatta pretesa possa sembrare contraria alle sane regole del metodo sperimentale. A nessuno verrebbe in mente di stabilire un termine fisso ed irrevocabile di tempo alle operazioni diagnostiche d'un medico o d'un chirurgo, perchè la durata del lavoro mentale occorrente per una *buona* diagnosi dipende da un insieme complicatissimo e irregolarissimo di circostanze, di cui è affatto inutile qui render conto; ma le operazioni diagnostiche d'un alienista non hanno soltanto valore per rispetto alla salute del malato, l'hanno altresì per rispetto al modo di combattere i pericoli cui la malattia espone lui stesso e gli altri. La cura della pazzia si fonda in primo luogo sull'isolamento, e questo richiede in massima la privazione della libertà individuale; di guisa che nel maggior numero dei casi la diagnosi dello psichiatro acquista speciali caratteri giuridici ed amministrativi, che mancano alle diagnosi del medico pratico e del chirurgo.

α] Nella pratica manicomiale, considerando che quasi sempre l'esame del pazzo o del presunto pazzo è diretto, non solo a scopi diagnostici e terapeutici, ma anche a giustificare la di lui sequestrazione, appar giusto che, a maggiore tutela della libertà individuale, sia stabilito un termine *medio* oltre il quale corra obbligo all'alienista di esprimere il suo parere. Per riguardo alla organizzazione dei Manicomî, è pure da riflettere alle esigenze amministrative (competenza della spesa, sorveglianza dell'autorità tutoria o giudiziaria, ecc.). Ond'è che in molti paesi civili una legge speciale determina tassativamente l'obbligo, gli scopi, i limiti e le modalità del periodo d'osservazione (*Legge per i Manicomî e per gli alienati*), come ce ne porgono esempio per la Francia la legge del 30 giugno 1838 (art. 11 e 20) e il progetto del 1887, per l'Olanda la legge del 1841, pel Belgio quella del 1850, per la Prussia la istruzione governativa del 1803, la legge 25 aprile 1872 e l'ordinanza 8 marzo 1873, e per l'Austria, l'Inghilterra, la Svezia, la Norvegia, i varî Cantoni della Svizzera e quasi tutti gli Stati-Uniti d'America le analoghe disposizioni legislative. Fin qui però, malgrado i voti degli alienisti e le pro-

messe del Governo, non fu colmata questa deplorevole lacuna della Legislazione Italiana: la sola Toscana possiede buone disposizioni nel motu-proprio granducale del 1838: pel Regno vennero presentati tre progetti (Nicotera-Depretis, 1877; Crispi, 1890-91; Nicotera, 1891), dei quali speriamo che presto si approverà l'ultimo, come quello che redatto da alienisti competentissimi risponde a tutte le esigenze della Psichiatria.

Ordinariamente la durata del periodo d'osservazione nei pubblici Asili è fissata a 15 giorni, che davvero possono bastare nella maggioranza dei casi (la legge Belga si contenta di 5, la Inglese di 7, almeno per un *primo* rapporto del Direttore del Manicomio); ma altre volte il termine è portato a 1 mese (6 settimane in Olanda) e per certi casi speciali fino a 2-3 mesi. Durante questo tempo il pazzo è (o dovrebbe essere) tenuto separato dagli altri in *celle d'isolamento* o in *quartieri d'osservazione*, affinchè lo stato morboso continui possibilmente nella sua evoluzione naturale, e le manifestazioni del turbamento psichico si rivelino in modo spontaneo e senza il pericolo di suggestione imitativa o di cangiamenti indotti dal nuovo ambiente.

β] Nella pratica giudiziaria, finchè il processo si trova in fase di istruttoria, il fissare la durata del periodo d'osservazione è quasi sempre lasciato al criterio del perito, che qui dovrebbe, ad ogni modo, dare prova di coscienziosità e di disinteresse. Se per contrario si tratta di perizie richieste nella fase del pubblico dibattimento, il magistrato propende quasi sempre a stabilire un termine troppo breve, e quindi insufficiente, anche perchè in tali casi mancano al perito le opportune comodità di studio (accusati detenuti nelle Carceri giudiziarie).

γ] Nella pratica privata conviene che l'alienista, al quale si ricorre quasi sempre per consulto, e soprattutto per decidere la sequestrazione dell'alienato, sappia in molti casi resistere al desiderio di far risaltare la propria competenza e abilità diagnostica. In generale le famiglie ed il medico curante sono impazienti del parere dello « specialista », e mal s'adattano a riconoscere che con una sola fugace visita, con un solo interrogatorio, spesso contrastato, del pazzo, è impos-

sibile emettere un giudizio definitivo. S'aggiunga in tali contingenze la difficoltà di ottenere esatte e *veridiche* informazioni sui dati anamnestici (cfr. Vol. I, § 10.°-12.°), e si comprenderà che l'indugiare nel diagnostico non è prova di incompetenza dello psichiatro, nè di stato infantile della scienza psichiatrica, come a molti piace di credere, ma bensì indizio sincero e della prudenza di quello, e della arduità di questa

73. **Necessità di trattare la semejotica psichia'rica secondo l'ordine empirico dell'esame.** — Se la psicologia sperimentale ci obbliga a desumere gli stati interiori della coscienza che vogliamo studiare dai fenomeni nei quali essi acquistano esteriorità percettibile, è giusto che la semejotica psichiatrica venga esposta in conformità di questo bisogno pratico dell'osservazione. Poichè non è affatto vero che noi passiamo dal semplice al composto, scoprendo prima le lesioni isolate degli elementi di cui consta la personalità psichica del soggetto, e quindi vedendone gli effetti d'insieme nella sintomatologia del caso clinico: — il vero è che procediamo in senso perfettamente inverso, cioè dalla osservazione sintetica dei fenomeni in cui si oggettiva la malattia od anomalia mentale, a quella analitica dei disturbi fondamentali di percezione, di memoria, di imaginazione, di sentimento, di istinto, di volontà ecc. In altri termini, possiamo affermare che nell'esame psicologico l'*alienato* si manifesta a noi prima dell'*alienazione*, e che, sotto il riguardo della diagnosi pratica, il *pazzo* viene visto e studiato da noi indivisamente nella sua personalità ammalata, prima della *pazzia* scomposta nei suoi fenomeni elementari. Ond'è che io mi atterrò, nello svolgimento della materia, all'ordine seguente:

1.° Esposizione dei Dati ejettivi, per mezzo dei quali l'anomalia o il perturbamento delle funzioni psichiche si rende palese all'investigatore, e che consistono ordinariamente in sintomi morbosi complessi ed in sindromi cliniche polimorfe (*Semiotica sintetica*);

2.° Esposizione dei Disturbi elementari delle funzioni psichiche, nei quali si possono risolvere gli accennati fenomeni ejettivi per riguardo alle diverse categorie di fatti mentali, cognitivi, affettivi e volitivi, o, volendo usare termini fisiopsicologici più esatti, per riguardo alle singole fasi del processo mentale (*Semiotica analitica*).

Questo modo di trattazione della Semejotica psichiatrica risponde al processo logico della ricerca scientifica: 1.° osservazione diretta e raccolta dei fatti; 2.° osservazione sperimentale ed interpretazione. Così facendo, io mi allontano dal modo comunemente adottato nei libri e manuali di Psichiatria, dove si procede in senso assolutamente inverso a quello che poi da tutti si usa nella pratica. E infatti, lasciata la tradizione gloriosa dei grandi alienisti della scuola clinica francese (Esquirol, Guislain, Morel, Falret, Baillarger), segulta dalla inglese (Bucknill, Tuke, Maudsley, Clouston), tutti i trattatisti moderni più noti, e segnatamente i tedeschi, esagerano con vero artificio scolastico il metodo descrittivo che si scorge per la prima volta applicato nelle opere classiche di Griesinger e di Wachsmuth. Essi espongono la sintomatologia delle malattie mentali come se l'alienista avesse sotto gli occhi, non lo spettacolo d'una personalità una ed indivisa, bensì una specie di casellario a quadri simmetricamente disposti, ciascuno dei quali a lui si presenti con qualche difetto isolato (cfr. specialm. Brosius, Emminghaus, Krafft-Ebing, Kraepelin, Lewinstein-Schlegel, ecc.). Questo sistema li astringe poi a descrivere i dati ejettivi (cangiamenti della mimica, della parola e della scrittura, della condotta) in appendice alla psicopatologia generale, staccandoli così dagli stati interiori di cui sono invece la prima e sola accessibile manifestazione, e trascurando che il disturbo semplice percettivo, o ideativo, o sentimentale, o volitivo, o istintivo, è da noi determinato per induzione da quanto ci viene espresso nei dati ejettivi medesimi. E bisogna aggiungere che ogni scrittore, quasi direi ogni alienista denomina, classifica e descrive in maniera diversa le categorie dei fenomeni psichici (le « facoltà »).

Nella *praxis*, invece, il periodo analitico dell'esame viene sempre dopo il sintetico; e questo dico, non solo per lo studente e per il medico che voglia iniziarsi nella specialità, ma anche per gli alienisti più consumati. La cosa è chiarissima per riguardo alle forme complete di pazzia, nei cui dati ejettivi composti si integra una varietà stragrande di fenomeni morbosi semplici, e dove la lesione è sempre diffusa ad elementi multipli della personalità: ma non è meno evidente nelle forme anche più semplici. Quando io mi trovo di fronte ad un allucinato, ad un paranoico, ad un individuo affetto da pazzia del dubbio, io non iscorgo sminuzzati i disturbi singoli della fantasia, della percezione, dell'associazione ideativa, del sentimento, ma bensì gli effetti che lo stato di allucinazione o di delirio o di dubbio provoca nelle manifestazioni mimiche, fisionomiche, verbali, grafiche, e nelle cinetiche in genere. Alla identica guisa il patologo, al letto del malato comune, dapprima raccoglie i sintomi per mezzo dei quali l'affezione si rivela nel funzionamento generale dell'organismo, e di poi passa a stabilire ciò che in ciascun sintomo spetta alle funzioni speciali di circolazione, di secrezione, di nutrizione, di ricambio materiale, di sensibilità e di movimento.

Nè solo per l'ordine inverso della trattazione il mio libro si distinguerà dai suoi consimili (che, in realtà, si riducono ai saggi già antiquati di WACHSMUTH, SPIELMANN e BROSIUS e a parte della *Psicopatologia generale* di EMMINGHAUS): se ne distinguerà anche più per lo sviluppo di gran lunga maggiore che io darò alla semiotica *sintetica* od ejettiva, la sola veramente accessibile allo studente ed al medico pratico, di contro allo sviluppo men largo e particolareggiato di quella *analitica*, che strettamente pertiene allo psichiatre od al medico inteso agli studî speciali di psicologia patologica.

SEZIONE III.

DATI EJETTIVI DELL'ESAME PSICHICO

(*Semiotica sintetica*).

ARTICOLO I.

Gli stati psichici e la loro espressione.

74. **L'espressione degli stati psichici.** — Per raccogliere e bene apprezzare i dati ejettivi della pazzia, noi prendiamo le mosse dai due seguenti principî:

1.° Ogni stato psichico ha per antecedente uno stimolo esteriore od interiore (*estesia*) e per conseguente un movimento (*ergasia*): questo ultimo diviene, per rispetto allo stato psichico di cui è la trasformazione, « un fatto espressivo ».

2.° Ogni fatto espressivo si produce necessariamente in una direzione determinata dall'organizzazione fisio-psichica, generale o filogenetica nella specie, particolare od ontogenetica nell'individuo.

Ciò che noi intendiamo per espressione degli stati psichici ha, dunque, un significato molto più largo di quello che ordinariamente si designa con questo nome. Per noi essa comprende tutti gli effetti transitorî o permanenti di reazione, nei quali si trasforma o lascia traccia ogni cangiamento funzionale dei centri psichici, e che possono rendersi accessibili al nostro esame. E però, volendola studiare nell'alienato e desiderando procedere in conformità dell'odierno indirizzo degli studî fisio-psicologici, noi non dovremmo limitarci a descrivere soltanto l'atteggiamento, la mimica, la fi-

sonomia e il linguaggio parlato e scritto dell'alienato, come si fa dalla generalità dei trattatisti di Psichiatria; ma dovremmo invece considerare come segni estrinseci degli stati mentali, cioè come fatti espressivi, tutti i movimenti d'ogni sorta, sia che accadano nel sistema muscolare della vita di relazione, sia che avvengano, per effetto reflesso di un dato fenomeno cerebrale, in qualsiasi altra fibra contrattile dell'organismo e nell'intimo processo dello scambio materiale. Tuttavia, ho già detto, e dimostrato ampiamente, che il metodo ejettivo ha limiti determinati da ciò che non tutti questi effetti di reazione si rendono percettibili ai nostri sensi; debbo ora aggiungere che anche di quelli che cadono nella nostra sfera d'osservazione non ci è sempre concesso di stabilire il significato simbolico, ossia il loro rapporto causale collo stato psichico di cui sono la conseguenza e la manifestazione esterna.

Ed ecco perchè, malgrado la ricchissima e svariatissima serie di effetti ergasici-motorî, vasomotorî, trofici, secretorî, ecc., — i quali susseguono ad un qualunque atto psichico, ci è giocoforza arrestare la nostra indagine clinica a quelli che l'alienato ci offre di preferenza nel sistema muscolare della vita di relazione (cfr. §. 69°, p. 70). Questi effetti motorî consistono in contrazioni o risoluzioni, isolate, sincrone o antagonistiche, di muscoli o di gruppi di muscoli, e si manifestano con cangiamenti:

a) nell'atteggiarsi generale del corpo e in quello parziale delle membra;

b) nella stazione e locomozione;

c) nell'attitudine e nelle movenze della fisonomia;

d) nella fonazione e parola articolata;

e) nei rapporti di azione e reazione fra l'individuo e il suo ambiente:

f) e in via secondaria, nella meccanica respiratoria e circolatoria.

Nell'estendere il significato di « espressione » a tutti i segni fisici esterni che ci servono come criterio per giudicare delle condizioni e degli eventi interiori di una personalità (sana o malata), io mi trovo d'accordo col Dott. Fr. Warner, autore di un libro eccellente sulla meccanica, fisiologia e psicologia dei fenomeni espressivi (*Physical Expression, ist modes and principles*, « Intern. scientif. Series », Londra, 1885). Gli esseri viventi, egli dice, possono essere studiati soltanto nella espressione dei loro processi vitali apprezzati empiricamente: e questa espressione consiste in fenomeni *trofici* o di crescenza, *cinetici* o di movimento, *evolutivi* o di memoria ed abitudine organica. Delle tre categorie la seconda è la più importante: 1.° perchè gli apparati muscolari ci offrono cangiamenti fisici e funzionali molto energici anche in conseguenza di stimolazioni leggiere: uno stato interiore si può dir *debole* rispetto ai fatti espressivi coi quali si manifesta e che sono *forti*; 2.° perchè nell'evoluzione seriale la funzione di reazione agli stimoli si è localizzata e perfezionata soprattutto nei tessuti contrattili ed apparati muscolari, e questi sono ora così fra loro coordinati che uno stato interiore *semplice* si rivela con fatti espressivi quasi sempre *composti*.

La psicologia sperimentale ha fatto negli ultimi anni notevoli progressi per riguardo alla analisi dei fenomeni biologici, che costituiscono la condizione determinante e la trasformazione motoria degli stati mentali. E il progresso non si è compiuto soltanto nel lato teorico della ricerca, cioè nella conoscenza più esatta degli antecedenti e conseguenti psichici dei quali si è potuto dimostrare la molteplicità e la varietà, ma altresì nel lato empirico, cioè nella loro investigazione obbiettiva, e specialmente nella loro traduzione in dati sperimentali ed in prove materiali. A questa categoria di indagini fisio-psicologiche, che cominciano a ricevere applicazione anche nel campo clinico-psichiatrico, appartengono: 1.° i risultati del *metodo grafico*, col quale riusciamo a scoprire ed a fissare i minimi cangiamenti della circolazione centrale e periferica in rapporto agli stati emotivi ed ideativi, non che quelle oscillazioni tenuissime che avvengono nei nostri muscoli sotto l'influenza di un intenso e prolungato lavoro rappresentativo (« movimenti incoscienti »); 2.° i risultati dell'*analisi chi-*

mica sui prodotti del ricambio materiale, quando, tenendo strettissimo conto di tutte le particolarità di ambiente esterno e di stato fisico dell'organismo, li studiamo nelle condizioni di attività psichica o di riposo, di veglia cosciente o di sonno naturale; 3.° i risultati della *suggestione ipnotica*, per mezzo della quale si giunge a scomporre la personalità del soggetto nei suoi elementi, e così ad analizzare l'espressione diretta degli stati sensoriali, rappresentativi ed emotivi più semplici; 4.° infine i risultati della *psicofisica* e *psicometria*, che rivolgendosi a trovare il valore cronologico dei fenomeni psichici reflessi, dalla più elementare reazione provocata da uno stimolo percettivo alla più elevata associazione delle idee in forma astratta, mirano in realtà a scoprire la durata, l'intensità e l'estensione dei fatti espressivi (cfr. in questo Vol. tutto il § 69°, e più innanzi il Cap. V°).

Certo, vi è qui molto da fare prima che ci sia possibile di stabilire l'equivalente motorio completo di un fenomeno psichico, sia pur esso una semplicissima sensazione. Così nell'uomo vivente gli apparecchi grafici non si applicano che ai nervi, ai muscoli, ai vasi superficiali, e solo in rarissimi casi ai visceri interni; — ci resta ancora quasi del tutto ignoto il ricambio gazoso dell'organismo in rapporto agli stati psichici; — l'ipnotismo non ci dà generalmente che fatti preveduti e voluti dall'osservatore, e quindi le deduzioni psicologiche che se ne voglion trarre debbono essere sottoposte al vaglio della critica più severa; — infine, anche i valori psicofisici e psicometrici sono suscettibili di interpretazioni diverse in quanto la ricerca va soggetta a molte cause di errore. Non pertanto, se riuniamo tutti gli effetti ergasici o reattivi a noi conosciuti, qualunque siasi il sistema, l'organo ed il tessuto in cui si verificano, possiamo fin da adesso ritenere provato il principio che ciascun fenomeno mentale si trasforma e si esprime in fenomeni fisiologici di moto; e con ciò ci apparirà esatta, sotto l'aspetto scientifico, e non più metaforica, la definizione seguente: « *uno stato psichico è un* movimento *dell'anima* ». Insomma, come ho detto altrove, *la Psicologia altro non è se non un capitolo dell'Energetica* (cfr. la mia opera di *Antropologia generale*, Lez. IV[a]).

In ogni fatto di espressione degli stati interiori noi dobbiamo considerare la natura conscia od inconscia del movimento, la sua intensità, la sua durata.

a) Le manifestazioni esterne degli stati psichici ci presentano differenze notevoli a seconda che esse sono accompagnate o no da coscienza; e qui occorre appena avvertire che per coscienza intendiamo la consapevolezza che il soggetto ha del fenomeno ergasico nel momento in cui esso si effettua.

La immensa maggioranza dei fenomeni espressivi avviene in modo affatto inconscio e sfugge anzi al dominio della volontà, in quanto questa risiede nella facoltà di appercepire la direzione e di regolare la forza del moto di reazione. In tal caso la trasformazione dello stimolo interno od esterno, cioè della sensazione dell'idea e del sentimento, in contrazione muscolare o vascolare avviene direttamente per quelle leggi anatomo-fisiologiche cui è sottoposta tutta la funzione d'innervazione, senza che il soggetto sia consapevole della via centrifuga percorsa dalla scarica di reazione; ed è allora che gli stati interiori si obbiettivano nella maniera più schietta e genuina. Donde l'importanza che i fatti inconscî di espressione hanno nella psicologia ejettiva, sia essa applicata all'uomo sano di mente, sia all'alienato. È nelle malattie mentali che, in causa della disintegrazione avvenuta nella personalità per la anomalia o la lesione del suo substrato organico, noi osserviamo il predominio dei suoi elementi inferiori che sono gli incoscienti: nessuna meraviglia, adunque, che i pazzi ci offrano anche le manifestazioni ejettive più potenti, più larghe e più uniformi, ridotte, come sono, alla pura e semplice relazione fisiologica fra stimolo e reazione.

Quasi tutte le modificazioni della fisionomia, del gesto, della fonazione, della parola, dell'atteggiamento generale del corpo, le quali susseguono ad un fenomeno

rappresentativo ed emotivo, sono reflessi psichici veri, cioè involontarî ed incoscienti, spesso automatici. Quando la coscienza e la volontà del soggetto intervengono, è solo per esagerare ed attenuare i moti reattivi, soprattutto nei muscoli di fibre striate, o per sostituire possibilmente reazioni antagonistiche a quelle che si effettuerebbero in continuità immediata con lo stimolo. Ora, questo potere di dirigere, inibire e regolare i movimenti è il prodotto di un lungo e paziente adattamento sociale ed individuale: esso è massimo nei popoli civili, negli individui colti ed educati, nell'uomo adulto e vecchio, in coloro che hanno abitudine ai rapporti sociali, che vivono in istretti vincoli di dipendenza o di cointeresse con i loro simili, mentre è minimo nei popoli selvaggi e barbari, nelle persone rozze e di costumi primitivi, nella donna, nel fanciullo, negli individui avvezzi all'isolamento e ad agire con maggiore libertà in soddisfazione dei loro bisogni fisiologici e psichici.

Nello stato di pazzia ben di sovente ciò che per primo si perde è il frutto di questa esperienza della vita, e particolarmente di quella in noi accumulata dalla convivenza sociale: con ciò sono spiegate la ingenuità, la prontezza e la sincerità delle espressioni che caratterizzano l'uomo in preda ad un profondo disordine del tono sentimentale, o dominato da un delirio, o affievolito nei poteri mentali. Ben di sovente il pazzo non ci appare tale se non in quanto i suoi stati interiori trovano più facilmente la via di obbiettivarsi attraverso i nervi nei suoi apparati muscolari: egli reagisce agli stimoli od alle imagini che si svegliano in lui, senza alcuna moderazione, spesso con movimenti reflessi o automatici. Ma non è sempre così. Vi sono forme di pazzia, nelle quali sembra invece acuirsi il potere di dominio sulle proprie reazioni, il governo di sè stesso (*selfcontrol* degli psicologi inglesi) tanto sui pensieri e sui sen-

timenti, quanto sugli atti. Un melancolico, ad esempio, un paranoico, un individuo affetto da pazzia del dubbio danno talvolta prova d' una straordinaria fermezza di volontà nell' impedire gli impulsi attivi cui soggiacciono, o nel celare assolutamente il loro delirio, la loro idea fissa, la profondità e intensità della loro passione morbosa: essi sono capaci di sopprimere tutti o quasi tutti i movimenti espressivi mimici, fisionomici e fonici, in cui tenderebbe a rivelarsi il loro perturbamento interiore. Chi non sia versato negli studî psichiatrici o non abbia nozione sufficiente degli effetti indotti da certe alterazioni del sentimento e dell'intelligenza, riesce difficilmente a comprendere l'importanza clinica di questa *dissimulazione* degli alienati (cfr. Vol. I, p. 24).

In sulle prime pensavo di potere dividere i moti espressivi della pazzia in *incoscienti* o reflessi ed in *coscienti* o volontarî; ma poi mi sono convinto che sì fatta distinzione, non solo mi sarebbe riuscita difficilissima, ma sarebbe anche risultata artificiosa. Un fatto di reazione ad un fenomeno psichico può essere indifferentemente conscio od inconscio; e nulla meglio di ciò dimostra la relativa indipendenza del fenomeno fisio-psichico dalla così detta « coscienza » (cfr. questo Vol., pag. 28). Certo, che le reazioni ad un dolore fisico o morale profondo siano percepite dalla coscienza, o avvengano invece senza che il soggetto paziente ne abbia consapevolezza, è importantissimo sotto il riguardo psichico subbiettivo: ma la cosa non ha importanza uguale se considerata sotto l'aspetto ejettivo. La consapevolezza del soggetto non modifica in nulla il significato simbolico dell'espressione fisionomica, del gesto, del grido inarticolato, dell'interjezione, delle lagrime, degli spasmi muscolari, ecc. E come del dolore, così di ogni altro stato psichico: tanto è vero che di fronte alle manifestazioni più esplicite e clamorose della melancolia, della mania, del delirio paranoico, noi spesso rimaniamo incerti se il malato abbia o no la coscienza delle azioni psicomotorie che in lui si avverano (difetto di attenzione e di appercezione). Stabi-

lire questo punto è il còmpito più elevato dell'indagine psicopatologica: ma l'alienista si rammenti sempre che fra lo stato di perfetta consapevolezza e quello di assoluta incoscienza la divisione è impossibile nella stessa sfera normale e per riguardo ai fenomeni psicologici più comuni e più noti.

Ad ogni modo, la vita interiore dello spirito si manifesta ordinariamente per mezzo di fatti organici inconscî. Prendiamo in esame i movimenti, senza dei quali l'essere vivente non avrebbe la coscienza di sè, nè quella della realtà esterna. Possiamo distinguere col SERGI sei manifestazioni diverse della motricità: 1.° movimenti *automatici primitivi;* 2.° movimenti *reflessi;* 3.° movimenti *istintivi;* 4.° movimenti *emozionali;* 5.° movimenti *volontarî;* 6.° movimenti *automatici derivati* (cfr. *La Psychol. physiol.*, 1888, p. 395). Qualora codesta classificazione apparisse complicata, resta pur sempre impossibile ridurre i movimenti a men di tre gruppi, che trovo così definiti da TH. ZIEHEN (*Leitfaden der physiol. Psychologie*, Jena, 1891), avvertendo che qui egli dà alle « reazioni » un senso più ristretto del mio:

I. Reflessi (*atti nervosi semplici*): — ad uno o più stimoli segue un movimento costante, rivolto ad uno scopo, ma senza processo psichico sincrono;

II. Reazioni (*atti automatici*): — ad uno o più stimoli segue un movimento rivolto ad uno scopo, suscettibile di essere modificato durante il suo decorso da altri stimoli intercedenti, ma pur sempre senza processo psichico sincrono;

III. Azioni (*atti coscienti, volitivi* o *volontarî*): — ad uno o più stimoli segue un movimento rivolto ad un fine, suscettibile di essere modificato nel suo decorso da altri stimoli intercedenti e da rappresentazioni mnemoniche, e però con processo psichico sincrono e parallelo.

Si può subito vedere come nella innumerevole quantità di movimenti e di atti che noi eseguiamo durante la esistenza in rapporto colle stimolazioni esterne (impressioni dell'ambiente) ed interne (bisogni dell'organismo, imagini e sentimenti), il numero di quelli *coscienti* e *voluti* sia affatto insignificante di fronte al numero degli incoscienti e involontarî. La proporzione dei secondi è straordinariamente aumentata nei pazzi a scapito dei primi, finchè si giunge a

quelle condizioni gravissime di malattia dove la coscienza è ottenebrata e non partecipa più in alcuna guisa ai movimenti espressivi degli stati interiori.

Rispetto alla inespressione di certi alienati è utile tener presente la legge fisio-psicologica notata già dal FERRIER (*The functions of the Brain*, Cap. XII), che cioè l'interna diffusione dell' energia nervosa consumata nel pensiero e la sua diffusione esterna in azione muscolare stanno fra loro in rapporto inverso. Quando noi dirigiamo intensamente la nostra attenzione sugli eventi della vita psichica, ci rendiamo immobili: egli è che il movimento intracerebrale inibisce la scarica della corrente nervea per le vie centrifughe o motorie. Così avviene che il melancolico, in cui la coscienza è preoccupata dal sentimento dell'accresciuta resistenza cerebrale ed è tutta rivolta ad osservare il lentissimo decorso delle sue rappresentazioni, finisce col perdere ogni attività motoria esteriore, mentre invece il potere di appercezione interna è straordinariamente aumentato: ora l'appercezione, osserva il WUNDT (che qui cito, senza però adottarne tutto intero il concetto), altro non è se non una direzione particolare delle nostre attività psico-fisiologiche regolata da motivi d' ordine sentimentale, e però riducibile all'innervazione motoria.

Allo stesso modo si può comprendere il silenzio d'ogni reazione espressiva che accompagna il lavorìo mentale di certi paranoici, allucinati deliranti e pazzi impulsivi. Qui il procedimento interiore, che impedisce le manifestazioni espressive, è affatto diverso. Si tratta di una vera dissimulazione dipendente da ciò che il pazzo, pur avendo una forte e morbosa tensione interna delle forze psichiche (immagini, idee, e loro colorito emotivo), la sperde negli sforzi di inibizione con cui giunge a dominarsi: non sempre però, nè con tanta costanza, che non si abbiano a quando a quando scariche inaspettate e violente (atti impulsivi, *raptus*), oppure rivelazioni involontarie in una parte speciale dell'attività espressiva (irragionevoli contraddizioni nella condotta, parole automatiche, scritti).

b) L'estrinsecazione degli stati interiori offre una fenomenologia ed una intensità diverse secondo il carattere del sentimento che li accompagna.

Nella vita ordinaria e normale dello spirito la espressione si fa tanto meno intensa e colorita quanto più ci allontaniamo dai sentimenti fisici e ci alziamo nella sfera dei sentimenti psichici puri. Le forme fondamentali del sentire, che sono il piacere e il dolore perchè stanno a significare l'aumento o la diminuzione delle condizioni favorevoli all'esistenza, provocano naturalmente le manifestazioni espressive più intense e profonde, ed hanno il più largo ciclo di effetti reattivi tanto nel sistema muscolare, quanto nelle funzioni vitali, ad esempio nei movimenti del cuore, nella circolazione, nel respiro, nelle secrezioni, nella digestione e nel ricambio materiale.

Vengono di poi i sentimenti collegati ai bisogni dell'organismo (istinti): essi danno origine a reazioni motorie energiche e diffuse, e noi tutti sappiamo che la fame, la sete, il bisogno sessuale, e quei sentimenti secondarî che ne derivano (ad esempio il bisogno di moverci liberamente o sentimento di libertà, il possesso degli oggetti atti a soddisfarci o sentimento di proprietà, la seduzione, ecc.), cioè le sensazioni relative alla conservazione dell'individuo e della specie, si rivelano con espressioni vivaci, spontanee, assai difficili a regolare, a moderare e ad inibire. Intimamente legate a queste emozioni protettive o corporee di schietto carattere individuale (« egoistico », secondo E. SPENCER) sono quelle che riguardano la famiglia, vale a dire il sentimento materno, il paterno, e, con minore efficacia, il figliale: esse costituiscono il gruppo elementare dei sentimenti individuo-sociali (« ego-altruistici »), ed hanno una ricchezza sempre grande di reazioni motorie.

Ultimi rispetto all'espressione sono i sentimenti che la psicologia classica chiama spirituali, e che comprendono in prima linea i sociali (« altruistici »), ed in seconda linea gli intellettuali: che, anzi, essi vanno generalmente perdendo della loro efficacia estrinsecativa

quanto più si allontanano dalle rappresentazioni di indole concreta, finchè nella sfera più elevata dei sentimenti astratti la diffusione dello stimolo è piccolissima e la reazione si riduce ai minimi effetti. Più completa però è l'evoluzione umana, vuoi collettiva vuoi individuale, e più efficace diventa l'azione psicomotoria di questa categoria di motivi sentimentali (« idealità »). S'aggiunga che la convivenza umana la accresce e la modifica notevolmente, di guisa che vi hanno certi sentimenti sociali che, per quanto d'origine derivata o secondaria, possono acquistare un fortissimo colorito e dar luogo a reazioni molto espressive nella condotta dell'individuo: ad esempio, il sentimento della superiorità e dell'inferiorità, il sentimento religioso, e in casi eccezionali anche quello etico ed estetico.

In tutto ciò noi vediamo una conferma del parallelismo ontogenetico col filogenetico: vediamo, cioè, che gli stimoli relativi alle sensazioni più antiche nella serie, divenute primarie nell'individuo, danno anche luogo alla massima eccitazione del sistema nervoso e si traducono in un numero e in una varietà grandissimi di effetti. Di più, questi effetti offrono una grande uniformità, qualunque siasi l'essere vivente in cui si esaminano: egli è che per rispetto alle forme fondamentali del sentire la legge d'eredità ha reso costanti ed immutabili nella specie le associazioni fra i centri percettivi ed i motorî, e le ha, come suol dirsi, organizzate: da ciò segue che la individualità personale vi si rivela appena in tenuissime e secondarie differenze di espressione. La individualità si mostra, invece, più varia e multiforme nei reflessi espressivi e negli atti determinati dai sentimenti spirituali, massime dai derivati ed astratti, giacchè non soltanto essi rappresentano gli ultimi e più instabili acquisti della specie e dell'individuo, ma sono anche il prodotto di relazioni diversissime dei singoli individui coll'am-

biente. Insomma, la personalità è massima nelle espressioni dei concetti e dei sentimenti sociali intellettuali ed estetici, è minima in quella dei percetti semplici e dei sentimenti fisici o fondamentali. Gli uomini di tutte le razze reagiscono al dolore in modo poco dissimile, ed esprimono le loro sofferenze con modificazioni quasi uniformi della fisonomia, della mimica, della voce, dei reflessi vasali e secretorî, ecc., mentre si comportano in maniera differentissima quando si tratta di esprimere la simpatia, la benevolenza, l'ammirazione, la venerazione, ecc. e di dare veste formale agli aggregati più complessi di idee (differenze nel linguaggio).

La psicologia patologica ci dà la conferma di queste leggi della psicologia normale. In primo luogo, la pazzia, esagerando la eccitabilità dei centri nervei, ci presenta lo spettacolo delle espressioni più intense degli stati mentali: il processo morboso acuisce molte volte uno dei sentimenti fondamentali, e così ci troviamo di fronte ad una sua più diretta trasformazione in effetti motorî; in nessun individuo sano di mente si raggiunge, ad esempio, una energia, vivacità e volubilità di espressione come nell'alienato. In secondo luogo, l'indole della malattia, in quanto questa risiede in una data alterazione del modo di sentire, si rispecchia limpidamente nei fenomeni cinesiodici: vi è una reazione caratteristica della melancolia, della mania, della paranoia, dello stupore, della demenza, del delirio sensoriale caotico (od «amenza» di MEYNERT), come ve n'è una normale del dolore, del piacere, della diffidenza, della paura, del terrore, e simili. Infine, ed è un fatto di supremo valore, le forme cliniche di pazzia, che offrono una espressione più manifesta ed energica, sono quelle in cui esiste un'esagerazione dell'emotività fondamentale (tono piacevole o doloroso delle percezioni): sono pur quelle dove si perturbano fin da principio ed in maggiore estensione le fonti della

sensibilità organica, e soprattutto il sentimento generale dell'esistenza corporea che noi chiamammo « cenestesi » perchè basato in massima sulle sensazioni muscolari e sulla coscienza dello sforzo (v. Vol. I, § 59, pag. 522).

Eccoci spiegata la importanza che l'esame delle reazioni dell'alienato ha acquistato nello studio analitico delle leggi generali dell'espressione, ed eccoci anche spiegata la specificità delle manifestazioni cinesiodiche di ciascuna forma di pazzia. Noi comprendiamo ora perchè la più tipica serie di atteggiamenti, di gesti, di atti espressivi venga offerta dalla melancolia e dalla mania, e perchè esista sotto tale aspetto una significantissima divergenza fra queste due forme di psiconeurosi a base emotiva, e le varie psicosi in cui predominano i disturbi intellettuali. Ma anche a riguardo di queste, noi ora possiamo scorgere nettamente la causa per cui certe lesioni ideative, quali sarebbero il pervertito sentimento religioso o l'esagerato sentimento della propria superiorità, vadano congiunte ad un'estrinsecazione non meno palese, nè meno efficiente. Altrettanto chiaro ci risulta un fatto avvertito certamente in pratica da tutti gli alienisti, ma non ancora, per quanto io mi sappia, trattato dagli autori, che cioè la sintomatologia della pazzia è assai *più varia e individuale* nelle forme così dette « intellettuali » che non nelle « affettive ».

Io qui parlo esclusivamente delle manifestazioni espressive cinetiche in rapporto con i disordini dell' attività psichica considerata come distinta da ogni altra funzione di innervazione; ma nella pazzia l'espressione degli stati interni di coscienza è complicata dagli effetti delle lesioni morbose immediate dei centri sensorî, motorî e trofici, di cui studiammo i sintomi nel primo Volume dell'opera Vi sarebbe, dunque, una importante distinzione da fare nelle reazioni cinesiodiche, anzi in tutte le ergasiche dell'alienato Una prima categoria comprenderebbe quelle di carattere veramente psicologico, nelle

quali si riflettono le alterazioni specifiche del sentimento e dell' ideazione, cioè le percezioni erronee, i concetti deliranti, i sentimenti esagerati o pervertiti, la anenergia volitiva, gli impulsi, ecc. Una seconda categoria riguarderebbe, invece, quelle di carattere schiettamente neuropatologico, che si manifesterebbero, ad esempio, in forma di moti automatici o di azioni coatte incoscienti, di contratture o di paralisi, di iperattività o di inerzia muscolare, sia generali sia localizzate (cfr. questo Vol. II°, pag. 19).

Ma la distinzione, che pur veggo adottata da molti trattatisti e che io stesso indicai alcuni anni or sono nel I Volume (pag. 262), non può farsi se non in ordine scolastico ed astratto. Come separare nella descrizione di uno stupore primitivo, di una pazzia catatonica, di una paralisi generale progressiva, di una psicosi epilettica od isterica, di una demenza secondaria, i perturbamenti della condotta morale o attività volontaria del pazzo (*Handeln* degli alienisti tedeschi) dalle lesioni della motilità generale, quali sarebbero la catalessia, la tetania, i movimenti coatti, gli atti psicoreflessi, il furore, ecc.? Nè vale affatto, siccome pretende il KRAFFT-EBING, designare queste ultime lesioni col nome di « psico-motorie » collocandole abusivamente in un gruppo sintomatologico diverso dalle lesioni dell'istinto, da quelle della volontà, e più forzatamente ancora dagli atti impulsivi (*Lehrbuch d. Psychiatrie*, IV. ed. Libro II, Sez. I., cap. 4.°). Noi non abbiamo nessun dato per giudicare se a codesti fenomeni ergasici resti estranea affatto la coscienza, e quindi siamo incerti se si tratti di puri reflessi fisiologici senza processo psichico sincrono.

Io già avevo rilevato che tutti codesti fenomeni prendono origine dal lavoro psichico reflesso in quanto esso è funzione dei centri cerebrali: ora, le indagini più recenti di neurofisiologia, una migliore interpretazione scientifica delle così dette « localizzazioni funzionali del cervello » e l'applicazione immediata delle odierne dottrine psicologiche ci inducono a considerare il lato motorio della attività psichica come affatto inscindibile dal rappresentativo e sentimentale. Non v'è stato intellettuale che non agisca sulle condizioni dell' ergasia di tutto l'organismo; non v'è, a sua volta, stato alcuno degli apparecchi di movimento, sia pure di natura fisica o somatica

come una paralisi o una contrattura limitata ad un gruppo solo di muscoli, il quale resti senza efficacia sul sentimento e sull'ideazione. È assai probabile che la catalessia, la tetania, le azioni coatte e le altre suaccennate lesioni « psicomotorie » abbiano un carattere, se non del tutto cosciente, certo almeno *subcosciente*, e, stando quasi indecise attraverso la soglia della coscienza, rappresentino il punto di unione fra i fenomeni ergasici di indole schiettamente psicologica e quelli ascrivibili alla elementare funzione reflessa di innervazione. Non per nulla un alienista tedesco di molto valore, il KAHLBAUM, si vide costretto a creare una forma distinta di pazzia che disse « di tensione » (*Spannung's-Irresein*), dove, malgrado l'apparente gravità dei fenomeni motorî che parrebbero indicare una profondissima lesione della corteccia, si può nullostante ottenere la guarigione. E ricorderò ancora che secondo concetti clinici oramai vittoriosi lo stesso isterismo, con tutto il corredo delle sue paralisi, contratture, analgesie, ecc., altro non sarebbe se non una psicosi (P. BLOCQ).

Il problema è assai intricato, e si risolve nell'altro se esista e quale importanza abbia il così detto « senso muscolare ». Sorvolerò sul primo punto, e mi contenterò di ripetere che, anche a mio avviso, il senso muscolare ha un grandissimo valore nella costituzione, nello sviluppo e nella regolarità funzionale della psiche (cfr. Vol. I, p. 402). Quando le imagini muscolari residuatesi nei ricordi della corteccia degli emisferi si alterano, si impoveriscono o si disassociano, insorge sempre un'alterazione, una diminuzione od una disintegrazione del campo della coscienza. Considerate sotto questo punto di vista, noi dobbiamo supporre che le lesioni *fisiche* di movimento abbiano influenza sulla forma e sul contenuto della pazzia colla quale si accompagnano. Non fu fin qui opportunamente studiata la questione se negli amputati, ad esempio, diminuisca la energia psichica generale: ma è presumibile che, venendo meno in essi un territorio abbastanza esteso di impressioni tattili e muscolari, si abbia una correlativa diminuzione negli stati ideativi ed emotivi. Sappiamo invece che le emiplegie con lesioni della sensibilità e le stesse anestesie delle isteriche esercitano sull'intelligenza e sul sentimento un'indubbia azione nociva. Lo stesso fatto ci è offerto dagli ipnotizzati, malgrado

che qui la disassociazione degli elementi della personalità sia transitoria e i disturbi di senso e di moto siano puramente soggettivi. In quanto ai pazzi, è pur certo che la accresciuta resistenza delle vie nervose centrifughe origina il pessimismo del melancolico, come l'agevolezza maggiore ma atassica dei movimenti avvertita dal paralitico dà luogo al suo bizzarro ottimismo e alla sua vanità grottesca. Così è pure evidente che negli stati secondarî e cronici di pazzia l'affievolirsi dei poteri mentali è strettamente connesso alla degenerazione e distruzione delle cellule corticali motorie, giacchè una sola è la legge che domina in tutto il regno dei viventi: — la energia psichica è in rapporto diretto con la trasformazione più rapida ed agevole degli stimoli in reazioni —, e quindi « la vita mentale è in funzione della attività di movimento ».

c) Ogni reazione cinesiodica dev'essere studiata anche sotto l'aspetto della durata. Vi hanno movimenti espressivi *transitorî*, e ve ne han pure di *permanenti:* gli uni rappresentano l'effetto immediato che uno stato psichico provoca nella sfera motoria, in quanto si tratta di stimolazioni percettive nuove da cui viene modificato improvvisamente il contenuto della coscienza; gli altri sono la conseguenza di cangiamenti fisici indotti negli apparati motorî da stimoli ripetuti. Le espressioni transitorie ci danno l'imagine ejettiva di fenomeni mentali in attuazione: quelle permanenti, al contrario, risvegliano in noi anche la rappresentazione di eventi psicologici consimili appartenenti alla vita passata dell'individuo, e noi ne designiamo l'insieme col nome di « abito esterno ». Fra le une e le altre v'è però un passaggio dato dalle stimolazioni prolungate in modo uniforme: infatti, il reiterarsi ed il prolungarsi d'uno stato sentimentale od ideativo si equivalgono, poichè in ambedue i casi si creano effetti fisiologici di cui la memoria organica conserva le traccie e che a poco a poco diventano abituali.

Quando noi osserviamo un uomo sano di mente, sap-

piamo distinguere con sufficiente esattezza ciò che nella fisonomia, nel gesto, nell' atteggiamento , nella parola, nella condotta, è dovuto all'abitudine e si è coordinato e sistemato nella sua personalità, da ciò che vi aggiunge di passeggiero ogni nuova emozione, ogni nuova idea, ogni nuovo sentimento. I residui visibili delle reazioni costituiscono il criterio fondamentale su cui ci basiamo per giudicare un « carattere », un « temperamento psichico », una « indole dell'animo », anche perchè prevediamo che esse eserciteranno un' azione importante sui moti reattivi transitori dell'individuo. Di regola, la scarica della corrente centrifuga segue le linee nervose di minore resistenza, e queste sono sempre quelle già percorse da altre scariche antecedenti: si può, dunque, dire che le espressioni permanenti stabiliscono una specie di preparazione in senso anatomo-fisiologico , o di predisposizione organica per qualunque espressione successiva di natura consimile. Così chi ha disposto l'animo ed è atteggiato al sentimento della tristezza trova più facile e pronta la reazione al dolore, mentre incontra resistenze interne notevoli per quella al piacere. E così non a torto si potè affermare che la stessa volontà umana, quale si rivela nella condotta di ciascuno, è un semplice fatto di abitudine (L. Dumont), poichè, nella immensa maggioranza degli avvenimenti della nostra esistenza, non si può voler fare se non ciò che si è già fatto involontariamente (A. Garnier).

L'osservazione degli alienati ci pone dinanzi a fatti psico-patologici che questi principî della psicologia normale, per quanto qui accennati compendiosamente , ci permettono di bene interpretare. Anche nel pazzo bisogna distinguere ciò che è espressione di stati psichici transitorî da ciò che fa parte degli effetti duraturi del disordine mentale. S'intende come per la diagnosi abbiano maggior valore le espressioni statiche indotte dalle

condizioni morbose caratteristiche delle varie psicopatie, quali sarebbero il predominio degli affetti tristi nel pazzo distimico o melancolico e degli espansivi nel maniaco, il sentimento esagerato di vanità nel paranoico superbo, la deficienza dell'attività intellettuale nel demente e nell' imbecille, la sospensione della coscienza nello stupido catatonico, ecc. Ma l'indole speciale di ciascuna malattia psichica si rivela anche nei moti espressivi fugaci: il riso, ad esempio, che si riesce a produrre nella fisonomia dell'individuo affetto da psichialgia è sostanzialmente diverso da quello che irradia il viso dell'erotomane o del demente sistematizzato; e così di ogni altra forma di espressione. Al dolore fisico il maniaco, il paralitico, l'isterico, l'idiota non reagiscono in modo eguale, come differente è anche la loro condotta quando pur siano posti in condizioni affatto conformi di ambiente e si cerchi svegliare in ciascuno di essi un atto di risposta a stimoli perfettamente eguali. Per ultimo, le reazioni ed espressioni caratteristiche di ciascuna forma di psiconeurosi e di psicosi si sovrappongono e si associano sempre a quelle che dipendono dalla personale costituzione, che è il risultato delle tendenze ereditarie e delle abitudini acquisite del soggetto.

Che gli stati psichici duraturi o ripetuti agiscano sulla disposizione generale dell' organismo, è il concetto dominante della fisiognomonia e di tutte le così dette scienze divinatorie che ne sono una derivazione o una deviazione (ad es. la grafologia, la chiromanzia, ecc.). Ad onta che i pregiudizî popolari originati da un superficiale apprezzamento dei rapporti di causalità abbiano introdotto nelle nozioni fisiognomoniche una moltitudine di errori che ci impongono di valercene con estrema prudenza, è certo che il punto di partenza da cui esse movono è più elevato di quanto possa sembrare, poichè vi è implicita la questione biologica importantissima dei rapporti fra organo e funzione. La personalità psichica dipende

dalla costituzione organica, ma questa, a sua volta, si atteggia su di quella: per cui si ha un inestricabile intreccio di mutue relazioni tra il fisico ed il morale. Il fatto poi che la pazzia esageri tutte le manifestazioni espressive umane fu utilizzato in ogni tempo per lo studio delle leggi dell'espressione nella mimica, nella fisonomia, nella parola e nella scrittura, e ciò non solo nella scienza, ma altresì nell' arte (CHARCOT e RICHER, TEBALDI, GILLES (de la Tourette), ecc.).

Vi sarebbe qui da discutere la importantissima questione se la fenomenologia degli stati psico-neurosici fondamentali dipenda dalla costituzione personale indotta dall'eredità e dall'abitudine, più che da vera e propria differenza del processo patologico. La creazione d'una *Vesania typica* (KAHLBAUM, ARNDT), nella quale si fondono quelle sindromi che noi distinguiamo forse artificiosamente col nome di mania, melancolia, stupore, amenza e simili, è un concetto originale che apre nuovi orizzonti alla Psichiatria e che già si può giustificare con molti argomenti (periodo melancolico iniziale di *tutte* le psiconeurosi, alternarsi talvolta rapidissimo di stati sintomaticamente diversi nello stesso individuo, esito uniforme, mancanza di lesioni anatomiche caratteristiche, ecc.). Più io studio ed esamino pazzi, e più si fa in me profonda la convinzione che le forme puramente sintomatiche delle nostre classificazioni siano basate sulle apparenze espressive che assume la pazzia secondo la tempra e l'indole del soggetto: in sostanza, le singole personalità opererebbero come altrettante lenti che rifrangono in angoli assai diversi un solo e medesimo raggio luminoso (cfr. questo Vol., pag. 53).

75. **Gli elementi costitutivi della espressione nelle malattie mentali.** — Esaminando le manifestazioni espressive d'uno stato psichico normale o morboso, noi incontriamo una grave difficoltà nel fatto che esse non si presentano mai isolate, ma bensì associate le une alle altre. Anche la più semplice emozione ed il più elementare pensiero, essendo il prodotto di fattori multipli, provocano effetti sempre complessi; la reazione muscolare si combina con la trofica e secretoria: l'atto reflesso dipen-

dente dai centri inferiori di innervazione si accompagna con l'atto volontario che ha origine nei centri più alti: la modificazione fisica degli apparati di senso e di moto, che si residua in forma di ricordo organico incosciente, si svolge parallela al cangiamento del contenuto appercettivo della coscienza, che va a far parte della memoria corticale e quindi della personalità. Se noi vogliamo, dunque, determinare una condizione psicopatica sui dati ejettivi, non potremo mai valerci d'un fenomeno espressivo singolo, ma dovremo guidarci sulla sintesi di tutti gli effetti reattivi accessibili alla osservazione. In altri termini, per dire che un pazzo ha una determinata lesione del sentimento, della percezione o dell'intelligenza, non ci basta arrestarci sulla contrazione dei muscoli facciali, nè sul ritardo della parola, nè sulla forma materiale della scrittura, ma la nostra diagnosi rampollerà dalla combinazione e dal raffronto di tutti questi fenomeni estrinsecativi.

E di codesta necessità del diagnostico psichiatrico sappiamo già la causa. Il sistema nervoso, per il quale le diverse parti dell'organismo sono messe in rapporto le une con le altre, e la cui attività accentratrice serve a mantenere l'unità corporea dell'essere vivente e quella psichica della personalità, è paragonabile ad un meccanismo incaricato di convertire gli stimoli in reazioni: la parte media o centrale di codesto meccanismo è quella in cui risiede la vita mentale. Così la stimolazione, venga essa dall'esterno (percezione sensibile), o consista invece in un fenomeno interiore (percezione rappresentativa), si diffonde per mezzo dei nervi agli organi più lontani e vi provoca movimenti reattivi i più diversi, la cui somma costituisce, sotto il punto di vista fisiopsicologico, l'equivalente cinetico in cui si trasforma il corrispondente stato di coscienza. È la parte per noi percettibile di codesto equivalente ciò che denomi-

niamo « espressione », ma, sebbene limitata alle modificazioni corporee e funzionali più esteriori, essa non è per questo meno varia e complicata. Consideriamo ad es. i più importanti e significativi fenomeni di reazione, che sono quelli del sistema muscolare. Qui l'espressione si manifesta in fatti assai diversi: nell'atteggiamento totale del corpo, nella posizione assunta dalle membra per rispetto al tronco, nei movimenti della fisionomia, nella voce e parola articolata, nelle varie contrazioni di quei gruppi di muscoli che servono a compiere atti in rapporto col tono piacevole o penoso dello stato psichico in formazione. Ciò che costituisce, infatti, la singolarità del movimento nervoso, e lo distingue da ogni altra sorta di movimento fisico, è questo: — piccolissimi stimoli sono capaci di indurre nel sistema nervoso scariche molto grandi di forza in tensione; — ed ecco come stati psichici anche deboli possono originare fenomeni motorî forti e diffusi (cfr. pag. 127).

Ma perchè si avveri singolarmente ciascuno di questi fatti reattivi, e perchè si combinino insieme per dar luogo ad una espressione, vi sono leggi biologiche che agiscono costantemente in tutti gli organismi animali, dai più bassi ai più elevati, e quindi in tutte le condizioni sane o morbose della personalità umana. Chi guarda superficialmente le cose è tratto a supporre che le manifestazioni espressive degli alienati siano *speciali* dello stato di pazzia, e non ubbidiscano a principî uniformi: ma questo sarebbe un gravissimo errore (cfr. questo volume, § 68). Non v'è atteggiamento, gesto, moto fisionomico, fonema articolato, simbolo grafico, azione di pazzo, che non sia spiegabile con le nozioni fisiopsicologiche relative alla esistenza psichica ordinaria: anche nell'apparente irregolarità dei fenomeni espressivi originati dal delirio, dallo stupore, dall'esaltamento o dalla distimia, tutto si effettua e concatena secondo le stesse

identiche leggi che dominano nei reflessi, nelle reazioni automatiche e nelle azioni coscienti della mente sana.

E in vero, gli elementi, che costituiscono l'espressione d'uno stato psicopatico, dipendono dalle condizioni fondamentali dell' organismo umano, e possono disporsi nelle cinque categorie seguenti:

1.° *Morfologici.* — Agiscono sulla espressione: — la conformazione generale del corpo umano; la massa, il volume ed il peso del corpo medesimo e delle diverse sue parti; i rapporti delle due cinture, degli arti e della testa col tronco; la libera mobilità delle estremità appendicolari, dirette a mettere l'individuo vivente in relazione col mondo esterno; la posizione contigua degli apparati più nobili di senso specifico; in fine, la direzione in avanti dello scheletro facciale, che solo nei Primati antropinici dà luogo alla esistenza di un volto.

Andrei per le lunghe se io volessi dimostrare come lo studio sintetico e analitico delle manifestazioni espressive della pazzia debba tener conto di questi elementi di morfologia generale, e di quelli che successivamente indicherò desunti dall'anatomia, fisiologia e psicologia comparate: — qui ricorderò solo alcuni dei fenomeni ergasici, dove più chiaramente si scorge l'influenza esercitata dalla conformazione somatica dell' organismo e dalle leggi delle sue attività funzionali.

Le reazioni motorie più intense, e quindi le espressioni più caratteristiche, si osservano nelle parti dotate di maggiore varietà e libertà di movimenti. Il tronco, servendo essenzialmente di sostegno al corpo e di difesa ai visceri, partecipa poco all'espressione degli stati psichici normali, salvo che non siano molto intensi (gradi eccessivi di dolore e di piacere, emozioni propriamente dette); per contrario, la faccia e le membra sono gli organi dell'espressione, su cui si portano di preferenza i primi e i più deboli impulsi efferenti derivati dalla stimolazione dei centri percettivi ed emotivi. Noi comprendiamo da ciò perchè certi atteggiamenti e certe reazioni

intense e statiche, cui oltre alla fisonomia ed alle estremità libere degli arti partecipano quasi tutte le restanti parti della muscolatura, sieno indizio di gravi o prolungate alterazioni mentali, e segnatamente di quelle in cui esiste una costante psichialgia od un' irrefrenabile esaltazione (stato attonito, agitazione maniaca).

Vi è pure da considerare l' influenza della gravità, dalla quale vengono modificati i rapporti delle parti e le condizioni d'equilibrio del corpo. Nell'abbandono generale, che esprime la attonitaggine del melancolico, l'incoscienza dello stupido, l'apatia del demente, la fiacchezza del paralitico, noi vediamo che il tronco e le membra assumono posizioni parzialmente dovute a cause meccaniche di volume e di peso. Le differenze morfologiche che induce la stazione eretta fra l' Uomo e i Mammiferi, ci permettono poi di capire anche quelle fisiopatologiche, esistenti, ad esempio, nell'andatura atassica di certe malattie e lesioni centrali del sistema nervoso: sono la distanza dell'organo visivo dal suolo e la presenza di due e non di quattro punti di sostegno, le cause che danno alla titubazione dell'uomo infermo di malattia cerebellare un' apparenza diversa da quella dell'atassia tipica dei cani variamente operati al cervelletto; un esame analitico accurato mostra però che le note caratteristiche sono essenzialmente le medesime (Luciani).

Ricorderò ancora che, se le contratture muscolari cominciano a manifestarsi sempre nei muscoli flessori delle membra, e in modo specialissimo in quelli della mano, possiamo trovarne la ragione nel dato morfologico, che il segmento distale degli arti è, per date leggi filogenetiche, provvisto di reazioni motorie più facili, più pronte e più complesse di quelle concesse al prossimale: donde la maggiore delicatezza e vulnerabilità del centro incaricato di regolarne i movimenti.

Nelle malattie mentali l'elemento morfologico dell' espressione è modificato anche dai frequentissimi caratteri degenerativi, di cui parlai nel I Volume. Le stigmate fisiche della degenerazione dànno, per esempio, alla fisonomia dell'idiota, dell'epilettico, del pazzo morale, del pazzo ereditario in genere, un aspetto particolare, dovuto per lo più ad asimmetrie dello scheletro facciale, ad attacco anomalo delle orecchie, a larghezza eccessiva degli zigomi, a ipertrofia della mandi-

bola, ecc.; così che fa d'uopo accuratamente distinguere nell'espressione di costoro il lato morfologico dal fisiopsicologico. La distinzione non mi pare sempre operata negli stud di Antropologia criminale, ma fu già opportunamente accennata dal nostro TEBALDI.

2.° *Anatomici.* — In questo gruppo di fattori dell'espressione, indicherò: — la struttura degli apparati di reazione, e in primo luogo quella del sistema muscolare, che è simmetrico da ambo i lati del corpo ed è omologo nelle due paja di arti; i rapporti di dipendenza che, malgrado la mancanza di contiguità topografica, il sistema nervoso origina e mantiene fra parti lontane del corpo, e quindi fra i varî organi, cui può portarsi l'effetto ergasico di uno stato psichico; per ultimo, il differenziamento progressivo dei gruppi di muscoli e dei corrispondenti nervi, in conformità della specificazione del loro lavoro funzionale.

Di questi elementi anatomici dell'espressione è importantissimo, per la psicologia patologica, lo specificarsi della muscolatura. Non possiamo rappresentarci i moti espressivi della faccia e delle membra (fisonomia e mimica), senza pensare che qui i muscoli sono straordinariamente differenziati a confronto di quelli del tronco; di guisa che piccole eccitazioni sono sufficienti a indurvi reazioni vivaci, e il vario diffondersi delle eccitazioni stesse crea una indefinibile ricchezza e diversità di espressioni. Il differenziamento dei muscoli facciali secondo il tipo caratteristico della nostra specie è in ragione diretta dello sviluppo intellettuale; e ce lo dimostrano i confronti anatomici fra l'Uomo e gli altri Primati, fra le differenti razze umane, e fra i periodi dell'ontogenesi, dall'embrionale al fetale, e via via all'infantile e all'adulto (RUGE). Questa è senza dubbio la causa della scarsa espressività fisionomica dell'idiota e del cretino: come, a sua volta, la delicatezza estrema dei piccoli muscoli facciali è il motivo del pronto e completo dissolversi della facoltà espressiva nel viso del demente, dello stupido e del paralitico.

Altri fatti anatomici ci spiegano il predominio delle reazioni della fisionomia, le quali spessissimo restano isolate dalle altre, e sono talvolta le sole ejettivamente accessibili. Le emozioni, dice giustamente il D.r Th. Piderit, si rivelano più facilmente nella faccia: 1.° perchè i muscoli qui giacciono alla superficie delle ossa, per modo che la loro più lieve contrazione è subito percepita dall' occhio; 2.° perchè i muscoli facciali hanno le loro radici nel cervello, e la vicinanza così prossima dell'organo psichico vi trasmette con maggiore agevolezza gli impulsi motorî.

È una nozione anatomica non dissimile, che ci fa capire anche la partecipazione del cuore e di altri visceri ai moti espressivi: l'impulso reflesso, che succede ad una stimolazione centrale, vi si trasmette per mezzo del pneumogastrico; ed è qui da ricercare la causa delle modificazioni circolatorie e respiratorie caratteristiche di alcuni stati psicopatici. Persino certi spasmi tonici del collo e del dorso, che contraddistinguono date forme di stupore primitivo e di melancolia attonita, e sono accompagnati da espressione stereotipa del viso per contrattura dei muscoli facciali, sono spiegati dal fatto anatomico che allo sterno-cleido-mastoideo ed al trapezio, soli fra i muscoli del tronco, si porta un nervo cranico, che è l'accessorio del Willis. La filogenesi ci dà la chiave per comprendere questa apparentemente bizzarra distribuzione dell' accessorio e del pneumogastrico a visceri e a muscoli del tronco, giacchè primitivamente, osserva il Gegenbaur, questi organi facevano parte della testa (Vertebrati inferiori, embrione dei superiori): ed ecco, fra i tanti, un esempio del come si dovrebbero indagare sempre le ragioni biologiche dei fenomeni psichici normali e morbosi, e dei loro effetti espressivi.

3.° *Fisiologici*. — A questa categoria spettano i fattori di cui dobbiamo tener più conto nello studio delle espressioni patologiche, e sono: — le proprietà generali dei due sistemi inerenti alla vita di relazione, cioè del nervoso e del muscolare; i rapporti fra eccitazione sensitiva e reazione motoria, che si manifestano in forma semplicissima nel reflesso elementare,

ma non vengono meno neppure nei reflessi complicati cui si riducono, in senso fisiopsicologico, gli stessi atti psichici; le funzioni speciali dei varî centri nervosi, dal ganglio spinale alla corteccia degli emisferi; l'esistenza su quest'ultima di aree o zone più o meno distinte o a confini sovrapposti, nelle quali si allogano particolari attività di senso e di moto (« localizzazioni cerebrali »); l'associarsi di tutti i maggiori e minori centri nervosi in un sistema unico, e la subordinazione delle parti inferiori di questo alle superiori; infine, le mutue azioni dinamogene ed inibitrici, che passano fra i diversi gruppi cellulari costituenti i singoli centri del mantello cerebrale.

La espressione degli stati psichici mediante fenomeni cinetici, vasomotorî e trofici non è altro se non un fenomeno reflesso, cioè un'impressione trasformantesi in azione (cfr. il I Volume, § 59, p. 292, e questo II, pagg. 28-34): di guisa che valgono per l'attività psichica le leggi medesime che la fisiologia ci descrive per l'attività generale di innervazione. Ne rileverò qualcheduna, fra le tante che potrei citare.

Consideriamo, ad esempio, le leggi fisiologiche relative alla stimolazione del nervo. Nella espressione di qualsiasi stato percettivo e rappresentativo noi vedremo effettuarsi il rapporto proporzionale fra stimolo sensitivo e reazione, che il FECHNER ha sintetizzato nella sua formula logaritmica: — quanto più cresce l'intensità del fenomeno psichico, e tanto più rapida e forte è la sua obbiettivazione in fenomeni motorî. — Gli stati morbosi della mente alterano per lo più la proporzione fra l'eccitamento e la successiva risposta, ma non creano pertanto fenomeni nuovi, cioè tali che non si spieghino colle lesioni della sensibilità e della reattività ordinarie dell'organismo. Se l'espressione è, generalmente parlando, più intensa negli alienati di quello che sia negli individui sani, la causa risiede unicamente nell'intensità e durata maggiore raggiunta in essi dai fenomeni psichici (affetti morbosi, passioni, angoscia, terrore, gajezza, senso del ridicolo, diffidenza, orgoglio, collera, ecc.).

Altrettanto evidente è l'applicazione delle altre leggi dell'eccitabilità nervosa ai fatti espressivi. Quella, p. es., di interferenza fra due eccitazioni simultanee e del predominio della più forte sulla più debole, ci spiega perchè nel pazzo dominato da sentimenti tristi o lieti, da idee ossessive, da allucinazioni vivaci, ci sia impossibile produrre, come suol dirsi, una diversione nel suo stato morale. Non altrimenti è spiegabile il sintomo psicopatologico dei movimenti automatici e coatti. La legge di addizione latente degli stimoli, i quali, pur essendo lievissimi ma assommandosi, giungono a provocare reazioni cui nessuno di essi potrebbe singolarmente dar luogo, forse ci spiega le scariche psicomotorie improvvise che compajono nella melancolia passiva, nello stupore, nella demenza, nello stato paranoico, e dànno origine ad atti impulsivi, ad azioni violente, ad estrinsecazioni motorie complesse. Una grande importanza per comprendere, invece, certe espressioni statiche e durature della pazzia ha la legge del tetano muscolare successivo ad eccitazioni intermittenti e prolungate del nervo; e grandissimo valore poi, a mio avviso, per la intelligenza di buona parte dei fenomeni psicopatologici, ha l'insieme delle nostre nozioni intorno all'esauribilità e fatica dei nervi e centri nervosi, e intorno alla degenerazione che li incoglie quando siano costretti all'inerzia funzionale. Non si illuminano, con ciò, gli effetti disastrosi dei concetti deliranti sistematici?

Rispetto alla velocità della corrente nervea nei centri, ed alle cause esterne ed interne che la aumentano o la ritardano, vedremo più innanzi quanta luce abbiano portato in Psichiatria le indagini sulla durata dei fenomeni psichici. Si avvera nell'organo del pensiero, nella corteccia, quel medesimo fatto che notammo nella reazione della pupilla e che fu scoperto dal Buccola (Vol. I, pag. 281). Nell'aumento e nella diminuzione di resistenza della sostanza nervosa, che rendono più difficile o più agevole il lavorìo interno dell'appercezione, noi scorgiamo con molta probabilità la causa della rallentata od accelerata estrinsecazione cinesiodica degli stati psichici nelle due tipiche psiconeurosi, nella melancolia e nella mania.

Scendendo poi alla fisiologia speciale del sistema nervoso, noi dobbiamo, prima di tutto, partire dalle conoscenze odierne delle funzioni delle singoli sue parti, e segnatamente su quelle

dei centri encefalici, sede ed organo della coscienza. Non è qui il luogo per esporre e per discutere le odierne dottrine sulle localizzazioni cerebrali; ma è certo che, delle varie correnti di idee manifestatesi nel campo dei fisiologi, rimarrà prevalente quella che considera la corteccia delle circonvoluzioni, non più come una massa omogenea, ma come un organo eccessivamente complicato, costituito di parti diverse sotto

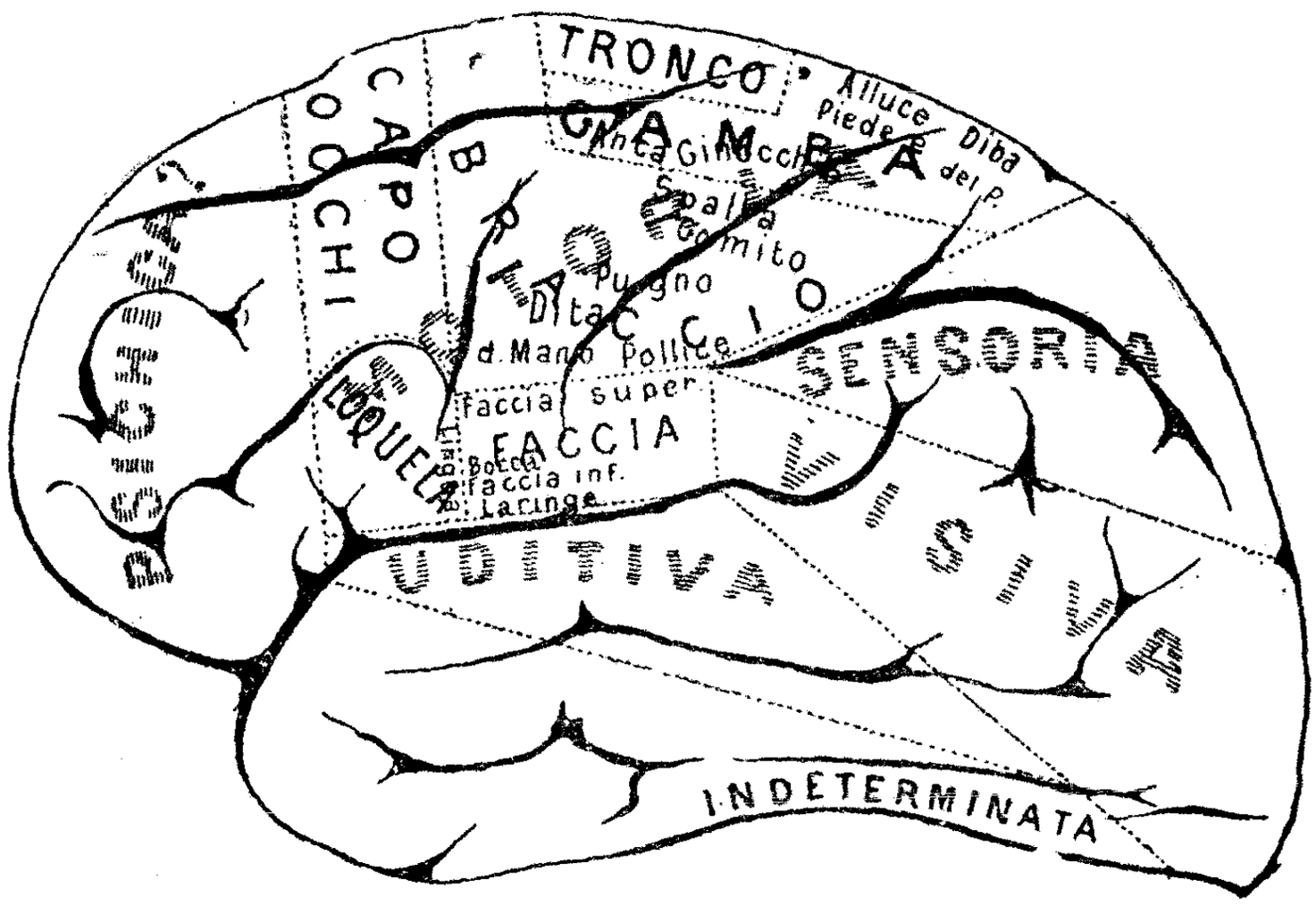


Fig. 67. — Distribuzione probabile delle aree funzionali sulla faccia esterna dell'emisfero [sinistro], secondo le ultime ricerche di HORSLEY BEEVOR e SCHAEFER.

l'aspetto morfologico anatomico e funzionale. Resta il quesito se queste parti od aree o zone abbiano un rapporto definito e costante con date attività di senso e di moto, e se realmente ciascuna parte e funzione dell'organismo sia rappresentata da speciali centri della corteccia disposti topograficamente in conformità della sua situazione periferica (fig. 67 e 68). Tre categorie principali di argomenti militano in favore di questo concetto, e sono le prove anatomo-comparative, le sperimentali, le clinico-patologiche; ma nell'interpretarle i primi localizzatori procedettero in modo troppo sommario, e soverchiamente semplificarono il rapporto che passa fra la

corteccia, considerata quale complesso eterogeneo di organi e i fenomeni cerebrali di sensazione e di movimento. I fatti sono innegabili: discutibile invece è il loro significato.

E in primo luogo, un' isolata attività funzionale di dati punti del mantello non si può oggidì più riguardare nè probabile, nè possibile: la corteccia, messa per mezzo dei nervi in relazione da un lato con tutte le superficie sensibili e con

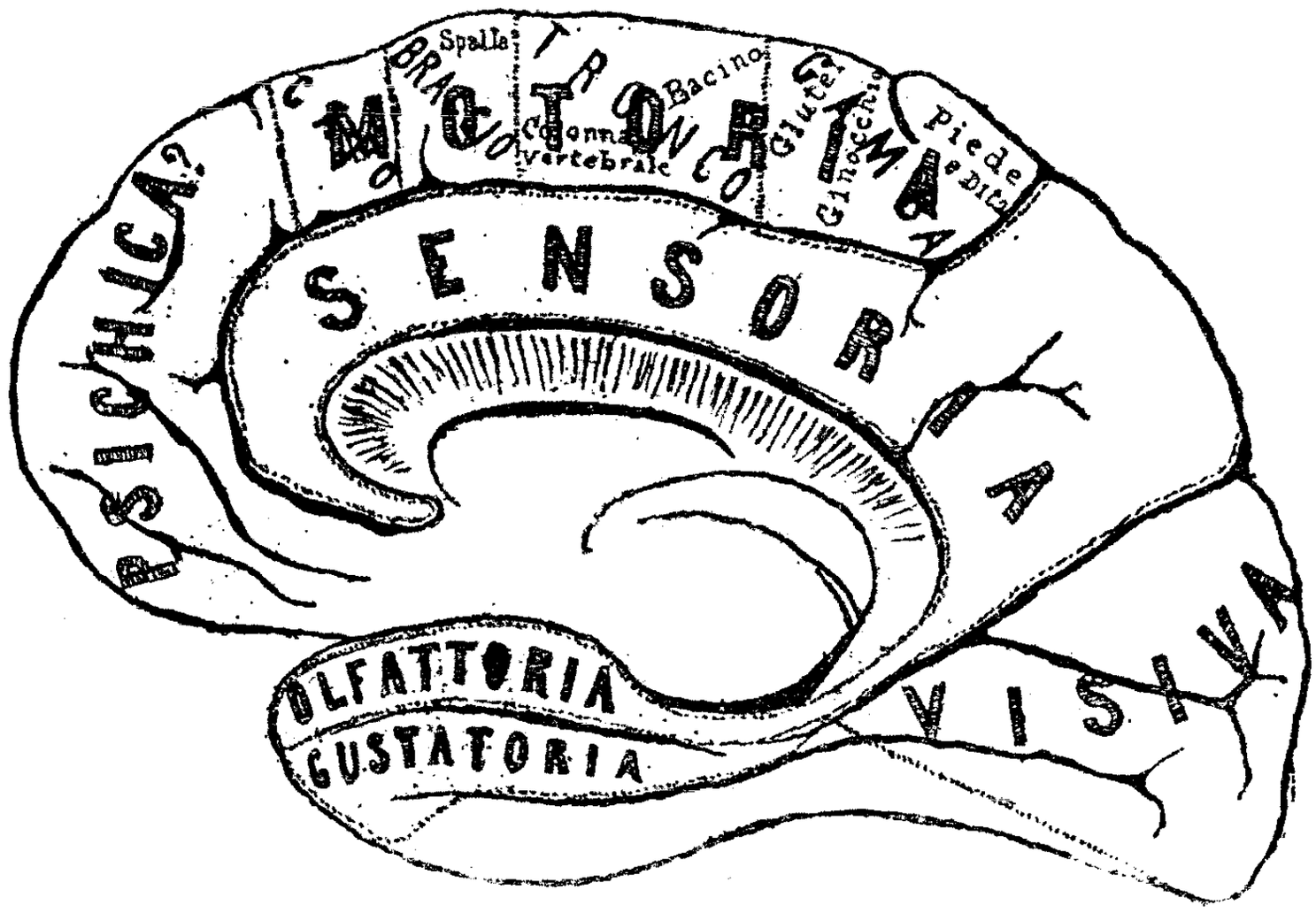


Fig. 68. — Distribuzione probabile delle aree funzionali sulla faccia interna dell'emisfero [destro], secondo le ultime ricerche di HORSLEY, BERVOR e SCHAEFER.

i singoli apparati sensoriali, dall'altro con tutti i gruppi di elementi contrattili, è puramente il compendio della individualità corporea, in quanto questa è un organismo senziente e reagente: così si spiega perchè in essa si sintetizzi la personalità e si unifichi la coscienza. Lo specializzarsi delle funzioni non contrasta colla necessità meccanico-anatomica che anche ad ogni atto psichico prenda parte tutta la corteccia, come opinano giustamente alcuni istologi basandosi su di una corretta applicazione della Psicologia (GOLGI): una percezione ed una volizione semplicissime si compongono sempre di elementi sensibili e motori numerosi e svariati, la cui

associazione, oltrechè pei rapporti di struttura, si effettua in conformità del principio di esercizio e della legge di abitudine.

In secondo luogo, non si può oggidì più parlare di « centri corticali *motori* » nel senso che da principio si diede (e ancora si dà da taluno) a questa designazione. Argomenti invincibili desunti dalla filogenesi (es., la mancanza di un vero mantello nei Vertebrati inferiori, EDINGER), dalla fisiologia (es., la reintegrazione delle funzioni di movimento negli animali parzialmente scortecciati, SCHIFF, GOLTZ, ecc.), dalla psicologia (es., l'analisi dei fenomeni di attenzione e di volizione, CHARLTON-BASTIAN, JAMES, MÜNSTERBERG), ci obbligano a considerare la corteccia come il deposito delle impressioni centripete o sensorie d'ogni genere, cioè delle visuali, delle acustiche, delle gustative, delle tattili e delle *muscolari*. Dalla corteccia non parte nessuna corrente *efferente* verso i muscoli, poichè la funzione di movimento spetta ai centri situati alla base, nel bulbo e nel midollo: nella corteccia si trova, per contrario, quel gomito o arco della corrente *afferente*, che per la lunghezza e resistenza delle vie da percorrere diviene la condizione determinante dello sviluppo della coscienza (della memoria cosciente), come un reostato intercalato nel circuito elettrico diviene la condizione determinante del fenomeno luminoso.

Fatto sta che le aree così dette psicomotorie del mantello (circonvoluzioni rolandiche, terza frontale, lobo paracentrale) possono considerarsi sostanzialmente come i gruppi cellulari nei quali si residuano le sensazioni muscolari in forma di ricordi, e si organizzano le associazioni dei movimenti reattivi con le diverse categorie di sensazioni specifiche accumulate in altre aree corticali (« centri psicosensorî », visivo, acustico, ecc.). In altre parole, e volendosi qui limitare al nostro argomento, queste aree non sono i *centri del movimento di espressione*, bensì i veri e proprî *centri del sentimento o della coscienza di espressione;* l'impulso efferente pei moti espressivi parte, secondo tutte le indagini dei fisiologi, dai gangli encefalici subcorticali, dal bulbo e dal midollo.

Ammessa questa natura dei centri corticali, la posizione

che loro dobbiamo assegnare secondo i dati sperimentali e anatomo-patologici, non solo ci suggerirebbe curiose deduzioni per riguardo al significato sociale dei varî fenomeni (LAUDER-BRUNTON), ma ci permette di capire moltissimi fenomeni morbosi che la pazzia induce nell'estrinsecazione cinesiodica dei sentimenti, negli atti combinati, nella condotta (FOVILLE, WERNICKE, MEYNERT, ecc.). Ad esempio, la contiguità del centro della lingua con quelli dei movimenti delle labbra e della faccia e quindi dell'arto superiore (fig. 67) ci spiega certe simultanee alterazioni della parola, della fisonomia, della scrittura, del gesto; mentre la relativa segregazione dei centri dell'arto inferiore e del tronco da quelli destinati a raccogliere le impressioni acustiche e visive, che sono le più importanti per la vita intellettuale e morale dell'individuo, ci rende chiara la scarsa e ad ogni modo sempre tarda loro partecipazione ai moti espressivi dell'animo (fig. 68). Nelle forme convulsive l'attacco comincia sempre nei muscoli di quelle parti che sono lo strumento vero della nostra volontà, cioè nella mano e nella faccia (HUGHLINGS-JACKSON): e questo, non solo nell'epilessia, nell'isterismo e in tutti gli stati epilettoidi ed isteroidi, ma altresì in quegli accessi violenti dei pazzi che hanno tanta analogia colle « lesioni di scarica ».

Si può affermare, dunque, col MEYNERT, che il meccanismo intimo dei movimenti di espressione altro non è che il meccanismo cerebrale istesso: l'intricatissimo giuoco dei fenomeni estrinseci, in cui si trasforma l'atto psichico cosciente, si risolve in una funzione reflettoria dell'organo cerebrale di associazione, che è la corteccia. Ma naturalmente l'attività cerebrale deve dar luogo ad effetti reattivi più varî e più diffusi che non siano quelli causati dall'attività spinale; e a convincercene basta il raffronto della struttura anatomica del midollo con quella del cervello: — ciò che è funzione semplice nell'uno diviene funzione estremamente complessa nell'altro.

Nei gangli spinali, considerati come centri di innervazione, l'organizzazione del reflesso è abbastanza chiara. Il gruppo delle cellule sensorie ha dirette connessioni col corrispondente gruppo delle motorie, e la corrente nervea incontra poche resistenze per passare dalle vie di conduzione centripeta a quelle della centrifuga (fig. 69): lo stimolo si diffonde attra-

verso i gangli senso-motori del midollo secondo la loro disposizione di contiguità anatomica, ed ecco perchè si scorge una regolare subordinazione e coordinazione fisiologica degli uni agli altri (*legge di* PFLÜGER). Tutto ciò ci permette di prevedere il modo con cui si seguiranno e si combineranno i movimenti reattivi ad un'eccitazione tattile, termica o dolorifica di una data zona cutanea sensibile; e questo modo è

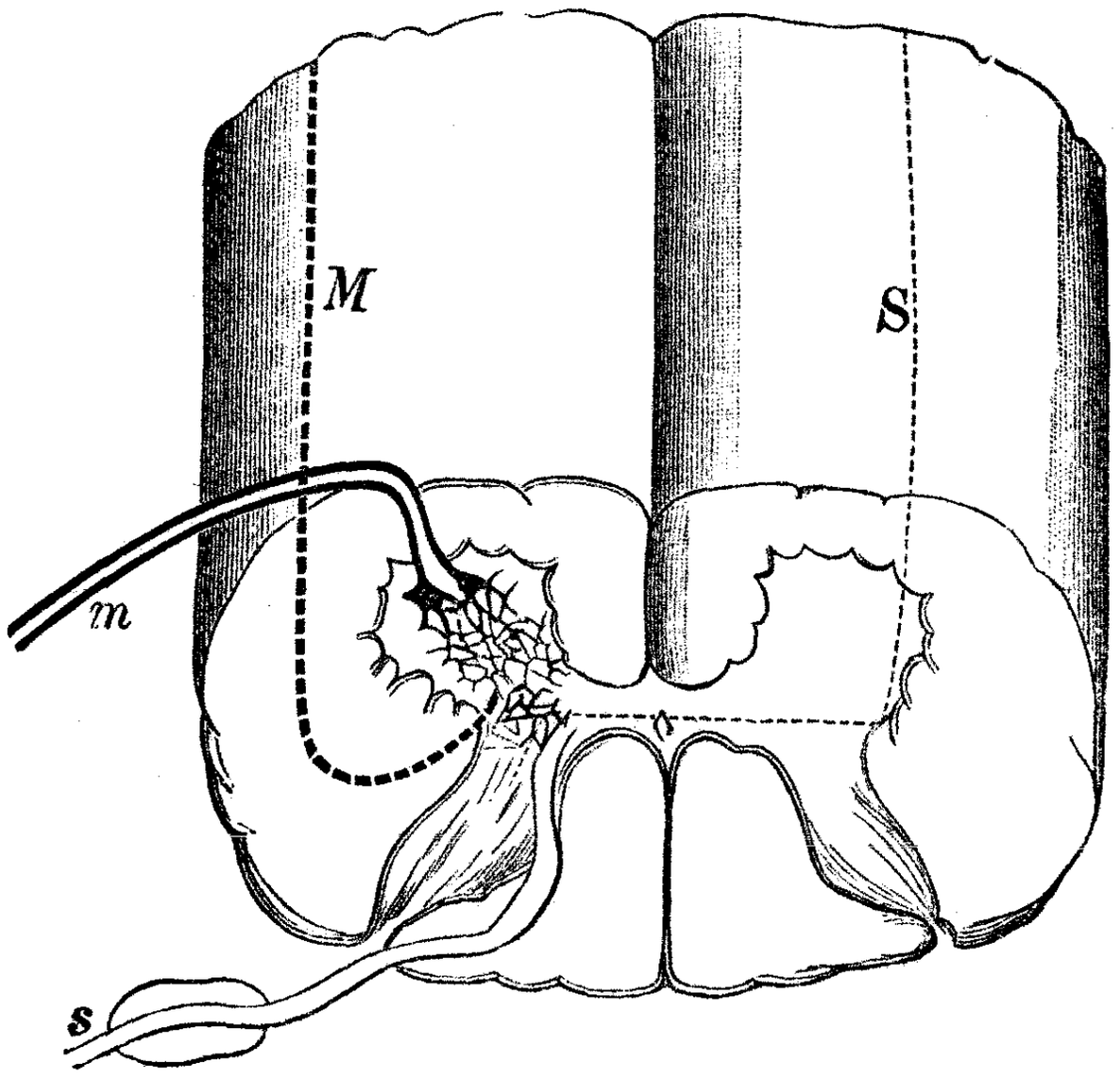


Fig. 69. — Schema dell'arco reflesso nel Midollo spinale, sec. LANDOIS.

[*S*, Via di conduzione sensitiva; *M*, Via di conduzione motoria; *s*, Radice sensitiva (posteriore) dei nervi spinali; *m*, Radice motoria (anteriore)].

su per giù il medesimo, non solo negli individui della nostra specie, ma in tutte le specie animali organizzate sullo stesso tipo. Così si è potuto stabilire in un modo abbastanza preciso l'esistenza e la situazione nel midollo di dati centri reflessi (motori, respiratorî, vasomotori, cilio-spinale, cardiocinetico, genito-spinale, ano-vescico-spinale, ecc.).

Ma nei centri cerebrali, invece, la sistemazione dei reflessi è straordinariamente complicata (fig. 70). Prima di tutto, lo

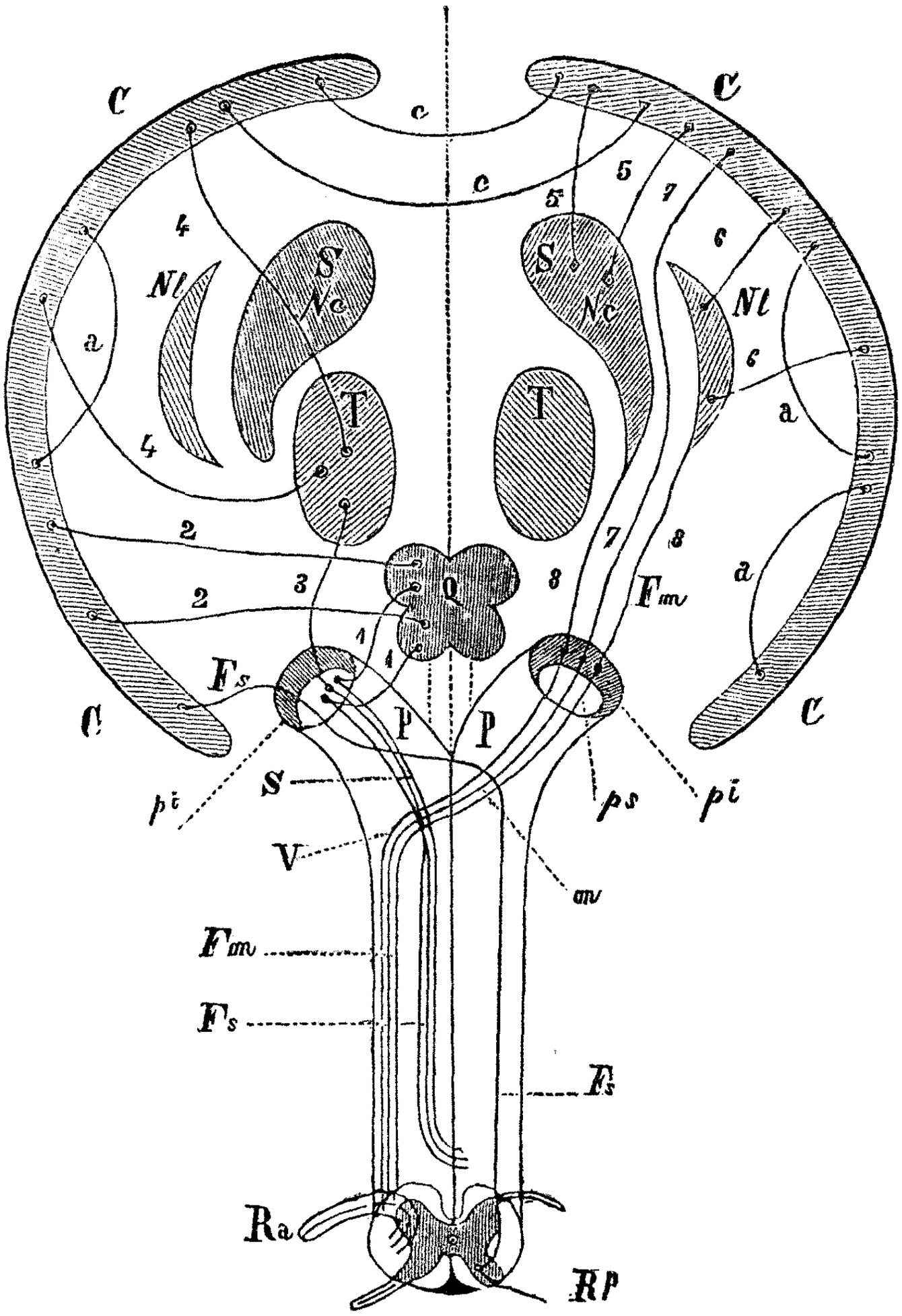


Fig. 70. — Schema della struttura dell'Encefalo, secondo le ricerche di MEYNERT, HUGUENIN e FLECHSIG.

[*cc*, Corteccia cerebrale; *SS*, Corpo striato; *Nc*, Nucleo caudato; *NC*, Nucleo lenticolare; *TT*, Talamo ottico; *Q*, Tubercoli quadrigemini; *PP*, Peduncoli del cervello (in sezione trasversale: *ps*, Callotta: *pi*, piede del peduncolo); *V*, Protuberanza anulare; *Ra*, Radice anteriore del midollo spinale; *Rp*, Radice posteriore; *Fs*, Decorso delle fibre sensitive fino alla callotta del peduncolo; *ps*, 1,1, Fibre dalla callotta alle eminenze quadrigemine; 2,2, Fibre dalle quadrigemine alla corteccia dei

stimolo vi può arrivare da tutte le superfici sensibili, da tutti gli apparati di senso e da tutte le parti dell'organismo: in secondo luogo, la memoria fondata sulla ritenitiva degli elementi organici ha accumulato nella corteccia un numero ed una varietà enorme di traccie di impressioni, vuoi ereditarie, vuoi acquistate dall'individuo: di poi, l'associazione fun-

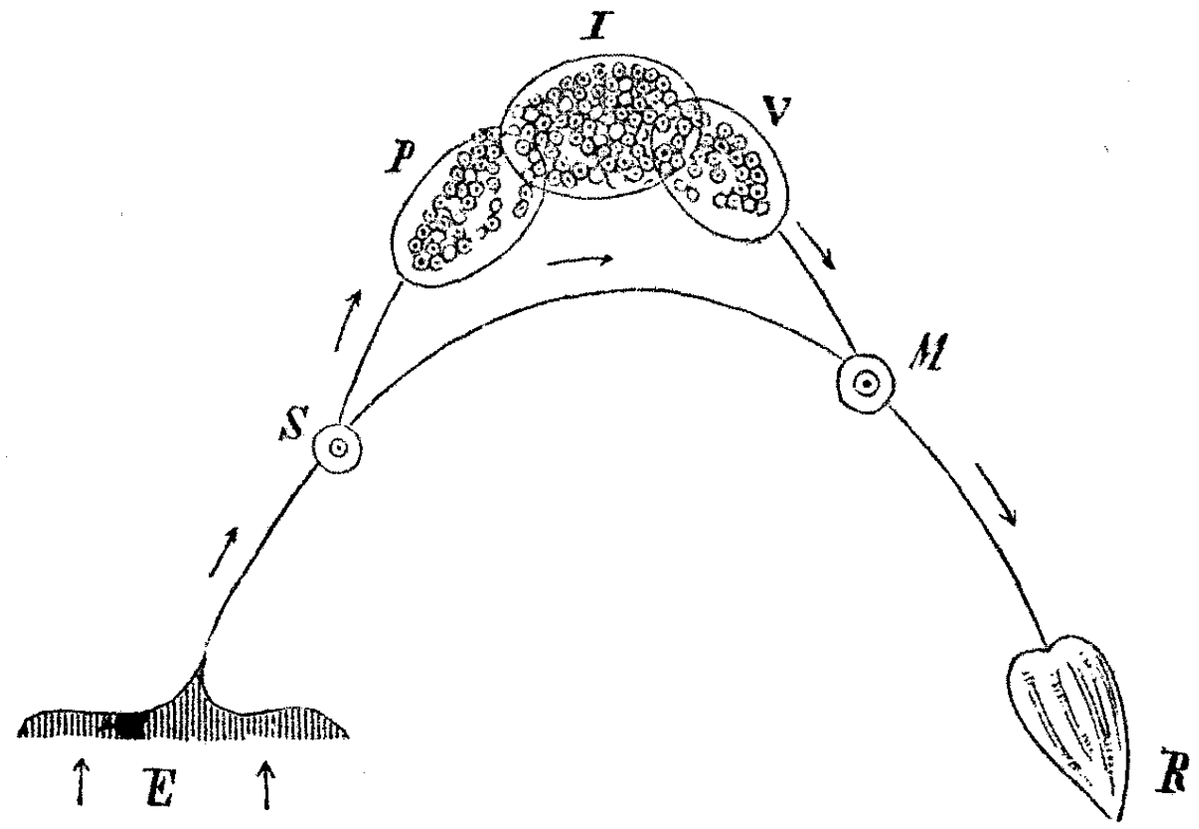


Fig 71. — Schema dei reflessi inferiori (subcorticali) e dei superiori (corticali, psichici) nei loro rapporti ideali, secondo SPAMER.

[*E*, Estremità periferica dei nervi sensitivi; *S*, Cellula sensoria dei gangli inferiori (spinali, encefalici), da cui lo stimolo può portarsi direttamente ad *M*, Cellula motoria; *R*, Muscolo dove avviene la reazione; *P*, *I*, *V*, Centri superiori cerebrali (corticali) distinti in *P*, Centri di percezione, *I*, Centri di ideazione (associazione od inibizione reciproca), *V*, Centri di attuazione (così detta « volitiva »).].

zionale dei gruppi cellulari vi è divenuta così intima che un fatto percettivo elementarissimo mette in attività una zona estesa di centri anche lontani. Da ciò una disseminazione di impulsi reattivi, che non ha riscontro in quelli che susseguono all'attività del midollo, e quindi una mutabilità mera-

lobi posteriori, attraverso la corona raggiata; 3, Fibre dalla callotta al talamo ottico; 4,4, Fibre dal talamo alla corteccia; 5,5, Fibre dalla corteccia al nucleo caudato; 6,6, Fibre dalla corteccia al nucleo lenticolare; 7, Vie dirette di conduzione dalla corteccia ai peduncoli attraverso la capsula; 8,8, Fibre dai nuclei del corpo striato al piede del peduncolo; (*pi*, *m*, *V*), Incrociamento delle vie centrifughe (motorie); *Fm*, loro ulteriore decorso nel midollo; *a*, *a*, Fibre di associazione intercorticale; *c*, *c*, Fibre di associazione interemisferica, cioè commessurali.].

vigliosa di effetti cinetici, — muscolari, vasomotorî, secretorî e trofici — per ciascun fenomeno di attività corticale.

La risposta cerebrale allo stimolo può anche non partire dalla corteccia, e la riflessione avvenire dai gangli della base (nuclei del bulbo e della protuberanza, eminenze quadrigemine, talami ottici, nucleo caudato e lenticolare). Ommettendo la partecipazione ancora incerta e male definita del cervelletto, il problema più oscuro di tutta la fisiologia di innervazione sta appunto nel determinare i rapporti che passano fra i reflessi di questi centri encefalici inferiori e quelli dei centri superiori (fig 71). Gli uni sono ritenuti *incoscienti*, o per lo meno limitati ad una forma infima di coscienza, che supera di poco la sensibilità particolare della midolla (cui da alcuni si vorrebbe attribuire un certo significato psichico); gli altri, invece, sono detti *coscienti* in quanto sono spesso accompagnati dalla consapevolezza del loro attuarsi (vedi retro, pag. 28). Ma codesta distinzione, anzichè sciogliere la difficoltà, la rende vieppiù intricata; e basti considerare che molti atti cerebrali, cui non possiamo negare l'origine corticale, passano dalla primitiva condizione di coscienza a quella di incoscienza, o per abitudine, o per la loro debole intensità a raffronto di altri atti. Nella pazzia si scorge ancora meglio l'incertezza di codesto criterio, non essendo possibile distinguervi sempre ciò che è effetto reattivo dell'organo della coscienza (corteccia) da ciò che è manifestazione dell'eccitamento di organi nervosi privi di codesta altissima funzione (gangli subcorticali).

Vi sono, ad esempio, fenomeni di fonazione, che in certi alienati debbono riguardarsi come effetto di uno stimolo dei nuclei bulbari, in guisa non diversa da quanto si scorge negli animali scerebrati. Altri movimenti espressivi di certe psicopatie derivano probabilmente da stato morboso della protuberanza, dove sappiamo esistere centri per la mimica facciale, per i moti del globo oculare e delle palpebre, per l'atto della masticazione, per l'equilibrio nella stazione eretta, ed anche per la deambulazione (Fano). Nè si è lontani dal vero riguardando quei curiosi gesti automatici e incoercibili che caratterizzano non rare volte l'idiota, il demente, il pazzo sistematizzato, l'epilettico e la stessa isterica, come analoghi ai movimenti di maneggio e di rotazione che i fisiologi provocano spe-

rimentalmente negli animali mediante la lesione di diverse parti del cervello. Le belle esperienze del prof. GIULIO FANO mostrarono che i lobi ottici esercitano un'azione tonica e inibitrice sui centri del bulbo: la vivacità insolita delle tartarughe, cui vengano distrutti questi organi, specialmente nella loro parte basilare, ricorderebbe lo stato di irrequietudine dei maniaci; donde la convenienza di riguardare quest' ultima, se non sempre, almeno in certi casi, come l'effetto di automatismo bulbare, e non di scariche irritative della corteccia. Allo stesso modo, per inibizioni esagerate intracerebrali è forse spiegabile la inerzia di alcuni pazzi melancolici. Vi sono pur anco movimenti espressivi accompagnanti i disturbi dell'emotività nei pazzi (gridi, atteggiamenti fisionomici, ecc.), dei quali dobbiamo cercare la sede nei talami ottici; giacchè la distruzione di questi ganglî li abolisce anche se sono conservati gli emisferi, mentre la conservazione loro li rende più facili e non moderabili quando si sia contemporaneamente operata l'ablazione degli emisferi medesimi (BECHTEREW).

Potrei citare molti altri principî fisiologici consimili, da cui riceviamo lume per ben interpretare il significato clinico delle manifestazioni cinesiodiche della pazzia; ma questo genere di studî non spetta propriamente alla semejotica, bensì alla psicopatologia generale, dove non sarò tacciato di prosunzione se dico che moltissimo è da rifare e quasi tutto da ristudiare in conformità delle nozioni odierne della fisio-psicologia. Fin qui gli alienisti si sono limitati a descrivere i sintomi esteriori delle malattie mentali; ma, in quanto ad interpretarli e a stabilirne la patogenesi in relazione coi fatti messi in luce dalla fisiologia dell'innervazione, siamo appena agli inizî d'un periodo veramente scientifico della Psichiatria. Per quanto io so, i tentativi in questo senso si riducono a pochissimi, e, come avviene di ogni novità, furono accolti con mediocre favore. L'ARNDT, ad esempio, ha per primo applicata ai fenomeni psicopatici la legge di contrazione (*Lehrbuch der Psychiatrie*, 1883), e più recentemente un altro alienista geniale, T. MEYNERT, che la scienza ha pur troppo testè perduto, ci indicò la via che dovrebbero percorrere gli studî sull'espressione, ponendone i primi termini miliari

(*Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns*, I H., 1884; — *Klin. Vorlesungen ïibei Psychiatrie*, 1890, opere ambedue non complete); ma quanti alienisti non giudicano temerario questo indirizzo scientifico! Non pertanto bisogna uscire dai ristretti cancelli dell'empirismo e dare opera al rinnovamento di tutte le idee dottrinarie, che si trasmettono senza esame dall'uno all'altro trattatista, e vengono accolte ad occhi chiusi senza risvegliare il fecondo lavoro della investigazione analitica.

4.° *Psicologici*. — Ricorderò fra i fattori psicologici dell'espressione: — il carattere utilitario del fenomeno psichico; l'esistenza di due forme fondamentali della sensibilità, dolore e piacere, alle quali si riducono i fatti mentali del bisogno, dell'istinto e del sentimento; la sostituzione degli stati rappresentativi alle impressioni sensoriali dirette (ed in ciò consiste essenzialmente il trasformarsi del fenomeno fisiologico in fenomeno mentale); l'originarsi delle rappresentazioni generali ed astratte dalla associazione di stati percettivi semplici; le leggi di codesta associazione, che si basano soprattutto sulla simiglianza, sul contrasto, sulla contiguità e sulla coesistenza; il potere ergasico delle rappresentazioni di ogni grado e natura, dipendente dal colorito speciale, piacevole o doloroso, che esse posseggono rispetto alla coscienza dell'individuo; l'organizzarsi delle esperienze individuali in abitudini, e il trasmettersi delle abitudini acquisite nella eredità psichica della razza e della specie; in fine (ed è condizione essenzialissima da prendere in esame), il basarsi della vita psichica cosciente sul ricchissimo fondo e ancora oscuro substrato della incosciente.

Indico appena gli elementi psicologici, la cui conoscenza mi sembra indispensabile per raccogliere e per analizzare scientificamente le espressioni della pazzia; ma è di palmare

evidenza che tutta la Psicologia dev' essere chiamata ad illuminare questa serie fondamentalissima di ricerche semejotiche. Dovendo ritornare sull'argomento, darò qui *qualche* esempio del come io intenda l' applicazione dei dati psicologici allo studio dei sintomi esteriori della pazzia.

a. Se si pensa agli effetti che susseguono ad impressioni piacevoli o dolorose, è agevole interpretare le manifestazioni ejettive della mania e della melancolia. Questa è cosa saputa da tutti: ma vi è da aggiungere ben di più. Il carattere protettivo o di difesa dei movimenti reattivi si scorge chiaramente nella mimica, nella parola e nella condotta che accompagnano la psichialgia, l'emotività terrifica del melancolico, il delirio persecutorio del paranoico, laddove è evidente il carattere aggressivo di reazione nel furore del maniaco, nella violenza dell'epilettico, nell' impulsività dell'alcoolista.

b. Noi non intenderemmo la ricca e svariata serie di fatti espressivi dovuti agli stati allucinatori, se non considerassimo che per l'allucinato la rappresentazione del fantasma o del fonema interiore, creata dall'eccitamento abnorme dei centri corticali, acquista un'intensità spesso superiore a quella della percezione reale, e quindi ha una efficacia centrifuga massima.

c. Il colorito sentimentale più intenso degli stati morbosi acquisiti (psiconeurosi in personalità normalmente sviluppate), confrontato a quello così sbiadito e quasi nullo degli stati congeniti (psicosi degenerative, paranoie), è una conseguenza logica del principio di inerzia psichica. Quando lo stimolo che costringe la psiche ad una modificazione del suo processo formale, o del suo contenuto, è nuovo ed in contrasto con le condizioni di equilibrio divenute abituali, la reazione è più vivace e dà luogo ad un sentimento più acuto: ora, nelle psiconeurosi lo stimolo è rappresentato dallo stato anormale di coscienza, dalla allucinazione, dalla idea delirante, che penetrano ad un tratto nella sintesi costituente la personalità, e ne interrompono violentemente i legami unitivi. Al contrario, quando si ha lentissimo sviluppo di un delirio cronico, come avviene nelle forme secondarie e sistematiche di pazzia, o nella paranoia originaria sistematica, la coscienza del malato non mostra quasi nessuna reazione dolorosa o piacevole, perciocchè la dissoluzione della personalità è già da lungo tempo incominciata.

d. L'abitudine, questa « seconda natura » dell'anima, ci schiarisce, del resto, numerosissimi fatti della psicologia patologica. Nella stessa demenza vediamo persistere le espressioni mimiche, foniche e grafiche, che col loro reiterarsi ebbero agio di organizzarsi nella personalità fisica del soggetto. Così permangono, e con resistenza ancor più grande, fino agli ultimi gradi dell'annichilamento mentale, quelle reazioni che l'eredità rese istintive nella serie.

e. Il tacere dei bisogni generali (fame e sete, fatica, sessualità), che è dovuto a cause complesse da me rilevate nel Volume primo del *Manuale*, è ciò che origina anche il silenzio dell'attività cinetica nel demente; come l'aumento morboso del sentimento dello sforzo è il fattore precipuo dell'inattività angosciosa e del negativismo ostinato del melancolico.

f. Rispetto alla derivazione del tono sentimentale dal senso muscolare, CARLO FÉRÉ ha con molta opportunità insistito sul colorito pessimistico dato ai nostri sentimenti ed alle nostre idee dalla consapevolezza dell'impotenza motoria, e quindi volitiva, che è caratteristica dell'isterismo, dell'epilessia, delle psicopatie depressive, della stessa pazzia morale, e, in genere, d'ogni psicosi degenerativa. E influenza opposta, cioè in colorito ottimistico, ha certamente la coscienza di un potere motorio più agevole e più pronto, come si vede nelle psicopatie esaltate (mania) e nel primo stadio della paralisi generale. Quest'ultima, a lungo andare e per la lesione dei centri corticali, diventa una vera demenza psico-motoria, dove il pensiero non può più manifestarsi con nessuna delle sue espressioni motrici (WERNICKE, PIERRET).

g. Infine, per non anticipare la trattazione dei singoli fenomeni psicopatici che più innanzi farò, e per non estendermi di più in queste considerazioni generali, dirò che vi sono leggi della psicologia normale che lo stato di pazzia mostra solo ingigantite. Così la comparsa intermittente, spesso periodica, delle manifestazioni reattive (quali sarebbero certi gesti automatici ed atti incoercibili, certe oscillazioni spontanee dell'emotività, o certe alternative fra stati di depressione e di esaltamento), deve essere riguardata come un effetto del ritmo fisiologico d'innervazione, e quindi della legge di periodicità generale di tutta la vita psichica. Alla identica guisa la legge di com-

posizione degli stati mentali, che dal più semplice vanno al più complesso ed elevato per una catena indissolubile di integrazioni, ci porge la chiave di quel frequente associarsi di moti espressivi in sfere diversissime dell' ergasia, per cui da determinati atteggiamenti reflessi della fisonomia possiamo desumere nell'alienato la presenza di corrispondenti lesioni nella parte più alta dell'espressione, nel linguaggio, nella scrittura, nella condotta. Ecco perchè la contrazione spastica dei muscoli facciali che caratterizza il melancolico in angoscia, il catatonico e lo stupido, ci fa sospettare e prevedere lo scoppio di accessi impulsivi violenti; laddove la fisonomia apatica del demente ci indica anche la povertà generale delle sue estrinsecazioni volitive, e queste, a loro volta, ci portano a scoprire la miseria intellettuale e sentimentale in cui egli è caduto pei progressi della malattia.

5.° *Antropologici*. — Riunisco in questo gruppo tutti i fattori biologici e sociologici che, modificando in mille guise la personalità fisica e morale, costituiscono anche la più potente causa delle varietà individuali di espressione nella specie umana, tanto nello stato di salute, quanto in quello di malattia; e sono: — in primo luogo, il sesso, l'età, la costituzione ereditaria, il temperamento, lo stato di famiglia, la professione, l'educazione, le abitudini acquisite e le altre varianti dell'individuo; in secondo luogo, la razza, la nazionalità, la convivenza, la imitazione, i costumi, il grado di civiltà e di coltura, la vita urbana e rurale, e le altre consimili circostanze d' indole sociale.

Dimostrai altrove come da tutte queste influenze venga modificato il fenomeno demologico e individuale del suicidio (cfr. *Il suicidio*, Milano, 1879); ora, quest'atto, considerato in rapporto alla personalità umana secondo i concetti da me qui manifestati, si risolve in un fatto di espressione di stati psichici interiori. La stessa dimostrazione potrei ripetere, dunque, e forse in altro momento ripeterò, a riguardo della

pazzia e delle sue differenti manifestazioni. Anche nello stato di alienazione l'uomo conserva le caratteristiche fondamentali, congenite od acquisite, del proprio io: ed ecco perchè le espressioni, in cui si obbiettivano le anomalie e i disordini del sentimento dell'intelligenza e della volontà, non sono eguali nel pazzo e nella pazza, nel fanciullo e nell'adulto, nel giovane e nel vecchio, nel povero e nel ricco, nell'incolto e nell'educato, nell'operaio e nel prete, ed in via generica neppure nel cittadino e nel campagnuolo, nel barbaro e nell'incivilito, nell'Europeo e nell'Australiano. Ma qui non è luogo per dire di più, e d'altronde io mi rimetto a quanto scrissi intorno ai criterii anamnestici generali (nel Vol. I, Cap. II) e intorno alle variazioni della personalità (nel Vol. II, Cap. IV, sez. 1.ª); mi basta avere accennata l'esistenza di tutti codesti agenti modificatori dell'uomo, per far comprendere la necessità di non trascurarli nell'esame dei dati ejettivi della pazzia.

Così, per non lasciare senza esemplificazione questo punto speciale, l'alienista vedrà sempre divergenze assai significative nella fisonomia, nel contegno, nella parola, nella condotta della donna affetta da mania o da paranoia o da paralisi progressiva o da pazzia morale, in raffronto all'uomo affetto dalle medesime forme psicopatiche. Vedrà anche mantenuta nell'alienato di condizione sociale inferiore la abbondanza di gesti triviali, di frasi scucite, di delirii a base di pregiudizi popolari, mentre in quello delle classi superiori la alterazione della mente si rivelerà con un'esagerazione della rigidità convenzionale nel portamento, con un corredo più vario di parole e frasi imaginose, con concetti deliranti più complessi ed eleganti. Visitando Manicomii di paesi diversi sarà colpito dalla tumultuosa e spesso indisciplinabile ricchezza di espressioni mimiche, vocali e psicomotorie del turbolento Italiano, e dalla relativa parsimonia di gesti, di interjezioni, di atteggiamenti impulsivi del sempre flemmatico Olandese. E per ultimo, rispetto all'influenza dell'età, troverà esattamente riprodotte anche nell'alienato le leggi fisionomiche del MANTEGAZZA: — l'espressione del fanciullo è forte e povera di particolari; quella del giovane è forte, ricca, e soprattutto espansiva; quella dell'adulto è molto equilibrata, più ricca di particolari che forte, e si va facendo meno espansiva; quella

del vecchio è debole, incerta, molto concentrica. — Non abbiamo qui sintetizzata in formule concise e precise la sintomatologia ejettiva delle psicosi e psiconeurosi caratteristiche di ciascun periodo dell'esistenza?

76. **Forme assunte dall'espressione degli stati psicopatici.** — Volendo descrivere con un po' di metodo i dati ejettivi della pazzia, noi dovremmo adottare una classificazione che rispondesse, da un lato, ai principii fisiopsicologici cui fin qui mi sono attenuto, dall'altro alle necessità della pratica. Ma come il classificare i fenomeni naturali è difficilissimo in ogni ramo della scienza, così mi troverò costretto nelle parti ulteriori dell'opera a distribuire la materia secondo criterii misti, ora teoretici ed ora empirici, che io stesso per primo giudico manchevoli ed imperfetti. Ad ogni modo, pigliando le mosse da quanto dicemmo sulle diverse vie, per le quali può scaricarsi il movimento che sussegue ad una stimolazione psichica e ne è l'espressione percettibile, ho pensato di ordinare i sintomi ejettivi psicologici della pazzia nei gruppi seguenti, che cadono anche successivamente nel campo dell'osservazione clinica:

1.° l'aspetto dell'alienato, che comprende il suo esteriore, il contegno generale, gli atteggiamenti, la fisonomia, la mimica reflessa emotiva, e le altre circostanze estrinseche più appariscenti;

2.° il linguaggio, nelle sue varie forme di gesto, di voce articolata, di parola scritta e di figurazione; cioè la mimica intenzionale, la loquela, la scrittura e tutte le varietà del simbolismo ideografico (disegni, oggetti elaborati, ecc);

3.° la condotta, che si compone di tutti gli atti semplici o complessi, isolati o associati, volontarii od involontarii, diretti ad uno scopo intenzionale o anche inconscio, e il cui insieme ci rappresenta nel modo più genuino la obbiettivazione del carattere individuale e della personalità nelle sue relazioni coll'ambiente.

Dovremmo aggiungere un quarto gruppo di fenomeni espressivi, quello, cioè, dei cangiamenti reflessi o di reazione agli stati psichici nella sfera delle attività organiche o fisiologiche inferiori (circolo, respiro, ricambio materiale, sensibilità, motilità, ecc.), come rilevammo antecedentemente. Ma qui la psicologia normale e la patologica hanno un campo immenso quasi del tutto ignoto da scoprire, hanno un terreno quasi affatto vergine, che opportunamente coltivato porgerà loro inattesa dovizia di frutti; ma sarebbe prematuro, e sorpasserebbe l'intento pratico di questo *Manuale*, il dare qui più di un semplice accenno all'importanza futura di questa categoria di ricerche. Certo, fin da ora sappiamo, per esempio, che il vario esercitarsi dell'attività psichica (lavoro o riposo intellettuale, sonno o veglia, ecc.) cangia notevolmente il ricambio materiale dell'organismo, e sappiamo pure che nelle malattie nervose e mentali (isterismo, ipnotismo, mania, melancolia, stupore, ecc.) lo stesso ricambio si altera, come ce l'hanno rivelato le analisi delle urine (Byasson, Sülzer, Mairet, Mendel, Marro, Gilles, Voisin . . .); ma codesti effetti non hanno ancora per noi un significato *espressivo* nel senso psicologico: non ci dicono, cioè, di quali stati funzionali del cervello essi stessi siano un prodotto, un equivalente chimico-fisico. Pertanto è da supporre, nè si esce con ciò dai possibili limiti della sfera conoscitiva umana, che in un avvenire più o meno prossimo gli psicologi e gli alienisti arriveranno forse a investigarli con mezzi più potenti e perfetti degli attuali, e allora meglio se ne conoscerà il rapporto particolare coi singoli stati emotivi e rappresentativi.

Quanto ai gruppi di dati ejettivi da me suddistinti, si avvertirà com'essi corrispondano agli aspetti psico-fisiologici sotto cui P. Gratiolet, fisiologo e antropologo insigne, considerava l'espressione (*De la physionomie et des mouvements d'expression,* 1865): — il primo, del contegno, degli atteggiamenti mimici e della fisonomia, è specialmente collegato ai fenomeni di sensibilità o di sentimento, e costituisce la espressione *reflessa* o incosciente: il secondo, della condotta, rappresenta più direttamente i fenomeni di attuazione e volontà, e fornisce la espressione *diretta* o intenzionale cosciente, e quella *simpatica*: il terzo, del linguaggio, è in relazione coi

fenomeni di intelligenza, e ci dà la espressione *simbolica* degli stati psichici. Sentimento, intelligenza e volontà sono, in vero, il gran tripode sul quale si impernia tutta la vita mentale.

ARTICOLO II.

L'aspetto esterno dell'Alienato.

§. 1.

ESTERIORITÀ CARATTERISTICHE.

77. **Dissimiglianza generica dell'alienato per riguardo ai sani di mente.** — L'opinione volgare presuppone che la pazzia si manifesti sempre in modi grossolani e clamorosi, e che la semplice osservazione dell'aspetto di un individuo, che si suppone alterato di mente, basti alla diagnosi dei disordini indotti dalla malattia nella intelligenza e nel sentimento. L'origine di questo pregiudizio è legittima. In vero, si sa da tutti, per esperienza propria, che un processo effettuantesi nei centri si riverbera ovunque attraverso le vie nervose e affetta in un modo o nell'altro tutto l'organismo, facendo sì che le sue attività aumentino o decrescano: donde la naturale attesa che la pazzia, questo insolito e misterioso stato interno dell'animo, che in ogni tempo ha colpita l'imaginazione e fatto nascere le più curiose leggende, porti l'individuo a distinguersi sempre ed assolutamente da tutti i suoi simili. Ma chiunque visiti per la prima volta un Manicomio e vi cerchi la conferma di codesto preconcetto, non tarda a convincersi che esiste fra i pazzi una straordinaria varietà per rispetto al modo col quale il loro perturbamento

mentale si fa estrinseco e si obbietta in fenomeni accessibili all'osservatore (cfr. Vol. I, p. 28).

Certamente, vi sono molte forme di pazzia in cui tutto l'esteriore, l'atteggiamento generale, la fisonomia, l'abbigliamento, il contegno spontaneo di fronte agli estranei, caratterizzano e rivelano la condizione morbosa della personalità; ma ve n' han pure molte altre, in cui manca o sembra quasi mancare ad una prima ispezione ogni cangiamento esterno dell'individuo, e in cui il disordine o rimane nascosto nella vita psichica interiore, o si palesa solo a quando a quando nei movimenti espressivi, e soprattutto nella condotta. L'alienista, giungendo colla pratica a scernere ciò che vi è di vero, di esagerato e di erroneo nel pregiudizio che io accennavo, mira a scopo scientifico ben più alto: egli vuole scoprire in che modo e in quale misura siano alterati il sentimento, l'ideazione, la volontà; e per quanto nella diagnosi generica di pazzia si giovi assai della prima impressione che su di lui fanno i caratteri esterni e superficiali del soggetto, il suo esame tende ad analizzare parte per parte questa impressione, e a scomporla nei piccoli segni obbiettivi, pei quali si differenzia clinicamente ciascuna forma e varietà individuale psicopatica. Egli comincia, ad ogni modo, coll'osservare fin dal primo momento le esteriorità più appariscenti del suo ammalato, abbracciandole nel loro insieme e sintetizzandone il significato semiologico nel seguente giudizio: — *l'aspetto personale del soggetto è, o non è conforme alla media degli individui sani appartenenti al suo gruppo antropologico, e posti in condizioni d'ambiente consimili alle sue.* — Quando manca del tutto o parzialmente la ora indicata conformità, cioè quando esiste una dissimiglianza dal tipo normale, il giudizio diagnostico si conclude ammettendo nel soggetto l'esistenza del tipo morboso.

Avverto che qui si deve intendere gruppo « antropologico » nel suo senso più ampio e genuino: cioè nel senso di « varietà » di individui umani somiglianti nelle caratteristiche generali biologiche e sociologiche (razza, sesso, età, costituzione, condizione sociale, coltura, moralità, ecc.). La pazzia ha per l'appunto questo primo effetto, di rendere *dissimile* l'individuo riguardo ai suoi *simili;* e meglio lo vedremo parlando della condotta.

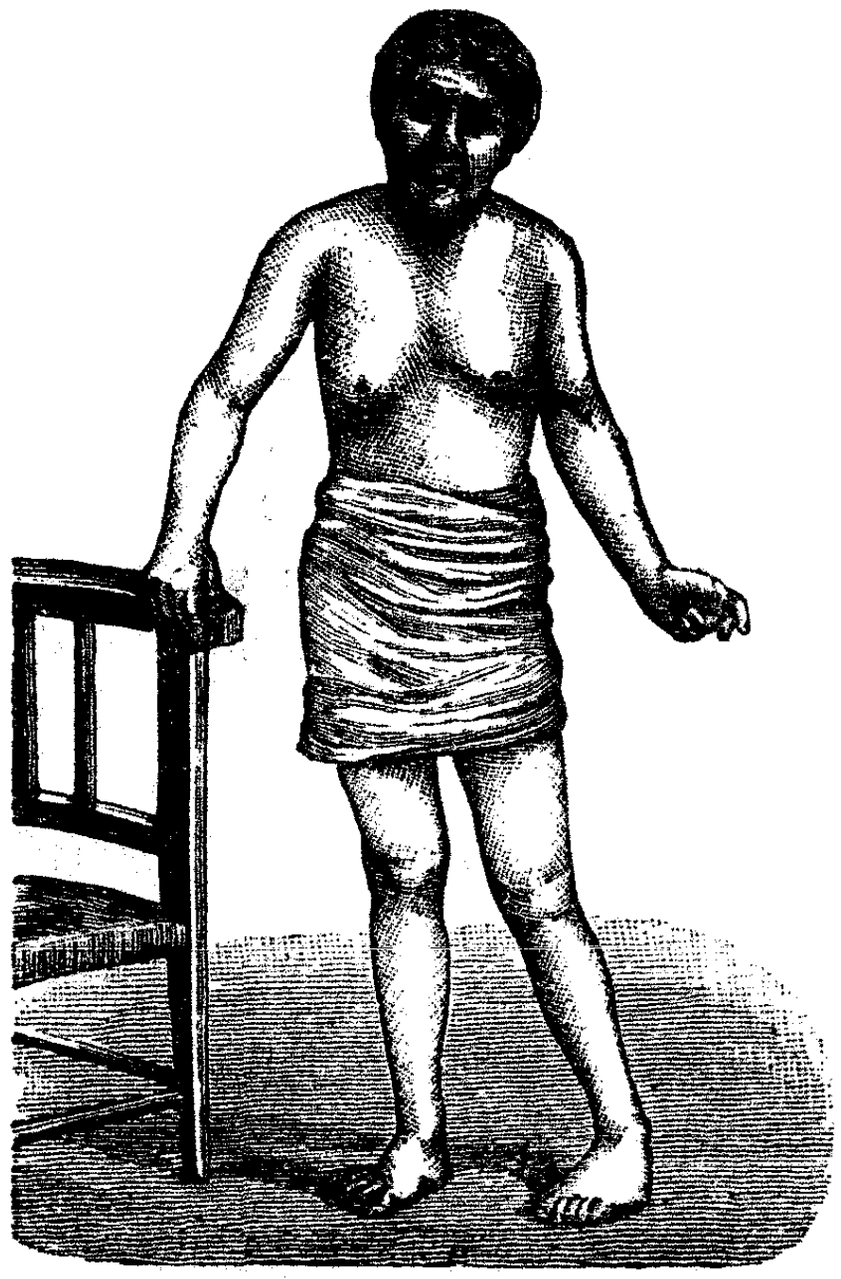


Fig. 72. — Idiotismo afasico, con piede varo equino, atetosi della mano e tic convulsivo facciale del lato sinistro (Da HIRT).

[La infermità fu causata da una polioencefalite (paralisi cerebrale infantile). Cominciò nell'infanzia con convulsioni, che ora sono scomparse e sostituite da accessi di agitazione impulsiva].

L'esistenza di un *tipo pazzesco*, o *alienato*, corrisponderebbe a quella dei diversi tipi espressivi morbosi descritti nei meno recenti trattati di nosografia e di patologia generale. I medici di una volta, non possedendo il ricco corredo dei nostri mezzi di indagine clinica, davano molto più importanza ai caratteri dell'abito esterno di quanto oggi si creda di poter fare; ed è per me evidente che i moderni sono in errore, quando parlano sprezzatamente di questa categoria di segni. Il fatto è che, in allora, nessuna manifestazione espressiva della malattia sfuggiva all'occhio sagace ed esperto del clinico, e la creazione di tipi morbosi generici rispondeva ad una osservazione più profonda dei dati morfologici, fisionomici e mimici. Checchè si dica, nelle affezioni del sistema nervoso, lente ed apiretiche, esiste sempre nell'abito esterno, nella espres-

sione, nel portamento dei malati, un aspetto particolare che ce li rende dissimili, e lo vediamo segnatamente in quelli che soffrono di malattie del cervello: donde la opportunità di creare un *tipo cerebrale* (Bouillaud), da mettere sulla stessa linea del tipo *cardiaco*, dell'*addominale*, dell'*epatico*, del *diabetico*, dell' *artritico*, del *febbrile-malarico*, ecc. Si può anzi distinguervi alcuni sottotipi, gli uni riferentisi all'acutirsi dei fenomeni morbosi, per esempio il *delirante*, il *convulsionario*, il *comatoso*, ecc.; gli altri, derivati in special modo dall'insieme dei caratteri esterni, sarebbero l'*idrocefalico*, l'*ipocondriaco*, l'*epilettico*, ecc.



Fig. 73. —Idiotismo, con emiatrofia di grado lieve, contrattura dell'arto superiore e tic convulsivo facciale del lato sinistro (Da Hirt).
[La malata ha ora 44 anni: fino ai 10 anni sofferse di convulsioni. Anche qui esistette un processo cerebrale infantile].

Se partiamo da questo punto di vista (e mi sembra che gli psichiatri, meno ancora dei neurologi e degli altri patologi, possano opporvisi), è innegabile che l'alienato si differenzia *in media* dal sano di mente nel portamento, nel contegno, nel modo di presentarsi, di gestire e di abbigliarsi, nell'espressione facciale degli stati interiori di coscienza, nel reagire agli stimoli percettivi, nell'agire in famiglia ed in società, e, in genere, nelle relazioni di adattamento all'ambiente (Ch. Mercier): dal che sorge la possibilità di creare un « tipo pazzesco ». La sua caratteristica *esteriore* più spiccata, la sua *dissimiglianza*, consisterebbe in ciò, che nei casi congeniti o dipendenti da un'anomalia di sviluppo psichico, la condotta

dell'individuo alienato (frenastenico o parafrenico) si informa a motivi diversi da quelli che regolano la condotta della maggioranza, ed in opposizione con le norme comuni ritenute necessarie per l'adattamento intrasociale, ossia non conformi a « ragione »; mentre nei casi acquisiti, dove si altera una personalità dapprima sana e bene sviluppata, la differenza tipica risulterebbe da una doppia sorgente di apprezzamenti comparativi, cioè dalla ora indicata che si riferisce ai rapporti dell'individuo con la media normale, e dalla analisi degli effetti successivi all'alterarsi della preesistente condotta personale (cfr. pag. 71).



Fig. 74. — Imbecillità da epilessia, con emiatrofia grave a sinistra, paralisi dell' arto superiore, contrattura in adduzione della mano (Da HIRT .

[La infermità fu causata da una polioencefalite. Le convulsioni epilettiche riapparvero a 17 anni, e portarono il malato, che ora ha 36 anni, ad un grado elevato di demenza].

Ma, checchè affermi il TARDE (*La Philosophie pénale*, 1890), la dissimiglianza prodotta dalla pazzia, in quanto disassimila ed aliena l'individuo rendendolo estraneo al suo ambiente ed al suo io, non è mai omogenea nè uniforme: essa è estremamente varia. Non si può, dunque, parlare d'un « tipo pazzesco » assoluto e generico: sarebbe un'astrazione fallace, come fallace è apparsa la esistenza di un « tipo delinquente » enunciata dalla nuova scuola nell'entusiasmo delle sue prime conquiste. Che anzi nel pazzo abbiamo elementi di dissimiglianza affatto speciali, che non troviamo nel delinquente; e basti, per tutti,

il frequente associarsi e fondersi della sintomatologia psichica con quella neurosica e neuropatica, giacchè la pazzia, massime acuta, resta solo rare volte isolata da disturbi delle funzioni inferiori di innervazione (senso, moto, trofismo). Questo fa sì che gli alienati offrono il più spesso una dissimiglianza, non semplicemente dovuta all'alterazione dei poteri psichici, ma complicata dal fondersi, e talora dal sovrapporsi dei caratteri esteriori dei varii tipi cerebrali con quelli del tipo pazzesco. Lo vediamo soprattutto nelle forme paralitiche, nelle psicosi tossiche, nelle demenze organiche e senili, in molte psiconeurosi con grave partecipazione dei centri psicomotorii, e nelle frenastenie derivate da processi morbosi infantili del cervello (fig. 72-75). Si aggiunga la presenza di note antropologiche o fisiche, le quali valgono anch'esse ad aumentare la particolarità dell'aspetto esteriore, e si vedrà che il tipo pazzesco è il prodotto sommario di elementi svariati, e cioè:



Fig. 75. — Epilessia e degenerazione psichica, con emiatrofia, atetosi e piede valgo a sinistra (HIRT).

[La malattia cominciò a 6 mesi con un insulto apoplettico », cui seguirono le convulsioni. Ha 29 anni, non è demente, ma sommamente irritabile, impulsivo e violento].

1.° *morfologici:* — malformazione del corpo in rapporto alla media tipica della razza, del sesso ed età; disarmonia e sviluppo non correlativo delle parti; stigmate di degenerazione, segnatamente rilevabili nella testa, nella faccia e negli apparati esterni di senso, dove si attuano di preferenza i reflessi e le reazioni di espressione;

2.° *patologici:* — lesioni trofiche dei tessuti esterni; stato dei vasi periferici e degli apparati organici in genere; alterazioni della motilità, fra cui sono a ricordare le paralisi, i tremiti, l'atassia, le contratture; e alterazioni della sensibilità, soprattutto dei sensi specifici della vista e dell'udito, del senso d'equilibrio e del muscolare;

3.° *fisio-psicologici*, — che sono quelli di natura propriamente espressiva, sui quali qui dobbiamo intrattenerci, rinviando per gli altri al primo Volume del *Manuale.*

A dimostrazione degli effetti complessi indotti nell'esteriore dei pazzi dalla presenza di fatti neuropatologici, ho creduto opportuno riprodurre alcune figure di idioti, imbecilli, ed epilettici affetti da gravi lesioni trofiche e motorie (cfr. HIRT, *Patol. e ter. delle Malattie nervose*, trad. ital. di Bonfigli e Tambroni, Dr. Fr. Vallardi edit., 1890): altre, di veri alienati e dementi, ne recherò più innanzi.

1.° Il primo e più appariscente fattore della dissimiglianza individuale dell'alienato è lo stato fisico del suo organismo. Molti pazzi sono somaticamente sani, e tali si rilevano in tutto il loro aspetto: ma ve n'è un buon numero, che in causa della stessa pazzia mostrano nell'esteriore le caratteristiche della sofferenza fisica. Trattandosi ora dell'esame psicologico, dobbiamo però escludere quelle dissimiglianze che possono dipendere da malattie accidentali (febbri, infezioni acute, ecc.), da effetti morbosi secondarii della pazzia (lipotimie, convulsioni, accessi apoplettiformi ed epilettiformi), o da predisponenti, oppure complicanti processi dei centri nervosi (encefalopatie, mielopatie, neurosi): il significato semiologico di esse spetta alla Patologia medica comune ed alla Neuropatologia. Ci limiteremo, dunque, ai fenomeni che strettamente si collegano alla alienazione mentale, e pertanto ai subbiettivi.

Non sarà difficile giudicare fin da principio se il pazzo è in condizione di benessere o di malessere. Il primo caso si avvera specialmente nella mania, nella

paranoia esaltata, nel delirio sistematizzato di grandezza, in certe demenze incomplete, nella paralisi progressiva in stadio di eccitazione, nell'imbecillità, nel periodo maniaco della pazzia circolare, in molti isterismi ed anche in talune epilessie: il secondo, nelle melancolie, nelle paranoie ipocondriache, nello stupore profondo, nel delirio acuto, nella paralisi generale avanzata, nella demenza senile, nell'alcoolismo cronico, nella epilessia ed isteria gravi.

Il colorito acceso o pallido della pelle, soprattutto del viso, lo sviluppo del pannicolo adiposo, la presenza o la mancanza di caratteri di senescenza (quali la canizie precoce, la calvizie, le rughe, l'arco senile della cornea), la normalità o il perturbamento delle funzioni vasomotorie, la positura abituale del corpo in stazione eretta e seduta oppure in decubito, l'andatura franca o la vacillante fino all'abbandono del corpo, lo sguardo mobile o lento e fisso, la voce alta o debole, la loquacità o il mutismo, la apparenza di forza o di stanchezza, la turgidità o la rilassattezza dei tessuti cutanei, la vivacità o la lentezza dei movimenti spontanei, l'aumento o la diminuzione del tono muscolare che si rivelano nel gesto rapido oppur misurato o deficiente, la cura o l'incuria della persona, la risolutezza o l'indecisione del contegno, l'attività o la tendenza al torpore: — ecco i dati ejettivi, il cui insieme dà origine ai nostri giudizii sintetici sullo stato buono o cattivo della altrui salute. In tutto ciò l'alienato non si differenzia dall'individuo sano di mente, giacchè si tratta sempre di effetti trofici complessi o parziali del ricambio materiale organico, e quindi del modo con cui si esercitano le attività di un sistema nervoso più o meno nutrito.

È cosa notoria che in tutte, o quasi tutte, le affezioni croniche o subcroniche del sistema nervoso i malati possono alzarsi, camminare e attendere più o meno alle loro occupazioni;

e questo non soltanto nelle neurosi così dette funzionali (epilessia, isterismo, corea, paralisi agitante, neurastenia), ma anche nelle affezioni a base anatomica conosciuta durante una fase abbastanza lunga del loro sviluppo (tabe dorsale, sclerosi multipla, mielopatie ed encefalopatie croniche, tumori del cervello, encefalomalacie da embolismo e trombosi, stati consecutivi all'apoplessia, neuropatie localizzate, ecc.). Quando è ammalato primitivamente il sistema nervoso, gli altri apparecchi dell'economia partecipano solo in via indiretta e mediata al processo patologico, e lo stato fisico del neuropatico può presentare obbiettivamente l' aspetto della più florida salute. Solo nelle profonde affezioni cerebrali e negli stadii avanzati delle malattie nervose compajono disturbi digestivi, respiratorî, circolatorî e secretorî: che anzi, la lentezza con cui procede il perturbamento generale della nutrizione è tale, che l'organismo sembra abituarvisi a poco a poco, e non v'è forse alcun'altra categoria di malati che ci presenti una emaciazione generale ed un marasmo così pronunciati, come quelli osservabili, ad esempio, nella tabe, nella mielite cronica, nelle atrofie muscolari progressive d'origine miopatica e mielopatica, negli isterismi gravi con cachessia, nelle sclerosi multiple, nella paralisi labio-glosso-faringea, ecc.

Gli stessi fenomeni distrofici, e forse ancor più accentuati, perchè svolgentisi spesso in modo lentissimamente progressivo, si osservano in alcune forme di alienazione mentale, nella melancolia grave allucinatoria e attonita, nella mania con furore incoercibile e con esito in esaurimento, nell' ultimo periodo delle psicopatie paralitiche, nel morfino-cocainismo, negli stadii terminali dell'epilessia, nel delirio acuto, nelle demenze senili e postapoplettiche, e generalmente in tutte le psiconeurosi e psicosi alle quali si accompagnano alterazioni dell' apparato digestivo, o dove si presenta quell'anoressia ostinata che giunge tante volte alla sitofobia, o dove si hanno lesioni croniche dei centri nervosi incaricati di regolare la funzione generale del trofismo, sia mediante i nervi trofici propriamente detti, sia mediante i nervi vasomotorii (corteccia cerebrale, midollo, simpatico). In codesti malati è ovvio che l'abito esterno rifletterà il malessere fisico avvertito più o meno dalla coscienza, il distrofismo dei tessuti e specialmente dell' adiposo e del

muscolare, l'esaurimento dei poteri vitali, la decadenza progressiva, più o meno rapida o lenta, dell'intero organismo. Ond'è che li vediamo sempre in positure di riposo, di abbandono e perfino di accasciamento, nella impossibilità di mantenersi in stazione eretta, e quindi costretti al decubito in letto od alla posizione seduta, con la fisonomia esprimente la sofferenza fisica (oltre a quanto vi si rispecchia dalla psiche alterata o inerte o in via di dissoluzione), con la mimica ridotta a movimenti automatici o a semplici reazioni dopo forti stimoli, con una scarsissima, e per ultimo perfin mancante spontaneità di manifestazioni volitive d'ogni specie. Se poi si aggiungono gli effetti che dipendono dal turbamento delle funzioni di sensibilità e di movimento per lesione degli apparecchi nervosi e del sistema muscolare, si comprenderà come taluni pazzi debbano offrircisi, anche al primo esame, non dissimili obbiettivamente da un malato od infermo comune.

Ma nella maggioranza dei casi, trattandosi di forme nelle quali mancano i disturbi organici, l'esteriore dell'alienato non indica alcun malessere fisico: anzi, talune volte, l'alterazione della personalità psichica vi si rivela, nella sua maggiore schiettezza, accompagnata dalla normalità più completa della vita vegetativa, e perfino da un'euforia eccezionale che influisce direttamente sul tono sentimentale, sul contenuto delle idee deliranti (di ricchezza, di potenza, di forza), e per conseguenza anche sulle manifestazioni espressive degli stati interiori. Sono questi gli individui che compongono la parte poco fluttuante della popolazione alienata di cui si ingombrano i Manicomî e le Case di salute; e sono questi i pazzi che possono vivere a lungo in seno alle famiglie ed alla società, o negli Asili, dando opera a lavori diversi, vacando più o meno correttamente a qualche ufficio, presentandosi sostanzialmente diversi dai veri e proprî malati di cui si occupa la Medicina. Egli è che la Psichiatria abbraccia forme le più differenti, che dai confini della salute fisica e psichica giungono sino ai limiti della estrema degradazione organica e mentale: donde la varietà enorme, indefinibile ed indescrivibile degli aspetti caratteristici assunti dal pazzo.

2.° Ma il fattore più importante della dissimiglianza, che l'alienista deve prendere di mira perchè in più diretta relazione collo scopo del suo esame, è l'indole particolare della psicopatia in rapporto all'espressione.

Se dalle cose dette appare inammissibile la creazione di un « tipo pazzesco generico », nel quale si assommino le parvenze esteriori determinate dalla pazzia, poichè queste sono troppo varie per potersi fondere in una media astratta, non è men vero che l'osservazione volgare e, più ancora, l'esperienza clinica dimostrano l'esistenza di alcuni tipi caratteristici, i quali stanno a significare stati sintomatici complessi legittimamente discernibili fra loro, e quindi meritevoli di speciale descrizione. Ciascuno di questi tipi si contraddistingue per la particolare forma assunta dai rapporti dell'individuo alienato coll'ambiente, sia nelle azioni determinate da stimoli interiori o psichici (idee o sentimenti), sia nelle reazioni a stimoli esteriori (impressioni sensitive e sensoriali). Noi dobbiamo considerare, infatti, la dissimiglianza offertaci dai pazzi rispetto ai sani come la sintesi di queste azioni e reazioni conturbate dalla malattia; e quindi avremo gradi e modalità differenti di dissimiglianza, secondochè esistono nell'individuo alterazioni dei poteri mentali per *difetto*, per *eccesso*, per *diminuzione*, per *abolizione*, per *pervertimento* e per *disassociazione*.

Nei successivi paragrafi studieremo una per una le varietà di queste dissimiglianze indotte dalla psicopatia: e cominceremo dalle più semplici, cioè da quelle che prime cadono sotto il nostro esame e si riferiscono al governo delle cose materiali circostanti, per passare poi alle più composte che riguardano la condotta etico-sociale dell'alienato.

78. **Vestito ed abbigliamento.** — I trattatisti consi-

derano per lo più gli indizi, che si ricavano dal modo di vestire degli alienati e dal loro abbigliamento, come indegni di figurare in un libro scientifico accanto agli altri segni obbiettivi della pazzia; ma anche tali indizî, quando siano raccolti con tatto ed apprezzati con metodo, possono acquistare un alto valore semiologico. L'impronta del disordine mentale, oltre che sulla fisonomia e sul contegno, si stampa anche sulle cose materiali usate dal pazzo, e segnatamente su quelle che, come il vestito, sembrano quasi immedesimarsi con la persona, soggiacciono più facilmente e prima d'ogni altra cosa alle conseguenze della sua condotta, e cadono d'un subito sotto l'osservazione.

Non vale il dire che questa fonte di dati ejettivi sia empirica e volgare, poichè, se la usiamo ogni giorno nei rapporti sociali per giudicare del carattere d'un individuo sano di mente, non è a stupire che l'alienista arrivi a trarne non rare volte qualche preziosa indicazione sulla diagnosi e sulla prognosi. Il senso comune, che è poi la sintesi delle esperienze individuali accumulate nella razza, è la guida dei nostri apprezzamenti nel primo caso: la convinzione più o meno confessata che quegli indizî ci sono stati spesso utilissimi nell'esercizio pratico dell'arte medica, è la base della nostra credenza nel loro significato sintomatologico. Non è certo nei grandi avvenimenti che si manifesta di buona regola la personalità umana, bensì nei piccoli tratti della vita quotidiana.

Quando ci troviamo per la prima volta di fronte ad un uomo che non conosciamo, la nostra attenzione si arresta sui particolari del suo abbigliamento, quasi volessimo trovarvi le traccie de' suoi sentimenti e de' suoi pensieri. Egli è che anche il vestiario ha per rispetto al carattere ed alla condotta dell'individuo una significanza simbolica: ogni sua parte, sia essa fondamentale, sia accessoria, ci rivela qualche cosa della personalità che ricopre. Non solo la forma degli abiti, la qualità e quantità degli ornamenti, il colore della stoffa, l'accuratezza dei dettagli, ci rivelano il grado di sviluppo del senso estetico, e ci indicano il concetto che chi li porta ha del pro-

prio io, ma il modo stesso con cui gli indumenti aderiscono al corpo di un uomo ci dà l'idea delle sue abitudini e tendenze. Dice giustamente il DUMONT che un vestito, quando è portato un certo numero di volte, si presta meglio alla conformazione del corpo, poichè anche la materia inorganica conserva, per così dire, la memoria dei proprî cangiamenti: una modificazione dei tessuti, che si ripete molte volte per le movenze e gli atteggiamenti mimici, finisce col divenire una condizione duratura dell'indumento, e assume il valore di un'impronta stabile delle abitudini, e quindi del carattere della persona.

D'altronde, il vestiario è uno dei tratti più caratteristici della convivenza umana, uno dei tanti mezzi materiali in cui l'uomo ha saputo imprimere la propria superiorità sugli altri esseri, per quanto l'istinto di coprirsi, di adornarsi e di mascherarsi non appartenga solo alla nostra specie e si mostri in molti animali inferiori (il *Pagurus* fra i Crostacei, — la *Phrygania*, il *Leptocerus*, la mosca d'oro o *Hemerobius*, fra gli Insetti, ecc.). Dagli abiti e dagli ornamenti l'etnografo sa distinguere il grado di civiltà cui è giunta una razza. Questo è l'effetto naturale della lunga evoluzione, che ha avuto nelle diverse razze umane il soddisfacimento del bisogno di adornarsi e di coprirsi la persona. Dagli studî di etnografia comparata e preistorica sembra accertato che in molti popoli il desiderio degli ornamenti ha preceduto lo sviluppo del sentimento del pudore, ed è anche probabile, per quanto ciò sembri strano a noi Europei, che la difesa del corpo contro le intemperie ha dato origine alle vesti molto tempo dopo la scoperta del tatuaggio. Più tardi la civiltà fece del vestiario una caratteristica importantissima dei varî gruppi etnici e sociali, e ne fuse insieme i tre scopi, che sono il pudore, la ornamentazione, la tutela dagli agenti esterni: di più, essa diede alle diverse modalità di forma, colore e stoffa degli indumenti un valore convenzionale, che è in rapporto coll'istinto di imitazione e con le svariate esigenze del vivere civile. Con ciò viene spiegato il fatto che la dissoluzione o la incompleta ed anomala formazione della personalità si manifesti anche con una trascuranza od un'esagerazione degli usi relativi al vestiario, e non di rado con un ritorno (atavico) alle condizioni dei popoli selvaggi.

1. In molti pazzi il disordine della mente si rivela nel disordine e nella sporcizia degli abiti: essi, in fatti, fino dalle prime fasi della malattia trascurano le norme più comuni della moda, della convenienza e della pulitezza, dirigono contro le diverse parti del vestiario i loro impulsi distruttivi, si presentano laceri, sudici, malamente ricoperti e riparati. Quando una psiconeurosi semplice accenna a farsi più grave, o quando una forma acuta minaccia di rendersi cronica e di trasformarsi in demenza, l'alienista sà trarre il più delle volte un prognostico funesto dalla trascuratezza con cui il malato si veste e si abbiglia, e dalla perdita delle abitudini civili di nettezza.

Ciascuna forma di pazzia sembra avere caratteristiche particolari anche in questo lato estrinseco e superficiale della condotta.

α) Il disordine del vestiario è tipico, quasi patognomonico, nella mania con furore; gli abiti del maniaco sono gualciti, stazzonati, pieni di strappi, spesso a sbrindelli, cogli orli filacciosi, coi soppanni strappati, con lunghe macchie di untume, senza bottoni, talvolta senza maniche e pistagne; il panciotto e la camicia tenuti aperti lasciano vedere il petto; le vesti discinte vengono trascinate sul pavimento, ed hanno le falde inzuppate di sporcizia; i capelli arruffati, lordi di polvere, spesso anche bagnati con ogni sorta di liquidi, ci indicano che da lungo tempo non furono ravviati da nessun pettine (vedi Tav. I[a]). Nella melanconia, più del vero disordine, prevale invece la trascuratezza dei dettagli di eleganza e di pulitezza: in causa del suo stato di cordoglio e di ipobulia, il malato è divenuto indifferente a ciò che costituiva prima una delle sue cure quotidiane: molti melancolici, invitati ad abbigliarsi e a ripulirsi, dicono che « non ne sono più degni ». Il lipemaniaco attonito e lo stupido, le cui parti del corpo sono immobili e rigide, e che non sono più capaci di movimenti intenzionati e coordinati, devono essere spogliati e rivestiti dai parenti e dagli infermieri: essi si presentano per ciò con le vesti malamente adese alla persona, colle maniche appena infilate e

coi pantaloni non aggiustati, che alcuni con un moto automatico delle mani cercano di sostenere attorno ai fianchi. L'idiota ed il demente apatico portano gli abiti in modo goffo e grossolano, non annodano i legaccioli, lasciano slabbrare le calze dalle scarpe, camminano strisciando tutta la suola sul terreno; essi si mostrano come infagottati nelle loro vesti, spesso ricoperti d'ogni sorta di luridumi. Quando vi è sialorrea, come non raramente succede nell'idiotismo, nello stupore, nella demenza, la saliva che scola continuamente dalle labbra del pazzo gli bagna a larghe chiazze il petto, il ventre e le ginocchia, nè desso se ne dà per inteso. Altri si compiace di sputarsi sugli abiti e di lordarsi con l'urina, col muco nasale, col sangue mestruo: ed è segno empirico non spregevole della natura degenerativa della psicosi (forme cicliche, isteriche, ebefreniche, puerperali, ecc.).

β) Il consumo, che certi alienati fanno dei loro indumenti, è incredibile, e causa notevoli spese alle famiglie ed alle Amministrazioni ospedaliere: in ciò essi s'assomigliano a quei fanciulli caparbî, che strusciano e logorano i vestiti in un momento. Ma l'incuria non basta: talvolta il pazzo ha un vero odio contro ogni specie di vestimento, e distrugge tutto ciò che gli venga posto addosso. Il maniaco, il melancolico ansioso, il demente agitato, il paralitico in accesso, l'imbecille, sarebbero molto spesso coperti appena di cenci o addirittura del tutto ignudi, se non si combattesse questa loro tendenza distruttiva con opportuni mezzi di coercizione, oppure facendo loro indossare vesti di forma speciale, fatte con istoffe molto robuste e guarnite con orlature in pelle. Bisogna però dire che la proporzione di questi alienati « distruttori » è notevolmente diminuita nei Manicomî moderni, dopo che si sono migliorate in senso più umano e scientifico le norme di assistenza e di cura delle malattie mentali. Intanto, questa tendenza dei pazzi alla nudità, oltre ad indicare una profonda anestesia del senso termico per la quale essi diventano insensibili al rigore delle intemperie, ha anche un significato atavistico, perchè dipende dalla perdita del sentimento del pudore che in causa della lunga educazione morale è divenuto istintivo negli individui di razza elevata.

γ) Stante la poca nettezza degli abiti e l'abborrimento

dei lavacri personali, certi alienati tramandano un odore nauseabondo, penetrante, ircino, che ricorda quello del becco e dei mammiferi rosicchianti. Si è detto che questo olezzo poco gradito fosse caratteristico dello stato di pazzia e dipendesse da uno speciale perturbamento d'innervazione delle ghiandole cutanee (aumento degli acidi grassi del sudore, perspirazione di urea?); ma senza escludere che in rarissimi casi possa accadere nei pazzi quello che accade in certe isteriche, si ricordi che colla pulizia e coi bagni è scomparso dalle aule e dai dormitorî degli Asili migliori l'antico caratteristico lezzo che tutti li ammorbava (Cfr. Vol. I, p. 194).

Più significante, sotto il punto di vista diagnostico, è l'odore urinoso che emana dai melancolici attoniti, dagli stupidi, dai dementi, dagli idioti, e segnatamente dai paralitici: esso è l'indizio d'una perdita inconscia delle dejezioni, oppure di una incontinenza delle urine e delle feci per paralisi degli sfinteri, e quindi per lesione del centro ano-spinale e del vescico-spinale di Budge, situati nell'uomo all'estremità sacrale del midollo, forse in corrispondenza del nucleo dello Stilling.

2. L'alienista deve por mente anche agli accessorî del vestiario, poichè alcuni, come gli *ornamenti*, stanno ad indicare una vanità eccessiva, un alto e morboso sentimento di sè stesso (autofilia) od un'esaltazione delle tendenze sessuali (erotomania), e altri invece, come gli *emblemi*, possono rappresentare in forma simbolica le idee ed i sentimenti che predominano nel pazzo, e così guidarci alla scoperta d'un delirio sistematizzato con trasformazione della personalità (metabolismo della megalomania).

α) Fra gli ornamenti, che i pazzi spontaneamente aggiungono al loro vestire, sono a ricordare prima di tutto i fiori, i nastri, i galani, ed, in genere, gli oggetti di cui si acconciano gli erotomaniaci. Nell'ipomania con lieve sovreccitazione del tono sentimentale, nella paralisi durante la effervescenza ideativa, negli stadî così detti « ragionanti » delle pazzie periodiche, soprattutto isteriche (o mestruali), in certe

demenze agitate ed incoerenti succedute a manie protratte, il vestiario rivela spesso un'ostentata ricercatezza di dettagli ed una grottesca pretesa all'eleganza, che fa poi strano contrasto con la poca pulizia degli abiti e della persona. Il maniaco ed il paralitico, che si sentono esaltati e per ciò si *credono* forti ricchi e potenti, e vogliono in qualche modo mettere in mostra queste loro qualità e capacità, si adornano con tutto quanto capita loro in mano, si ricamano con fili bianchi gli orli della giacca, aggiungono penne e pezzetti di carta colorata ai loro berretti (figura 76). Quanto ai colori il pazzo predilige di regola i fondamentali e i più vistosi, ad esempio il rosso ed il giallo, rivelandoci anche qui la sopravvivenza o il ritorno atavico di sentimenti estetici grossolani. Nei Manicomî gli alienati si fabbricano oggetti ornamentali, che pur essi ricordano atavicamente quelli tanto cari ai popoli inferiori e all'uomo primitivo. Posseggo una ricca collezione di questi nonnulla, nei quali si scapriccia la vanità dei paranoici megalomaniaci, dei dementi incompleti, degli epilettici, delle isteriche e maniache affette da erotismo. Sono bagattelle senza valore intrinseco, ma preziose sotto il riguardo psicologico,



Fig. 76 — Paranoia (psicosi sistematica) con delirio cronico di persecuzione e grandezza.

[Il malato, che si trova in completa fase metabolica (cangiamento della personalità), si crede un grande personaggio, imperatore, generale, messia, chiamato ad operare mirabolanti riforme politico-sociali. Gli ornamenti, le medaglie, le orlature sono in carta e strisce di panno bianco incollate e cucite sugli abiti].

poichè mostrano che in ogni condizione mentale, come in ogni stadio della civiltà, la passione degli ornamenti è istintiva nell'uomo; sono anelli ricavati in un collo di bottiglia, catenelle formate di pezzetti o noduli di legno, frangie e nappettine composte di sbrindelli, spille e buccole fatte con pezzetti di bicchieri o di piatti, diademi di latta e di similoro, nastri adorni di cannutiglie, di margheritine, di stellette di carta dorata, spadine e fermagli in osso, vezzi, fronzoli, finimenti e gingilli di tutte le sostanze e di tutti i colori, coi quali i ricoverati e le ricoverate si agghindano e si raffazzonano alla meglio, come permette la loro infelice condizione. Ma questo avviene negli Asili, come a un di presso avviene nelle Carceri, nei Penitenziarî, negli Ospizî, dovunque l'uomo privato della libertà, o ridotto a vivere sotto una disciplina accomunatrice, porta pur sempre con sè le proprie tendenze ed abitudini, le proprie passioni. In certi pazzi vi è di caratteristico soltanto la credenza, che quegli oggetti miseri ed informi possano agli occhi altrui raffigurare la illusoria loro condizione o il nuovo personaggio in cui si imaginano trasformati: ciò vuol dire che, oltre al valore ornamentale, essi attribuiscono anche un valore allegorico ai ciarpami ed alle bazzecole di cui vanno pomposi.

β) Ecco perchè, sotto il riguardo semiologico, sono assai più importanti gli emblemi di cui si adornano i malati di mente, sebbene essi indichino sempre, come osserva il Buckill, un periodo avanzato della malattia e non si presentino mai nei primordî di essa. Così il maniaco e il demente con delirio sistematizzato secondario possono fare uso di varî mezzi ornamentali per simbolizzare l'alto concetto che essi hanno della propria forza fisica e morale: così l'epilettico, che prima o dopo l'accesso ha una effervescenza di sentimento religioso, la rivela colla predilezione per le imagini sacre e gli oggetti di culto: così anche il paralitico può a modo suo raffigurare le fantasmagoriche ricchezze e la potenza paradossale in cui si bea la sua povera mente. Ma di tutti gli alienati il più amante degli emblemi è il paranoico, quando è arrivato alla fase metabolica del delirio, cioè alla trasformazione del sentimento di personalità (fig. 76): si può affermare che dal punto di vista del diagnostico il valore di questi simboli materiali

sta alla pari con quello dei neologismi (TANZI). Gli emblemi, in cui si estrinseca la paranoia, sono in relazione diretta col contenuto del delirio: ne abbiamo quindi dei *vanitosi* o *superbi*, degli *erotici*, dei *religiosi*, e pur anche dei *persecutori*: mi avvenne rarissimamente osservarne degli *ipocondriaci*.

Certo, nella clientela privata è difficile che si veggano alienati coperti di simboli fantastici, di decorazioni carnevalesche, di medaglie e di galloni, di oggetti strani ed enigmatici, o travestiti da generali, da re ed imperatori, da papi, da apostoli e da martiri, come si andavano una volta ad ammirare e a deridere nei Manicomî: e dico una volta, poichè oggi, fortunatamente, un indirizzo più scientifico e serio della Psichiatria impedisce al ricoverato l'uso di tutto ciò che può in qualche modo alimentare il suo delirio. Tuttavia, anche in seno alle famiglie, sebbene in casi rarissimi, il paranoico può nella evoluzione della psicosi giungere a quello stadio in cui vi è la tendenza ad allegorizzare il delirio nell'ornamento e nell'oggetto usuale. I così detti « mattoidi », che vivono in libertà e che in ogni paese danno di sè curioso spettacolo per la forma eccentrica del vestiario e pei simboli di cui si pompeggiano, altro non sono che deliranti sistematici o paranoici in una fase più o meno abortiva: come esempî notissimi in tutta Italia citerò il Bosisio di Lodi, Tito Livio Cianchettini di Milano, lo Zini di Modena, Davide Lazzaretti il riformatore religioso del Monte-Amiata, X. Y. detto *Baroleno I. re dei re* di Torino, il « Messia degli Abruzzi », ecc. (Cfr. LOMBROSO, *L'Uomo di genio*, V^a^ ediz.).

7) Del tatuaggio fu già discorso nel Volume I di quest'opera, quando si trattò dell'esame della cute (p. 166). Anch'esso può avere due scopi: uno esclusivamente ornamentale, ed uno simbolico. Ma nell'una e nell'altra forma il tatuaggio si osserva assai di rado negli alienati: tutto al più nei pazzi criminali, negli epilettici e in qualche paranoico con pervertimento del senso morale (fig. 77). Anche recluso nei Manicomî il pazzo non ha quella tendenza a tatuarsi che il delinquente contrae negli ozii corruttori delle Carceri. Il più spesso i tatuaggi che si veggono nei pazzi sono anteriori alla malattia, e cioè o di carattere professionale (marinaj, soldati, prostitute), o praticati durante il pellegrinaggio a qualche

Santuario, come sarebbero quelli di Loreto nelle Marche o di Montenero in Toscana (fig. 78). Ho visto due melancolici con delirio religioso prodursi volontariamente sulla pelle profondi tatuaggi cicatriciali, precisamente come praticano i Neri, i Neo-Zelandesi e i Melanesiani. E in un pazzo morale ho visto *settantadue* cicatrici rotonde, simmetricamente disposte sulle



Fig. 77. — Tatuaggio politico (1) ed osceno (2) d'un delinquente [pazzo morale].
[RF, Repubblica Francese].

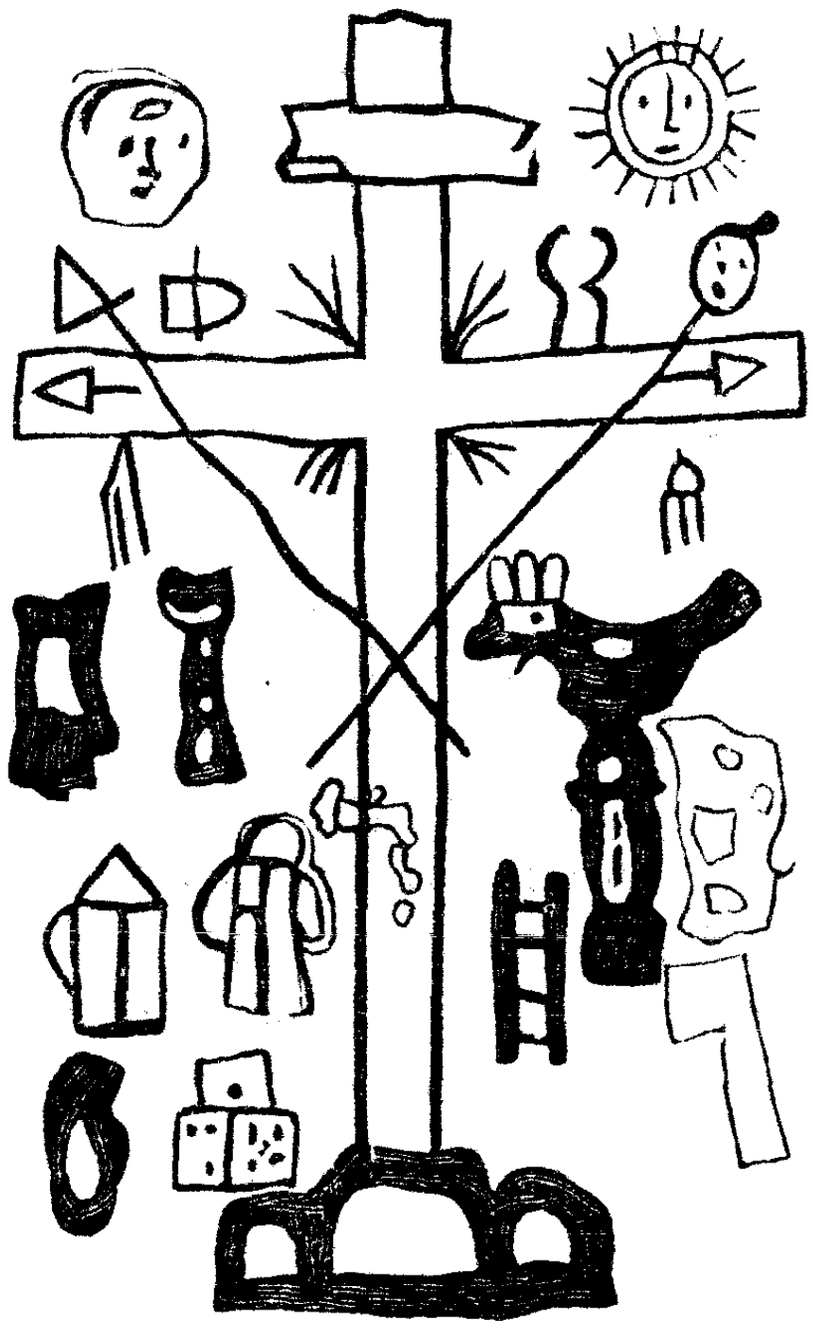


Fig. 78. — Tatuaggio religioso sul braccio di un contadino delle Marche [eseguito al Santuario di Loreto]

coscie, sul ventre e persino sugli organi genitali, ottenute colla bragia di un sigaro: questo fatto ricorda le dolorosissime bruciature cui, a scopo di vanità o come a rito di iniziazione, si assoggettano i Negri del Gabon e Ogouè, i Papua e i Negritos.

δ] Alcune volte è l'acconciatura dei capelli che arresta la nostra attenzione, poichè vi scorgiamo allegoricamente indicato il delirio. Quando un'alienata ci viene davanti con una pettinatura a mo' di diadema, dove i capelli formano un

batuffolo altissimo sul bregma, o con una pettinatura presuntuosamente disposta a rocchî, a riccioloni, o a treccie bizzarramente attorcigliate, possiamo già indovinare una paranoia orgogliosa. L' erotomaniaca ci presenta, invece, una predilezione singolare per le ciocche posticcie, per le scriminature accurate, per i pendoni alle tempie, per le acconciature di fiori, ed al mattino porta i capelli attorno alla fronte tenuti su da forcine o diavoletti perchè restino arricciati. Il paranoico orgoglioso porta talvolta una lunga zazzera che serve a distinguerlo dalla « comune dei mortali » ed è emblema della sua personalità superiore (fig. 79, e Tav. VIII[a]). L' invertito sessuale acconcia i capelli secondo intenti anomali di seduzione, cioè prende un esteriore femmineo o virile.

79. **Particolarità circostanti.** — Un'altra serie di dati empirici, sostanzialmente simile alla precedente per il suo valore semiologico, soprattutto in relazione ai delirii ed alle tendenze morbose, ci viene fornita talvolta da particolarità materiali circostanti al pazzo di cui intraprendiamo lo studio clinico.

A] Possiamo trarre, prima di tutto, indizî diagnostici dagli oggetti usuali, che l'alienato predilige e porta spesso con sè (ad esempio le *collezioni*), e da quei più numerosi e svariati prodotti materiali, nella cui elaborazione egli spende la propria attività, e coi quali di sovente viene espressa e simboleggiata la parte più intima ed importante del suo disturbo intellettuale ed affettivo (ad es. gli *scritti*, i *manufatti*, ecc.).

α) La varietà degli oggetti, di cui può far uso abituale un pazzo in quanto essi si collegano col suo delirio o co' suoi impulsi, è così grande che mi è impossibile stabilire qui il significato semiologico di tutti. Come un fiore fra i capelli e un cencio rosso fiammante sul seno ci danno sempre l'idea della gajezza congiunta all'eccitazione sessuale (mania, erotomania), così un emblema qualsiasi appiccicato all' abito, un mazzo di penne sul berretto, ci rivelano un esagerato sentimento di sè, e nel più dei casi un delirio di grandezza (pa-

ranoia superba). Una forbice, una corda, un pezzo di vetro, fraudolentemente celati fra le vesti, ci mettono in sull'avviso, e ci fanno pensare agli impulsi suicidi ed omicidi (melancolia, frenosi isterica, epilessia, pazzia morale). Un libro di preghiere fra le mani, un rosario, un crocifisso, un qualsiasi altro oggetto di culto, ci portano a diagnosticare un'esaltazione del sentimento religioso (melancolia), fors'anco un delirio sistematizzato di questa natura (paranoia religiosa). Un rotolo di manoscritti portato sempre con sè, o un fascicolo informe di annotazioni involto in un cencio od in un fazzoletto, sono indizio di quella « grafomania » che caratterizza non soltanto i così detti mattoidi, ma tutti i paranoici in genere, molti deliranti e dementi cronici, non pochi maniaci, e pur anche certi epilettici e paralitici: però una diagnosi differenziale fra queste forme così diverse si può fare soltanto con la ispezione dei caratteri intrinseci di questi loro manoscritti, come più avanti vedremo parlando della scrittura.

β) In tutti i Manicomî si trovano ricoverati che possedendo qualche abilità tecnica professionale (ebanisti, intagliatori, operaj meccanici, cartonaj, calligrafi, pittori, ecc.) consumano il loro tempo nella costruzione di oggetti d'indole svariata, che offrono, come gli ornamenti di cui parlai, curiosissime analogie tanto con i manufatti dei detenuti delle carceri, quanto cogli utensili dell'uomo preistorico e dei popoli selvaggi. Parlo, s'intende, dei prodotti spontanei, non di quelli che escono dalle officine oggidì esistenti in tutti gli Asili bene organizzati e dove viene largamente utilizzata nel lavoro industriale la operosità dei pazzi tranquilli. Anche di questi prodotti dell'industria e della tecnica pazzesca posseggo una ricca e svariata collezione, dove si trova un po' di tutto: scatole, pipe, porta-fiammiferi, istrumenti musicali, scacchiere, sottocoppe, porta-orologi, cornici, panieri, bottiglie impagliate, armi insidiose, trincetti, utensili per traforare, per segare e per limare, ecc., ecc.

Il confronto della tecnica usata dai pazzi in questa elaborazione delle materie prime con quella usata dai popoli inferiori, ci rivela un completo ritorno alle fasi primitive della industria umana. L' « utensile » ha avuto, invero, un ufficio importantissimo nell'evoluzione psichica dell'uomo, poichè gli

servì per pensare agli effetti prodotti dalla sua energia sulle cose, e per questo mezzo gli diede la coscienza di sè stesso (cfr. NOIRÈ L., *Das Werkzeug*, Magonza, 1880): il processo involutivo della tecnica è, adunque, un effetto di quello pure involutivo, ma più generico, della attività cosciente. Però il significato semiologico di questi prodotti e della tecnologia pazzesca non risiede, a parer mio, nella rozzezza della materia prima e nella grossolanità del lavoro, le quali chiaramente dipendono dalla mancanza di mezzi adatti; e neppure penso che l'elaborazione di sì fatti oggetti sia sempre indizio di una pretesa « genialità » dei pazzi. Bisogna distinguere con cura ciò che risulta direttamente dal disordine mentale, da ciò che si può spiegare con la professione anteriore dei ricoverati, oppure con la istruzione che loro si imparte nelle officine dei Manicomî. Supporre che la pazzia sviluppi sentimenti estetici ed abilità tecniche che prima non esistevano, è un assurdo: tutt'al più si terrà conto che l'ozio della sequestrazione accresce nei pazzi, come nei delinquenti privati della libertà, le naturali attitudini meccaniche dell'uomo civile. Dirò anzi che questa considerazione vale anche per i prodotti letterarî e pseudo-scientifici dei pazzi, nei quali certuni vogliono trovare un'analogia con le creazioni e le scoperte del genio (?), mentre il bello ed il buono che vi si può trovare è la manifestazione delle conoscenze preesistenti, e tutto quello, che alla pazzia strettamente pertiene, appare sempre bizzarro, eccentrico, paradossale, e *socialmente inutile*.

Tutto ciò che la psicopatologia può ricercare, pertanto, nei manufatti degli alienati è il loro significato simbolico, è l'ideografia del disordine intellettivo, del delirio, dell'affetto morboso, e ne vedremo più innanzi le ragioni. Qui contentiamoci di rilevare, sotto tale riguardo, un'altra analogia atavica dell'industria spontanea pazzesca con la forma primordiale della tecnologia, la quale comincia sempre con l'essere fisico-teologica, cioè commista con idee mitiche e dominata da un simbolismo speciale, e solo più tardi, superata la fase del privilegio di casta o di corporazione, assume il carattere fisico-industriale (Cfr. ESPINAS, « Revue philosophique », Vol. XXX, 1890).

γ) Un'attenzione speciale meritano le raccolte di cui certi pazzi si sovraccaricano, empiendosene le tasche, le fodere

degli abiti, il seno. La *mania delle collezioni* è una delle tante forme che può assumere la psicosi ereditaria: alcuni dei collezionisti perseveranti di oggetti poco meno che ridicoli mostrano le stigmate della degenerazione, e possono equiparsi ai degenerati antivivisezionisti, spiritisti, teosofi, insomma ai semi-pazzi di cui parlai in altro paragrafo (Vol. II, p. 66). Altre volte è un istinto morboso, incoercibile, che spinge il pazzo ad appropriarsi tutto ciò che trova, anche se gli oggetti rubati non hanno per lui verun prezzo, nè alcuna utile applicazione (*cleptomania*): è un sintomo non infrequente nelle psicosi degenerative, nella pazzia della gravidanza, nelle forme periodiche ragionanti, nella paralisi progressiva, nella mania, nella epilessia. I sassolini, i cenci, i frantumi d'ogni sorta, i frammenti di carta, i fili di erba, di cui fanno incetta certi pazzi, sono quasi sempre indizio prognostico non lieto: queste raccolte dinotano, in fatti, o una lesione permanente del processo percettivo (illusioni, per cui il pazzo scambia le apparenze esterne delle cose), oppure un indebolimento dell'intelligenza (errore di raziocinio); ed ecco perchè le si veggono così spesso indosso ai maniaci che si incamminano allo stadio cronico, ai dementi, ai paralitici e agli imbecilli.

B] In ultimo, nella residenza del malato di mente l'alienista scorge molte volte le traccie, non solo della pazzia in genere, ma altresì della particolare forma assunta dal disordine mentale. Se è vero che noi siamo in parte il prodotto del nostro ambiente, è pur vero che ciascuno di noi reagisce su di esso e cerca adattarlo ai proprî bisogni ed alle proprie tendenze; per sì fatto motivo, sulle persone e sulle cose, che circondano il malato, si ripercuote il cangiamento avvenuto nel suo modo di sentire, nel suo carattere, nella intensità delle sue reazioni, nella sua condotta.

I dati desunti dalle circostanze di ambiente variano a seconda che il pazzo è esaminato in libertà o nel Manicomio. Nel Vol. I parlai dell'ambiente domestico come di uno dei fattori della personalità normale, e accennai anche al-

l'azione sua nello sviluppo e nei sintomi della malattia mentale: dovrei ora parlare della reazione operata dai varî pazzi su di esso, reazione di cui l'alienista deve investigare gli effetti, ma quanto dirò altrove sulla condotta e sugli impulsi mi obbliga di qui essere breve.

Il Bucknill, col suo fino senso pratico inglese, nota giustamente che fin dal primo entrare nella casa d'un nuovo cliente l'attenzione del medico è colpita da una folla di piccole circostanze, che gli attestano la presenza di un pazzo e gli fanno prevedere a un di presso quale ne sarà la condizione morbosa. Però le informazioni ed il contegno dei parenti ed amici servono spesso più a deviare che a dirigere il diagnostico, poichè essi sono di regola assai più costernati nei casi in cui esista un esaltamento mentale, o quando il pazzo abbia avuto qualche impulso, che non quando si abbiano forme gravissime dipendenti da lesioni organiche dei centri nervosi. Nell'opinione volgare la pazzia « tranquilla » è sempre meno allarmante della « furiosa », mentre l'alienista sa che è forse più conforme al vero l'opinione contraria. Ad esempio, la paralisi progressiva è ben di raro compresa dalle famiglie, e la diagnosi dell' alienista arriva loro, nove volte su dieci, come affatto nuova o inaspettata.

Ad ogni modo, siccome il pazzo anche tranquillo e depresso è poco amante dell'ordine e della nettezza, il suo stato si riflette spesso sugli arredi della camera. Dove soggiornano un maniaco, un paralitico, un'isterica, gli oggetti sono fuori di posto, disordinati, frantumati; e questo basta ad indicarci uno stato di agitazione ed impulsi distruttivi. Dove entrando vediamo imagini sacre, candele accese, e simili oggetti, possiamo indovinare una melancolia con idee religiose, oppure una pazzia epilettica. Così le decorazioni bizzarre alle pareti e la presenza di emblemi consimili a quelli da me ricordati, parlano in favore di un delirio di grandezza, quale può svolgersi nella mania, nella paranoia e nella paralisi progressiva. La porta barricata o appuntellata da stanghe per di dentro, le imposte delle finestre accuratamente chiuse e munite di contrafforti, e la resistenza del pazzo a lasciarci entrare nella sua camera col pretesto che gli siamo sconosciuti, costituiscono spesso buoni indizî per diagnosticare

d'un subito, o un episodio allucinatorio d'un delirio paranoico di persecuzione, oppure una melancolia col suo tipico ostinato *negativismo*.

Quando il pazzo sia esaminato in letto, vi è pure da trarre partito da certi piccoli segni, che sembrano, ma non sono niente affatto spregevoli per le ulteriori induzioni diagnostiche e curative. Così si veggono sulle lenzuola, sulle coltri, sui cortinaggi le traccie del disordine caratteristico del maniaco, o della trascuratezza incosciente dello stupido e del demente, o della luridità del paralitico in istadio avanzato.

Tutto questo, che ha un indubitabile per quanto empirico valore nella pratica privata, è assai meno evidente nei Manicomî, dove una disciplina severa impedisce lo sperpero e lo spostamento degli oggetti materiali, e dove non si lascia libero corso ai capricci, agli impulsi ed alle manifestazioni deliranti. Non di meno la reazione del pazzo sul « mezzo » si rivela anche nello stato d'isolamento; tanto è vero che ciascuna parte di un Asilo dev'essere tecnicamente adattata ai suoi ospiti, e corrispondere alle loro tendenze ed abitudini particolari. Di più, sebbene regolate da norme di eguaglianza e ridotte tutte al possesso ed all'uso di pochi determinati oggetti, le diverse categorie di ricoverati imprimono sempre alla lunga i contrassegni della loro condizione ai varî elementi materiali, di cui si compone l'ambiente obbligatorio dove trascorrono la loro esistenza. Fra questi contrassegni il Lombroso ha saputo mettere in rilievo il valore semiologico degli scritti, disegni e graffiti, che si trovano disseminati sui libri, sugli arredi e sulle pareti delle Carceri e dei Manicomî (« palimsesti »): ne riparlerò più innanzi nel capitolo sul linguaggio.

§. 2.

Portamento.

80. **Contegno dell' alienato.** — Il contegno consiste nella maniera di presentarsi dell'individuo secondo a posizione assunta automaticamente dal corpo e dalle varie sue parti, e secondo l' azione spontanea d'insieme

di tutto il sistema muscolare. Esso corrisponde alle *espressioni generali*, in cui si riflette, prima di tutto, lo stato fisico di salute o di malattia (veggasi in questo Vol. II, al § 77); secondo, la condizione fisiologica della sensibilità e della reattività (veggasi nel Vol. I, ai §§ 56-60); terzo, il grado d'energia delle forze psichiche e la disposizione particolare dell'animo.

Data questa definizione, è chiaro che noi qui intendiamo parlare esclusivamente di fenomeni espressivi riflessi, o tutto al più di reazione: vale a dire, di effetti immediati e spontanei delle condizioni generali fisiche, fisiologiche e psichiche dell'individuo, i quali si rendono estrinseci senza partecipazione della volontà cosciente. Riserviamo ad altri paragrafi l'esame degli atteggiamenti particolari corrispondenti alle specifiche stimolazioni sensoriali, rappresentative ed emotive, poichè essi riguardano più davvicino i cangiamenti morbosi delle espressioni speciali. Vero è che il contegno, quando sia analizzato, si riduce per l'appunto a fatti espressivi particolari dell'atteggiamento, dell'andatura, della fisonomia, del gesto, ecc.; ma non è men vero che la prima impressione, che noi proviamo alla vista d'un alienato, si distingue per la sua stessa indole sintetica da ogni ulteriore esame analitico, ed è quella su cui poi ci guidiamo per dirigere opportunamente le nostre indagini cliniche, l'interrogatorio, e gli altri processi di investigazione di cui fu parlato (cfr. al § 71).

I principali tipi di contegno, che un alienato può presentarci all'ispezione, sono questi:

1.° Tipo normale. — Nel momento del nostro esame la espressione del soggetto non diversifica da quella di un uomo sano di mente: il portamento del corpo, la positura nel riposo o nell'incesso, la mimica, la fisonomia, la parola non offrono alterazioni sensibili; l'esteriore è ordinato, il vestimento in completo assetto: gli atti tutti appaiono regolati da motivi conformi a quelli che guidano la condotta degli altri uomini, nè

in contrasto con le condizioni anteriori e particolari della personalità del supposto alienato.

Questo è il contegno ordinario, che ci possono presentare molte psicosi paranoiche con delirio sistematico e con allucinazioni, e soprattutto la paranoia persecutoria e la inventoria semplice, la pazzia morale e la psicosi querulosa, l'isterismo e l'epilessia durante gli intervalli fra gli accessi, la pazzia periodica e la ciclica durante il periodo lucido, molte demenze secondarie incomplete, dove si è perduto od attenuato il primitivo colorito sentimentale della psicopatia, la pazzia dubitosa o paranoia rudimentaria fuori dei momenti di ansietà, alcuni gradi di frenastenia (imbecillità), e pur anco gli stadî iniziali e certe forme leggiere di psiconeurosi, fra cui sono a ricordare le melancolie semplici con ipobulia cosciente (« periodi ragionanti »).

Per chi è profano alla Psichiatria la vista di pazzi che offrono un contegno per nulla affatto dissimile da quello dei sani, è oggetto di incredula curiosità e di meraviglia. L'alienista sa invece che in un numero non piccolo di ospiti dei Manicomî, di pazzi viventi in famiglia e di frequentatori del suo ambulatorio privato, il disordine mentale o avviene ad intervalli più o meno regolari, o non si manifesta spontaneamente con segni esterni, o può anche essere tenuto nascosto dal pazzo. Ne segue che quella normalità di contegno, trovandosi in forme tanto discordanti e dipendendo da cause così diverse, dev'essere studiata e interpretata col sussidio e controllo di altri criterî diagnostici.

a) Quando si tratta di normalità *periodica*, la diagnosi della pazzia ci obbligherà a sottoporre il malato ad una lunga osservazione (vedi retro, pag. 119-22): lo esamineremo allora nei diversi momenti psichici che in lui si alternano, e, cogliendo in atto le fasi della malattia, vedremo forse succedersi nello stesso individuo i tipi più opposti di contegno.

b) Se la normalità è solo *apparente*, e l'ispezione non basta per istabilire neppure il semplice diagnostico generico

di pazzia, daremo opera agli altri procedimenti investigatorî di cui fu discorso. In moltissimi casi l'abito esterno dell'alienato nulla ci rivela d'anormale, ma il linguaggio parlato o scritto e la condotta ci daranno indubbiamente le manifestazioni espressive che cerchiamo.

c) Ma vi sono anche casi in cui il pazzo mantiene un contegno *dissimulativo*. L' alienista dovrà giocare d' astuzia per giungere a scoprire i disordini mentali, che spesso vengono celati con una indicibile costanza e fermezza ; ma l'esperienza, che quotidianamente facciamo nei Manicomî (dove il desiderio della libertà spinge i ricoverati a nasconderci il loro stato morboso), ci ammaestra come la dissimulazione riesca ad ingannare ben più raramente della simulazione. Malgrado 'apparente regolarità del portamento, degli atti, del discorso, della mimica, il pazzo dissimulatore, paranoico o melancolico, non può sempre inibire e dirigere certi moti espressivi inconscî, quali sarebbero lo sguardo diffidente, la contrazione dei muscoli sopraccigliari, l'intonazione della voce, ed altre lievi sfumature del contegno, che non sfuggono all' osservazione dell'alienista e lo confermano nei sospetti in lui originati dagli altri criterî razionali ed obbiettivi del diagnostico.

2.° Tipo iperattivo. — L'espressione degli stati psichici è qui più intensa e pronta, che nella condizione mentale ordinaria. Tutti gli atteggiamenti del pazzo ci rivelano una rapidità insolita delle funzioni di innervazione, ed una maggiore agevolezza nel cammino della corrente nervosa attraverso le vie centrifughe: le reazioni agli stimoli sensoriali, oppure alle idee ed ai sentimenti, offrono un'energia superiore alla norma, si manifestano con movimenti più estesi, e spesso raggiungono una violenza straordinaria: uno stimolo anche lieve, sia esteriore, sia interiore, è capace di indurre effetti cinetici diffusi e svariati: prevalgono i movimenti muscolari di estensione: il malato è come spinto a moversi di continuo, ond'è che abborrisce o mantiene per poco tempo, e con somma instabilità, le posizioni di ri-

poso: è diminuito o perfino abolito il senso della fatica. La fisonomia di questi pazzi è mobile, la voce chiara e forte, il gesto largo e vivace, la parola per lo più franca e abbondante: appare diminuito il potere inibitorio, non solo sui movimenti espressivi, ma anche sui pensieri, e l'emotività inconsciente diviene la guida della condotta: gli abiti del malato e gli oggetti, che lo circondano, portano quasi sempre le traccie della sua incuria, del suo disordine, della sua violenza.

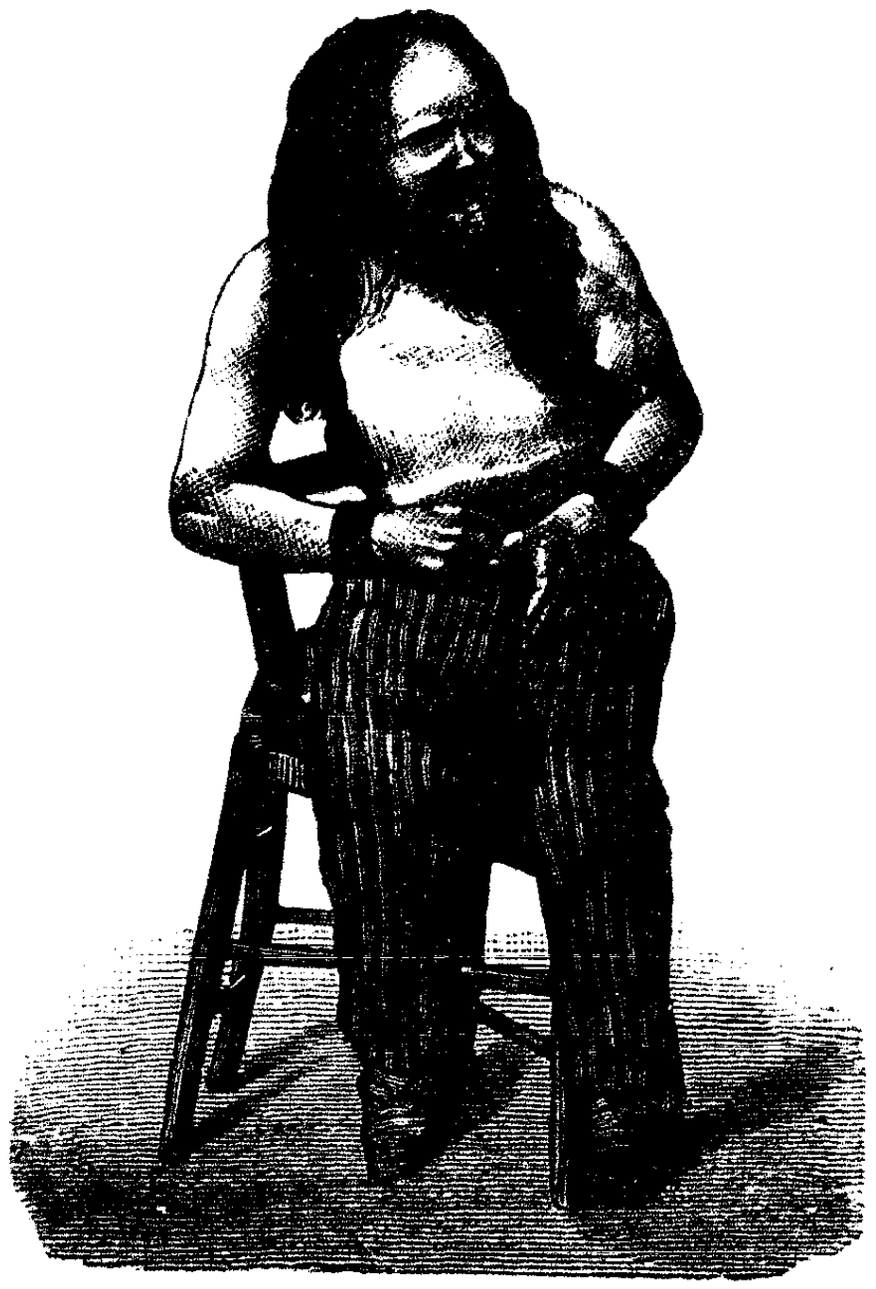


Fig. 79. — Paranoia persecutoria con allucinazioni, in episodio maniaco.
[Questo malato, delirante cronico, erasi rinchiuso spontaneamente per dodici anni in una camera della sua casa (claustrofilia?): fu in fine trasferito nel Manicomio, dove cadde in un periodo di agitazione violenta].

Sotto questo aspetto ci si presenta una moltitudine di forme psicopatiche: l'ipomania o semplice esaltamento, la mania grave con furore, la demenza agitata che segue una mania cronica ed incoerente (« moria » degli antichi trattatisti), la terribile od impulsiva mania epilettica, la melancolia ansiosa ed attiva quando il pazzo è dominato da emozioni e da idee paurose, la paranoia persecutoria e la superba nei loro episodî d'agitazione, la frenosi sensoria o paranoia allucinatoria acuta, la paralisi generale nello stadio così detto « congestivo » della periencefalite, certe demenze

secondarie, la pazzia periodica e la ciclica nel periodo di esaltamento, l'isterismo nella fase passionale e delirante dell'accesso, la pazzia del dubbio quando il paziente trovasi sotto l'assillo dell'idea incoercibile che lo tormenta, l'alcoolismo e la morfiomania nelle loro diverse acutizzazioni, e in ultimo persino quel gruppo di idioti ed imbecilli, che ben a ragione furono denominati « eretistici » (SCHÜLE).

La definizione che io ho data superiormente è, adunque, sommaria, e noi dovremmo suddistinguere nel tipo iperattivo di contegno generale dei pazzi un notevole numero di sottotipi e di varietà sintomatiche, a seconda della condizione psichica di cui esso è la manifestazione ejettiva.

a) Un primo sottotipo sarà l'*esaltato*, dove la vivacità e rapidità delle reazioni motorie è l'effetto di una intonazione sentimentale elevata, di una disposizione gaja dell'animo, di un acceleramento di tutti i processi psichici, di un'acutezza maggiore delle percezioni, di un decorso più fluido delle immagini, di una diminuzione del senso di sforzo, di una più pronta rappresentazione dei movimenti volitivi o intenzionali, e, con ciò, di una coscienza esagerata della propria energia. Qui non solo le impressioni esterne sono percepite in modo piacevole, ma anche fra le imagini e le idee spontaneamente evocate e combinate dal processo irritativo dei centri psichici predominano sempre quelle di natura aggradevole e di contenuto affettivo simpatico. Noi scorgiamo questo contegno, o almeno la sua forma più genuina, nella mania semplice e nella paranoia esaltata.

b) Se si acutiscono i fenomeni ora indicati, e se l'eccitamento dei centri percettivi e ideativi raggiunge il grado di morbosa irritazione, allora il colorito affettivo delle impressioni esterne e delle imagini diventa anche doloroso, il tono sentimentale si esagera fino all'iperalgesia, nella sfera delle emozioni predominano la collera e l'impazienza che spingono il malato ad atti immediati ripulsivi e distruttivi: la reazione motoria si fa sempre più violenta, e, pur avendo i caratteri del riflesso psichico, perde ogni proporzione con la natura e

l'intensità degli stimoli. È questo il contegno *concitato e aggressivo* di tutti i maniaci in furore, dei paralitici agitati, dell'epilettico in preda all' accesso di epilessia psichica, del melancolico o distimico che reagisce improvvisamente e per disperazione al suo acerbo dolore od alle sue paurose fantasmagorie, del paranoico angustiato dalle voci offensive dei suoi imaginarî persecutori (fig. 78), o irritato dalle opposizioni che incontra nel soddisfare lo sconfinato suo orgoglio, dell'alcoolista atterrito dalle sue visioni fantastiche, del morfiomane e del cocainomane cui si è tolto il prediletto narcotico, del demente, dell' imbecille e dell'idiota durante i loro periodi di impulsiva agitazione (« episodî maniaci »).

c) In taluni alienati il disordine delle azioni reattive, colle quali si estrinseca la psicopatia, raggiunge un grado tale di violenza, da potersi equiparare ad una successione di scariche nervose automatiche. Stante la molteplicità e la violenza con cui si susseguono gli stimoli interni, cioè le percezioni, le imagini, le idee ed i sentimenti, non solo viene a mancare fra di essi ogni sorta di associazione, ma la personalità è completamente disintegrata nei suoi elementi infimi, che sono i riflessi, e questi si effettuano senza alcuna partecipazione della coscienza, almeno senza che il malato sia più capace di dirigere con intenzione i suoi movimenti. Gli atti in allora diventano intercisi, incoerenti, convulsivi: i muscoli dell'espressione, con la loro contrazione clonica incessante, ci danno l'idea dell'uragano interno che imperversa negli affetti e nelle idee: la parola esce confusa, incoordinata, molte volte ridotta a suoni inarticolati, o ad una monotona vociferazione, o ad una incomprensibile collezione di parole e di sillabe. Noi potremmo designare col nome di *atassico* o di *caotico* questo tipo di contegno luminosamente pazzesco: lo scorgiamo però di rado, e solo nei gradi estremi di esaltazione maniaca, specialmente in quella che caratterizza le forme periodiche degenerative, nelle ebefrenie, in qualche paralisi generale, in certi delirii istero-epilettici a tinta demonomaniaca, nel *delirium tremens* dell'alcoolista, talora anche in casi di pazzia catatonica, di pazzia puerperale, di demenza senile, di frenosi sensoria acutissima, ma soprattutto nel *delirium acutum* d forma maniaca. Il contegno caotico delle forme infettive feb-

brili (« delirio »), offre, a seconda dell'indole del processo morboso, numerose differenze che qui sarebbe inutile esporre.

d) Un'ultima varietà di contegno iperattivo, che pel suo carattere affettivo speciale serve di transizione al tipo seguente, è quella *angosciosa* offertaci dagli stati psicopatici con ansia precordiale e sentimento penosissimo di incertezza o di terrore. Qui l'espressione è ancor più tipica che negli stati precedenti: il pazzo, dominato com'è da un dolore psichico iperacuto o da paura indefinibile, ci pone innanzi lo spettacolo della disperazione; la sua irrequietudine motoria è incoercibile (*jactatio*); egli va e viene senza posa, incapace di chetare un solo momento, insensibile alla stanchezza, smaniando, emettendo grida e lamenti semiselvaggi, respingendo chiunque tenti avvicinarlo e confortarlo, imperversando contro tutto ciò che lo circonda, contro sè stesso, contro gli altri. La fisonomia contratta, lo sguardo vitreo, la parola tronca e rauca, spesso un cupo silenzio, fanno strano contrasto con la mimica e cogli atti di disperato; alla coscienza, invasa oramai dagli elementi morbosi, non arriva più alcuna percezione reale se non trasformata in eccitamento dolorosissimo, e le azioni motorie più violente sono l'unico mezzo con cui si scarica l'eccessiva tensione interna dell'animo. Parossismi di questa sorta, che giustamente si designarono col nome di *raptus*, si presentano nell'epilessia, nella melancolia con delirio di acerbo rimorso e di perdizione, nell'alcoolismo, in qualche demenza senile a carattere ipocondriaco-melancolico, in certe psicosi neurastениche ed isteriche, e particolarmente nella così detta « pazzia transitoria », dove forse abbiamo un substrato alcoolico ed epilettico (Schwartzer, Krafft-Ebing, Venturi).

3.° Tipo passivo. — Qui il contegno si risolve in atteggiamenti generali e parziali di indole concentrativa: la espressione degli stati interni si effettua con reazioni motorie poco vivaci, dove la risposta agli stimoli appare difficoltata o limitata nel suo decorso per le vie nervose centrifughe. In questi alienati l'attività inibitoria cerebrale sembra sopraffare quella riflessa dei gangli inferiori: il senso dello sforzo s'è

fatto peracuto, e la coscienza si concentra in una più acuta e continuata introspezione, che la rende più o meno indifferente alle impressioni esterne, pur facendogliele percepire con sentimento disaggradevole, oppure la mantiene in una tensione dolorosa che non riesce a sciogliersi mediante movimenti eccentrici di reazione. Prevalgono, adunque, i movimenti di flessione su quelli di estensione: talvolta si hanno gruppi muscolari in contrazioni toniche, che sole stanno a rappresentare le scariche centrifughe dell'energia nervosa: ma per lo più, invece, sono mantenute positure di riposo, e nelle attitudini di tutto il corpo si rivela una specie di stanchezza che può giungere sino alla assoluta prostrazione (*collasso*). La fisonomia, la mimica, la loquela, la condotta sono quelle di una persona affranta, ed offrono caratteri espressivi di rassegnazione, di passività, di abbandono, che formano il preciso contrapposto del tipo precedente di contegno morboso, e in ispecial modo del sottotipo esaltato.

La descrizione si riferisce, prima di tutto, agli stati depressivi provocati da intonazione sentimentale dolorosa, di cui il tipo clinico più schietto ci è fornito dalla melancolia semplice o psiconeurotica (*melancolia passiva*). Ma il contegno qui tratteggiato nelle sue linee principali, ed in maniera sintetica, si trova anche in altre forme, che pur non hanno contenuto psichialgico originario: ad esempio, nella ipocondria grave, nella demenza senile di indole melancolica, nella psicosi climaterica, nelle psicopatie neurasteniche, fra cui quella del dubbio, in certe forme puerperali ed ebefreniche, talvolta nell'isterismo e nell'epilessia, e, generalmente parlando, nelle forme psicopatiche da esaurimento. Nè è raro che si mostrino in attitudine passiva anche il paralitico generale dominato da bizzarri concetti ipocondriaci, ed il paranoico allucinato e perseguitato nei suoi episodî di tristezza.

Per comprendere l'antitesi esistente fra i due tipi più caratteristici di contegno generale dei pazzi, fra l'*iperattivo* ed il *passivo*, ciascun dei quali è caratterizzato da moti espressivi d'indole opposta, noi dobbiamo risalire alla duplice origine dei movimenti nell'organismo animale. Nel tipo iperattivo, che ci è dato, come vedemmo, dalle forme di esaltamento a colorito quasi sempre piacevole, predominano i movimenti *eccentrici* o di espansione: nel passivo, in cui si estrinsecano le forme di depressione a colorito doloroso, sono, per contrario, più energici e predominanti i movimenti *concentrici* o di contrazione. Ora, lo SCHNEIDER con molto acume osservava che nella evoluzione zoologica si è avuto un progressivo differenziamento di queste due sorta di movimenti, che già la sostanza organica primitiva, il protoplasma, possiede nella loro più semplice espressione: la tendenza a contrarsi è la sorgente di tutte le reazioni di difesa e degli impulsi protettivi, quella invece ad espandersi si trasforma e si svolge nelle reazioni di offesa e negli impulsi di indole aggressiva (cfr. « Vierteljahr. f. wissensch. Philosophie », Vol. III). Non si può a meno dal riconoscere che la psicologia patologica ci offre, nell'aspetto caratteristico opposto del melancolico e del maniaco, una conferma di queste remote fasi della filogenesi mentale.



Fig. 80. — Melancolia allucinatoria in passaggio allo stadio cronico (demenza secondaria).
[L'atteggiamento di questo malato è tipico nelle allucinazioni (acustiche) verbali molto intense].

4.° Tipo inespressivo. — L'aspetto esterno dell'alienato ci colpisce in questo caso per la scarsità e la deficienza dei moti espressivi dell'animo: vi è mancanza di reazione, non tanto agli stimoli esterni, quanto agli interni, giacchè coi primi spesso non riusciamo a sorpassare la soglia della coscienza o a risvegliare il pazzo dal suo stato di indifferenza, e i secondi ci appajono diminuiti di numero e di energia ideo-motrice per la loro debole intonazione emotiva. La fisonomia e la mimica sono ridotte alle più semplici manifestazioni riflesse, o si trovano in una condizione monotona, che rivela la povertà dei processi percettivi ed ideativi e la più o meno assoluta sospensione ed abolizione della coscienza. Altrettanto dicasi del linguaggio nelle varie sue forme, poichè si può arrivare alla totale afrasia (mutismo), all'amimia (immobilità), e in fine alla più completa aprassia (mancanza di atti volontarî espressivi). Vi è tendenza all' inerzia od alla risoluzione di tutti i muscoli: sono preferite le posizioni di riposo, o, per lo meno, certe attitudini stereotipe e forzate, che meravigliano per la loro stranezza, la loro costanza e il nessun rapporto espressivo con determinati pensieri e sentimenti: si osservano non di rado movimenti automatici o coatti in forma ritmica e con reiterazione costantemente eguale. Ad ogni modo, a codeste manifestazioni dell'attività motoria la coscienza sembra del tutto estranea: la personalità è disintegrata, finchè dura la malattia, nei suoi elementi infimi (fenomeni incoscienti), oppure è caduta in una completa e definitiva dissoluzione.

Gli alienati, che ci si presentano con questo aspetto, appartengono, in primo luogo, alle psicopatie stupide, e cioè allo stupore primitivo anergetico o demenza acuta, alla melancolia attonita, ed a certe forme di pazzia da esaurimento o amenza. Vengono di poi gli stati stuporosi episodici, che si avverano nel decorso della paralisi ge-

nerale, delle encefalopatie organiche e delle tossiche (alcoolismo, maidismo, ecc.), nelle pazzie periodico-cicliche, nelle ebefrenie, nella frenosi sensoriale o paranoia allucinatoria caotica. Altre volte l'atteggiamento inespressivo è dato dallo stupore che sussegue agli accessi delle grandi neurosi, epilessia ed isterismo, o che loro si intercala per una vera equivalenza psichica. Per ultimo, sono a ricordare gli stati terminali e consecutivi di demenza, e quegli affievolimenti generali delle forze psichiche che si presentano per lo più nei vecchi in forma lenta e progressiva (demenza primitiva e senile).

Anche qui, dunque, l'analogia esterna di contegno è soltanto apparente, ed il processo morboso, che produce in tanti pazzi la scarsità e la mancanza dei moti di espressione, risulterà di indole differentissima ad un' analisi più intima e profonda dei singoli dati ejettivi e razionali. Lo stato della coscienza e la possibilità o no di reintegrazione della personalità ci permettono, intanto, una suddivisione puramente sintomatologica del tipo inespressivo: ne vediamo due varietà principali, una *attonita* ed una *atonica* od *apatica*.

a) Nel contegno *attonito* o *stupido* la coscienza è più o meno oscurata fino alla completa sospensione (almeno se ne giudichiamo dalle mancanti reazioni agli stimoli esterni dolorifici), ma non è abolita: la personalità può reintegrarsi, e lo stato psicopatico è acuto e curabile. È questa la condizione dataci in forma caratteristica dallo stupore primitivo anergetico. Altre volte si ha solo un restringimento notevolissimo della coscienza, nella quale si attivano scarse e monotone rappresentazioni, e dove non penetrano che stimoli determinati, per lo più di origine interiore (allucinazioni e idee fisse di ndole offensiva e terrifica). L'effetto immediato di questa diminuzione del campo di appercezione è una paralisi corrispondente del potere volitivo: la stessa motilità riflessa è scomparsa o indebolita, e si hanno nel medesimo tempo disturbi varî delle funzioni trofico-vasomotorie. È la condizione in cui cadono molti melancolici, in cui l'atteggiamento gene-

rale senza espressione è però solo momentaneo: la differenza loro dagli stupidi propriamente detti sta in ciò, che, malgrado l'esterno silenzio d'ogni attività di reazione, il lavorio interno mentale si continua. La diagnosi differenziale si fonda sull'anamnesi, sulla presenza di qualche reazione agli stimoli dolorosi, sulla comparsa di periodi nei quali l'espressione diventa attiva, e sul ricordo sommario che più tardi il malato, uscendo dalla sua attonitaggine, è in grado di evocare.

b) L'altra varietà, l'*apatica*, è propria degli indebolimenti mentali primitivi o secondarî. Qui all'opposto la personalità è in più o meno avanzata dissoluzione: di essa sono già perduti gli elementi più alti, e la vita dell'organismo si riduce a poco a poco alle pure funzioni vegetative, ond'è che qui l'espressione manca perchè mancano stati interni rappresentativi e sentimentali che si possano riflettere nella fisonomia, nella mimica, nella parola, nell'atteggiamento. In alcuni gradi avanzatissimi di demenza, vuoi terminale, vuoi organica, neppure i bisogni corporei sono valevoli a produrre cangiamenti motorî: l'apatia è completa ed assoluta, l'animo, privo di contrasti, giace in una calma « sepolcrale » (Schüle), e l'individuo vive come un tronco inerte, cui fa d'uopo porgere tutto, persino l'alimento (fig. 81). Anche nell'idiotismo grave si osserva un simile contegno,



Fig. 81. — Demenza paralitica in istadio avanzato.

[I sintomi classici e l'atteggiamento di questo malato, morto di poi per marasmo, corrispondevano al quadro classico del terzo stadio della paralisi generale progressiva].

ed è forse questa la ragione dell' errore durato nella Psichiatria quasi fino all' Esquirol, quando la demenza terminale era confusa con le forme congenite di tardività ed arresto di sviluppo.

5.° Tipo statico. — L'espressione degli stati psichici si combina in alcune psicopatie con stati morbosi del sistema muscolare, i quali per la loro indole spastica danno all'alienato un particolare atteggiamento costante, rigido, ipercinetico. Il colorito emotivo dell'espressione è diverso: ora è doloroso ed ora piacevole, ora appare anche indifferente, ma il suo carattere predominante è il *pathos*. Nella fisonomia, nella mimica, nella parola, nella condotta spesso si mantengono a lungo determinate attitudini o manifestazioni espressive; gruppi più o meno estesi di muscoli sono affetti da ipercinesi, o restano in contrazione tonica; il malato non mostra preferenza cosciente per date posizioni del corpo, ma, a giudicarne dal modo con cui si presentano e si conservano, queste vengono assunte per semplice esagerazione dell'attività nerveo-riflessa. Spessissimo gli stimoli esterni sono insufficienti a smuovere il pazzo: se lo si eccita con stimoli sensoriali, egli mostra od ostenta una passività esterna di contegno; ma, per lo più, la sua coscienza non accetta altre eccitazioni se non quelle derivanti dalle idee e dalle emozioni che in lui insorgono spontaneamente.

Il contegno statico (che per le sue apparenze patetiche potrebbe anche dirsi *cataplessico*) si presenta nello stupore ergetico primitivo, nella pazzia o paranoia catatonica, nell'ebefrenia e soprattutto nella sua forma masturbatoria, in certe frenosi sensoriali acute con allucinazioni o delirii di carattere religioso, in alcuni stati psichici morbosi di natura isterica, talvolta nella pazzia puerperale e nei periodi stuporosi della pazzia ciclica, e non di rado episodicamente nelle frenopatie organi-

che e tossiche (**paralisi generale, delirio acuto, demenza senile, melancolia attonita grave, alcoolismo, prodromi** del *delirium tremens*, **pazzia dei tisici, ecc.**).

A seconda della condizione in cui si trova il sistema muscolare e dell'intonazione sentimentale prevalente, possiamo distinguerne varî sotto-tipi: un *catatonico*, un *catalettico*, un *estatico*. E già nel I Volume si parlò di questi disordini motorî tutt' affatto caratteristici della pazzia (Vol. I, § 54, pag. 288), e si descrissero come stati di esagerata eccitabilità riflessa dei muscoli e di esaltamento del tono muscolare.



Fig. 82. — Stupore primitivo (demenza acuta guaribile) con catatonia.

a) Il prototipo degli atteggiamenti *catatonici* ci è dato da una forma tuttora discussa di pazzia, ma che dobbiamo ammettere ben distinta nei nostri quadri nosografici (KAHLBAUM, TAMBURINI), sebbene recentemente si sia voluto, al solito, vedervi una manifestazione dell'epilessia (KIRCHHOFF, *Lehrb. d. Psychiatrie*, 1892, p. 471). Si alternano in essa stati morbosi diversi del sistema muscolare, convulsioni, tetania, movimenti automatici, espressioni vocali monotone (*verbigeratio*), ma più di tutto una speciale contrattura, rigida in alcuni muscoli, flessibile in altri, che dà al malato un aspetto del tutto caratteristico. La mimica è alterata, non essendovi più rapporto tra l'espressione stereotipa del volto e l'intonazione sentimentale;

la sensibilità agli stimoli, o è abolita, o si manifesta con atti riflessi semplici; coesistono lesioni trofico-vasomotorie le più svariate (angio-spasmo, angio-paralisi). Sindromi catatoniche si osservano però anche in altre psicopatie, come sopra fu accennato, ed è questo il motivo per cui molti alienisti non considerano la catatonia come forma speciale di psicosi.

b) La *catalessia* è propria anzitutto delle forme isteriche e dell'ipnotismo (senza che caratterizzi per questo un suo stadio speciale, come vuole la Salpêtrière, salvo in talune istero-epilettiche): essa non manca nella melancolia passiva grave, nelle pazzie della pubertà e soprattutto nella masturbatoria (fig. 85, al § 82), nella frenosi sensoriale in accesso allucinatorio religioso od ossessivo, e in talune psicopatie organiche (paralisi generale). Qui è perduta ogni sorta di sensibilità, e se il tono sentimentale era già precedentemente abbassato, esso cade ora in sì profonda depressione che la coscienza ne rimane oscurata e pur anco sospesa. Per lo più l'espressione del catalettico è irrigidita, poco mobile, silenziosa: se essa indica qualche sentimento, è sempre quello di pena o di terrore o di meraviglia stupida: molte volte la si direbbe un atteggiamento statico di difesa.

c) Quando, per contrario, l'intonazione sentimentale è esaltata ed esistono illusioni, allucinazioni e idee deliranti segnatamente di indole religiosa o sessuale piacevole (« visioni », « comunicazioni con Dio », « stato di grazia divina », ecc.), si ha l'atteggiamento *estatico*. L'espressione stereotipa è gaia: la fisionomia, la mimica, la parola indicano quasi la sovrabbondanza del piacere: il potere percettivo è però incerto, e l'individuo si presenta insensibile agli stimoli esterni. È l'atteggiamento della isterica in fase passionata, dell'ipnotizzato cui abbiamo suggerito imagini deliziose, o che abbiamo sottoposto a sensazioni piacevoli (musica), del catatonico, dove spesso assume una singolare tinta tragico-patetica, del paranoico nei suoi episodî allucinatorî megalomaniaci, del fanatico religioso nei suoi trasporti erotico-sentimentali verso la Divinità o nella sua imaginaria lotta col male (« tentazioni »). Ma possiamo avere attitudini estatiche anche negli equivalenti psichici dell'epilessia a carattere religioso-espansivo, nella fase maniaca della pazzia circolare, nella stessa mania grave e negli episodî allucinatorî dell'alcoolismo.

Questi sono gli aspetti generici più comuni sotto i quali ci si mostra il contegno degli alienati. È evidente che, volendo descriverli in maniera sintetica e nelle sole grandi linee, ho dovuto spesso ravvicinare forme assai diverse di pazzia, e che, dovendomi qui restringere ai soli punti pratici dell'esame, mi sono arrestato alle analogie puramente esterne (ejettive); ma non è mio còmpito di esporre in quest'opera la sintomatologia speciale delle malattie mentali, bensì l'arte di raccoglierne i segni e di interpretarli per rispetto alla diagnosi generica. Ora, nessuno, anche alienista, potrà negare che *una prima ispezione* non ci mostri sotto sembianze poco dissimili, e soventi volte anche decisamente simili, stati morbosi mentali di natura differente. Spetta all' esame clinico ulteriore (analisi psicopatologica, di cui al Cap. seguente) il còmpito d' arrivare a distinguere, sotto l'apparente uniformità del contegno, le caratteristiche particolari di ciascuna psicopatia: e queste caratteristiche non risiedono tanto nei sintomi considerati per loro stessi, quanto nel loro vario associarsi, sostituirsi e succedersi durante lo sviluppo e il decorso intero della malattia.

A due distinzioni, sopra tutte le altre, il medico-alienista mirerà nelle sue interpretazioni cliniche: l'una, di valore sommo nella diagnosi, riguarda la *condizione della coscienza;* l'altra, di interesse pratico, riguarda l'*indole acuta* o *cronica* della psicopatia. Ma io di questa seconda distinzione non tratterò, perchè non tocca la semejotica; mi fermerò pochissimo anche sulla prima, dovendomi più avanti intrattenere sui disordini della coscienza. E qui dichiaro di parlare della coscienza come *sensorium comune*, come funzione generale di sensibilità in esercizio attuale, non della coscienza dell'io personale (chiamata, con poca proprietà di linguaggio psicologico, « sentimento delle personalità »), nè tampoco

della coscienza morale (sentimenti etico-estetici). Ora, il contegno generico del pazzo varierà a seconda che la coscienza è mantenuta, oscurata od abolita.

Quando il pazzo ci si mostra negli atteggiamenti statici (estasi, catalessia, catatonia), o negli inespressivi (attonitaggine profonda dello stupido, apatia e indifferenza assoluta del demente), oppure in condizioni di estrema iperattività (furore maniaco, ratto angoscioso, delirio caotico, episodi allucinatorî), possiamo già supporre che la coscienza sia in lui profondamente oscurata, sospesa od abolita. Ommetto, si intende, gli stati convulsivi (epilessia, istero-epilessia, accessi epilettoidi ed apoplettiformi), i letargici (isterismo, sonno ipnotico, ipnosia) e i comatosi (apoplessia cerebrale, apoplessia spuria od isterico-neurastenica, traumatismi e tumori dell'encefalo, meningiti, ecc.), giacchè qui il perturbamento psichico è secondario, e le sembianze sotto cui ci appare il malato non hanno rapporto diretto di espressione con stati particolari dell' intelligenza e del sentimento.

Un contegno iperattivo moderato (come si vede nella mania semplice, negli episodi di lieve esaltamento del paranoico, nell'isteria e nella neurastenia eretistiche), quello passivo (nella melancolia, nella demenza incompleta o parziale), e in ispecial modo quello che si oggettiva in sembianze non dissimili dalle normali (forme lucide, periodi ragionanti, pazzia del dubbio, ecc.), ci danno per lo più l' idea di malati in cui la funzione generica di sensibilità cosciente è mantenuta, e che possono quindi, all' interrogatorio ed alle altre prove di esame, darci ragguagli introspettivi sulle loro condizioni intellettuali e sentimentali (« lucidità di coscienza »).

81. **Atteggiamenti generali del corpo.** — Quando con la ispezione dell'esteriore e del contegno ci siamo formati un primo concetto di insieme sullo stato del pazzo,

noi passiamo ad una seconda fase dell'esame, cioè all'analisi dei dati ejettivi di cui quel concetto empirico è come la sintesi; e cominciamo dagli atteggiamenti generali del corpo in relazione con la funzionalità coordinata e sincrona di tutto il sistema muscolare.

Questi atteggiamenti sono il prodotto di abitudini inconscie e involontarie, nelle quali si è trasformato a poco a poco l'esercizio dapprima consapevole e volontario dell'attività motoria; ma possono tuttavia essere modificati dalla espressione degli stati permanenti o transitori dell'intelligenza e del sentimento, e quindi presentarcisi anche con alterazioni caratteristiche delle diverse psicopatie. Noi li studiamo, dunque, negli alienati per due intenti ben distinti: — in *primo* luogo, per istabilire le condizioni fisiologiche dei due grandi sistemi organici di innervazione e di movimento; e allora cerchiamo come gli impulsi motori si producano nei centri cerebrali e spinali, come si propaghino per le vie nervose motrici sino alla periferia, e come ed in quale intensità ed estensione agiscano sulla contrattilità dei muscoli; ma di questo intento clinico-neuropatologico fu parlato in altre parti del *Manuale* (Vol. I, Cap. III, § 50-54, e § 59): — in *secondo* luogo, per investigare quali ne siano i rapporti di espressione cogli stati mentali, ed è l'intento clinico-psicopatologico di cui qui soltanto discorreremo.

Gli atteggiamenti generali si distinguono in due gruppi, secondo che l'individuo è in stazione od in locomozione.

A] Negli atteggiamenti di stazione non vi è spostamento del corpo, e le azioni muscolari si esercitano soltanto per mantenerlo in equilibrio statico durante un certo tempo: l'alienato ci si mostra in posizione *eretta*, o *seduta*, o *coricata*.

Già fin dal primo momento della nostra ispezione ci è dato vedere quali siano gli atteggiamenti, che il pazzo assume nelle varie posizioni del corpo; proseguendo nell'esame, noi pos-

siamo farlo passare dall'una all'altra, sia col comando, sia volgendo opportunamente il colloquio. È importante sopra tutto osservare come egli effettui il cangiamento di equilibrio del corpo, passando, ad esempio, dalla posizione seduta e dal decubito alla stazione verticale, e viceversa (Vol. I°, p. 414). Quando il pazzo è irrequieto, agitato, ansioso o diffidente, questi movimenti generali del corpo vengono da lui compiuti spontaneamente: si nota anzi non rare volte l'impossibilità di mantenere a lungo una data posizione. Se invece esiste una forte depressione del tono sentimentale con torpore della facoltà volitive (*abulia*), il malato durante tutto l'interrogatorio resterà più o meno immobile nella posizione in cui l'avremo trovato fin da prima, e si mostrerà renitente a cangiarla, opponendo una straordinaria resistenza a chiunque tenti di smoverlo.

Si sono immaginati varî processi per lo studio delle condizioni fisiologiche dell'organismo nei varî atteggiamenti generali. — 1.° Per registrare le oscillazioni trasversali del corpo in stazione eretta, quali possono avverarsi nella stanchezza semplice o nelle alterazioni del senso d'equilibrio, si può adottare il metodo grafico: un pennello intinto di colore, oppure una semplice punta fissata alla sommità del capo, segnano su di una carta bianca o affumicata i moti più o meno grandi di lateralità compiuti inconsciamente dal malato (processo di Vierordt). — 2.° Per vedere l'influenza esercitata dagli stati psichici (normali e morbosi) sulla distribuzione periferica e centrale del sangue, si fa uso di una lunga tavola posta in bilico e su cui giace l'individuo da esplorare. Finchè prevalgono le semplici forze fisiche di gravità, la tavola rimane immobile: ma se lo stato mentale del soggetto si modifica, per esempio nel passar dalla veglia al sonno o viceversa, durante il lavoro intellettuale, sotto una emozione intensa, ecc., si hanno modificazioni circolatorie periferiche e centrali, e allora la tavola pende verso la parte dove si porta l'afflusso maggiore di sangue (bilancia di A. Mosso). — Quest'ultimo processo non fu, per quanto io so, ancora applicato ai pazzi, ma è certo che darebbe utili risultanze scientifiche per determinare le condizioni patogenetiche di alcune psicopatie: quello grafico, per contrario, si è già addimostrato vantaggioso nell'esame clinico delle cerebro-psicopatie con lesione del senso muscolare e del

senso di equilibrio (paralisi generale, demenze tabetiche, o da sclerosi, alcoolismo, epilessia, ecc.).

1.° Nella **stazione eretta** vi sono alienati, che non ci offrono nulla di speciale: il loro portamento è regolare, le azioni muscolari del tronco e delle membra inferiori si compiono bene, le due metà del corpo sono in posizione *simmetrica*, e l'individuo si mantiene a lungo verticalmente senza dar segno di stanchezza o di impazienza. Il pazzo lucido, il paranoico tranquillo, il melancolico lieve, certi dementi incompleti, l'epilettico e l'isterico fuori dell'accesso, e altri consimili ammalati, non si distinguono da un soggetto sano.

Ma altre volte si ha una stazione *insimmetrica* (*distasia*): il pazzo pende da una parte o all'innanzi del centro di gravità, si appoggia di preferenza su uno degli arti inferiori, il dorso è incurvato, la testa è piegata in avanti, le ginocchia sono alquanto flesse; tutto l'atteggiamento indica la stanchezza, la passività, la poca energia, oppure il bisogno di eseguire il meno possibile di azione muscolare. È questo l'aspetto delle forme melancoliche, degli stupori semplici, di certe demenze apatiche, di certe paranoie ipocondriaco-neurasteniche. In taluni casi si giunge alla impossibilità assoluta di reggersi in piedi: non solo il pazzo spontaneamente assume la posizione di completo riposo, ma, sforzato ad alzarsi, non fa nessun tentativo per contrarre i muscoli dorso-lombari e per estendere le articolazioni degli arti inferiori, si abbandona, si ripiega su sè stesso, si accascia (*astasia*). Qui, ommettendo naturalmente gli stati di paralisi, diagnosticabili con altri mezzi, la volontà è affatto inerte o la coscienza è abolita (stati di stupore anergetico): oppure la mente del malato è in preda a delirii tristi, a paure imaginarie, a pessimismo, ed egli volontariamente si mantiene in risoluzione muscolare (melancolia profonda con delirio di

negativismo, paranoia ipocondriaca, stati stuporosi secondarî ad epilessia, isteria, periencefalite, intossicazioni, ecc.). In taluni di questi casi si tratta probabilmente d'una paralisi psichica, non dissimile da quella che si osserva in certe malattie nervose d'indole isterica, e che potrebbe dirsi *astasia amnestica* (Blocq).

Un atteggiamento verticale, statuario, che talora non si riesce a modificare per nessun mezzo nè comando, e tanto meno con tentativi diretti sulle varie parti del corpo, è quello della pazzia catatonica, della melancolia stupida, di certi episodi estatici della paranoia religiosa, e dell'isterismo (*parastasia*). La testa è in allora reclinata forzatamente sul petto, oppure rivolta in alto con lo sguardo fiso; il tronco è immobile, il collo è come irrigidito, gli arti superiori sono in adduzione e flessione statiche, che si accrescono ad ogni stimolo meccanico (esagerazione dei reflessi tendineo-muscolari del pugno, del bicipite, ecc.), le articolazioni delle membra inferiori sono tenute estese, ed anche spingendo il malato i piedi non si staccano dal suolo, così che egli o cade tutto d'un pezzo, o cammina strascicandosi sul suolo. In altri casi si ha un vero atteggiamento tragico-drammatico, nel quale si irrigidisce e stereotipa l' espressione di stati allucinatorî intensissimi, di delirii erotico-religiosi, di esaltazioni estreme dell'intonazione sentimentale (pazzia catatonica, paranoia acuta con delirio sensoriale, mania allucinatoria, periodo maniaco della pazzia ciclica, ebefrenia masturbatoria [fig. 86], fase passionale dell'accesso isterico, equivalenti epilettoidi).

Negli stati angosciosi, con predominio di sentimenti disaggradevoli, con acusmi offensivi e fantasmi minacciosi, con idee terrifiche, con profonde aberrazioni dell'emotività, con delirii ipocondriaci, il pazzo non può mantenersi fermo su due piedi: egli è in continua ansietà, è impaziente, dubbioso che lo si esamini, irresoluto

nel cangiare di posto e nell' eseguire ogni movimento comandato. — Ragioni ben diverse conducono il maniaco, il paranoico esaltato, l'isterica irrequieta e capricciosa, alla stessa impossibilità di fermezza: i malati vanno e vengono, s'agitano scompostamente, pendono col corpo di qua e di là, muovono le braccia e le gambe come automi meccanici, si abbandonano addosso al primo venuto, si buttano a terra senza fare attenzione agli oggetti contro cui urtano, saltellano su di una gamba sola, si atteggiano, insomma, come loro detta l'estrema volubilità e leggerezza di carattere, ad ogni maniera di buffoneria (puerilità del contegno).

Quando esiste un semplice esaltamento dell' intonazione sentimentale, come nel maniaco e nel paralitico in fase megalomaniaca, o quando un delirio superbo è divenuto anche metabolico, come nel paranoico e delirante sistematico con trasformazione della personalità, il portamento in stazione eretta esprime ottimismo, orgoglio e soddisfazione intensa di sè medesimo: il pazzo si erige sul tronco, raddrizza il dorso, alza le spalle e il capo, guarda d' innanzi a sè e più in su dell'orizzonte, dilata il torace, e impettito appoggia le mani ai fianchi, prende solido sostegno sui piedi divaricati, tiene le ginocchia estese, insomma cerca di mettere in mostra le sue doti fisiche o gli emblemi mistico-superbi di cui si è ricoperto. Spesso questo portamento, per la sua stessa iperbolica esagerazione, diviene grottesco.

L'atteggiamento verticale del frenastenico è goffo e stentato; la sua colonna vertebrale manca o difetta della incurvatura lombare, la faccia, che nulla o poco ha da esprimere, non sta rivolta verso l'interlocutore, le braccia pendono lungo il tronco, i piedi s'appoggiano sul bordo esterno, i talloni sono tenuti lontani, il corpo barcolla. Nè dissimile è il contegno in stazione eretta delle demenze apatiche profonde. Non di

rado i frenastenici, idioti, dementi e paralitici sono in preda a movimenti coatti, per cui s'alzano e s'abbassano col tronco, si ripiegano su di un' anca, scuotono la testa ritmicamente, oppure ruotano d' improvviso il corpo attorno al proprio asse, come fanno gli animali coi centri nervosi lesi dal fisiologo ed in movimento di maneggio (esperimento di MAGENDIE).

La stazione eretta è la caratteristica zoologica dell' uomo, che fu detto erroneamente « bipede » (in opposizione agli animali « quadrupedi »), ma essa si sviluppò nella nostra specie solo come espressione più avanzata e completa di una tendenza naturale esistente in tutte le serie dei Vertebrati superiori (cfr. la mia *Antropologia generale*, già cit., passim, e specialm. la Lez. XV[a]). Essa è il prodotto di particolari disposizioni anatomiche della colonna vertebrale, del torace e bacino, delle due cinture, e del paio posteriore o pelvico delle membra; ed a sua volta provocò effetti notevoli, che, già iniziati nei Primati Antropomorfi, sempre più servirono a caratterizzare e a distinguere nel gruppo il tipo antropinico od umano. L'arto inferiore assunse quasi esclusivamente la funzione di sostegno, il superiore quello di presa, e la testa si dispose per un più perfetto esercizio dei due sensi nobili della vista e dell'udito: la faccia si trasformò in volto, i cui muscoli viémmeglio differenziati costituirono l'organo precipuo dell'espressione emotiva: crebbe il volume del cervello per far posto ad un cumulo maggiore di percezioni e di ricordi, e le circonvoluzioni si perfezionarono nella forma e struttura. Così, per successivi acquisti morfologici e fisiologici insieme associati per leggi naturali, ebbe origine la personalità fisica dell' *Homo sapiens*, base e rappresentanza della sua personalità spirituale: onde non è a stupire se certi atteggiamenti dei pazzi e dei degenerati ricevono lume dall'Antropologia comparata.

Negli arresti e nelle anomalie di sviluppo mentale anche la stazione eretta si addimostra imperfettamente sviluppata, poichè la degenerazione impedisce l'acquisto completo delle caratteristiche umane (idiotismo, microcefalia, imbecillità, cre-

tinismo). D'altra parte, nelle gravi disintegrazioni della personalità e nella perdita più o meno assoluta della coscienza e della volontà, l'individuo si mostra incapace di mantenere a ungo la posizione verticale, oppure negli atteggiamenti del tronco o delle membra o della testa lascia prevalere la semplice forza fisica di gravità (demenza, stupore anergetico). Anche nel portamento burbanzoso e ridicolamente altero del paranoico si scorge l'esagerazione morbosa di quelle attitudini e posture del corpo, con le quali l'uomo di tutte le razze, dal miserabile capo d'una tribù selvaggia al nobile aristocratico dei così detti popoli civili, si sforza di attenuare il più che sia possibile le proprie analogie cogli altri esseri animali.

2.° La posizione seduta ci permette di osservare fra gli alienati le stesse tipiche differenze, che notammo per la stazione eretta. Essa è l'atteggiamento preferito dai melancolici, dagl' ipocondriaci, dagli stupidi e dementi, e da tutti quei pazzi che si trovano in istato di depressione, di esaurimento, di annichilamento mentale. Vi sono alienati che rimangono seduti per tutta la giornata, incapaci di eseguire il più piccolo spostamento del loro corpo, immobili nella posizione che hanno assunta o che loro si è data, insensibili al freddo e al caldo, immersi in un profondo torpore, dal quale non escon neppure per soddisfare agli stimoli della fame e della sete o ai loro bisogni corporali (*ipobulia* e *abulia* completa). Talvolta essi si trovano bagnati e sporchi delle loro dejezioni, nè sembra che di ciò si diano per intesi. In altri l'inerzia volitiva è solo apparente: dopo lunghe ore di silenziosa immobilità, essi si alzano spontaneamente e vanno incontro a chi porta i cibi e le bevande. In moltissimi casi di melancolia attonita, di stupore catatonico, di paralisi in accesso stuporoso, non si riesce a far sedere i malati: ogni qualvolta lo si tenti, il loro corpo si irrigidisce, i muscoli degli arti acquistano una saldezza ferrea, le articolazioni restano in contrattura d'estensione, e

conviene usare grandi sforzi per far loro piegare le ginocchia e il tronco. Una volta seduti, oppongono analoga resistenza per essere smossi e rimessi in piedi: si direbbe che ogni stimolazione, diretta a svegliare un movimento semplice o composto, mette in azione piuttosto i muscoli antagonistici (inversione dei reflessi).

All'abbandono ed all'accasciamento con cui siede per lo più il melancolico, fanno contrasto l'irrequietudine e la scompostezza del maniaco: tanto in ogni suo atteggiamento questi si addimostra vivace, petulante, aggressivo, quanto l'altro si rivela sempre incerto, fiacco, peritoso, pauroso. Molti pazzi angustiati da allucinazioni visive, acustico-verbali, o da patemi cenestetici varî, sfuggono studiosamente ogni contatto umano, e se ne stanno seduti e raccolti nella camera loro o negli angoli più oscuri delle sale di Asilo, o nei punti meno accessibili dei giardini e cortili (fig. 80, pag. 202). Colà si rannicchiano sulla seggiola o sulla panca, si raggruppano e si ristringono il più che sia possibile, cercando quasi di impiccolire il loro corpo, la loro personalità fisica. Alcuni si coprono coi vestiti la testa, si celano la faccia, si turano con le mani le orecchie, ritirano le ginocchia e vi appoggiano sopra il mento. È difficile descrivere gli atteggiamenti bizzarri, impensati, che assumono certi individui affetti da demenza, da melancolia attonita in fase secondaria, da stupore cronico, o da idiotismo ed imbecillità: essi se ne stanno accosciati, accoccolati, accovacciati durante ore e spesso durante giornate intere, con una ostinazione che altrimenti non si spiega se non con la perdita della sensibilità organica e soprattutto del senso di sforzo e di posizione (Cfr. Vol. I). Il loro corpo ha come una singolare facilità a torcersi su sè stesso: non solo le loro membra si irrigidiscono nelle posture più paradossali, ma se l'attenta sorveglianza dei custodi non si fram-

mette, si possono avere perfino contratture stabili con accorciamento dei tendini, degenerazione fibrosa dei muscoli ed anchilosi delle articolazioni (fig. 83).

Questi atteggiamenti stravaganti e forzati dei pazzi hanno in generale un significato prognostico infausto, poichè fin da principio indicano il passaggio della malattia dalla fase acuta alla suboronica. Se si rendono stabili, essi acuiscono il carattere sistematico del delirio e delle allucinazioni, e portando una grave offesa al senso muscolare, che è tanta parte nella sintesi psichica della personalità, ajutano potentemente la disgregazione di questa e la sua riduzione agli elementi organici incoscienti.



Fig. 83. — Demenza primitiva [amenza del MEYNERT, passata allo stadio cronico].

3.° L'occasione di esaminare un pazzo in posizione coricata non si offre al medico-alienista, se non quando sia di fronte a stati morbosi organici o psicopatici sì gravi, da sospendere più o meno completamente le funzioni del cervello, o da rendere del tutto inerte la volontà, o anche da trasformare l'individuo in un essere inconsapevole, violento, pericoloso per sè e gli altri. Tali sono le varie forme di accessi apoplettici ed apoplettiformi, le convulsioni e le loro fasi deliranti nell'epilessia e nell'isterismo, la paralisi generale e le consimili cerebro-psicopatie ad istadio avanzato, l'alcoolismo in *delirium tremens* e le altre

pazzie tossiche con fenomeni paralitici, il *delirium acutum* maniaco o stuporoso, lo stupore iperacuto, gli stati di delirio febbrile, e simili. Ma io non descriverò qui il decubito del coma, del sopore post-epilettico, del sonno isterico, della sincope, della narcosi tossica e delle molte specie di vertigine, poichè di tali sindromi si discorre nei trattati di Medicina interna, e l'atteggiamento dei pazzi, che versano in sì fatte condizioni patologiche della coscienza, nulla ha di particolarmente caratteristico. La grande maggioranza dei nostri malati ci si presenta invece, come dissi, in condizioni fisiche tali da non richiedere il decubito; nullameno, anche nelle forme di pura psiconeurosi e psicosi, il modo, con cui si effettuano e si mantengono le posizioni di riposo del corpo, offre apparenze speciali che meritano qualche considerazione.

Le sofferenze morali non hanno reazioni diverse da quelle fisiche, e le leggi dell'espressione sono pur sempre le medesime (MANTEGAZZA): ed ecco perchè nelle forme depressive melancoliche e ipocondriache i malati giacciono sul letto accasciati in attitudine dolorosa, cercando di eseguire il minor numero possibile di movimenti, sfuggendo la luce e i rumori, respingendo ogni conforto. Alcuni cercano instintivamente il letto come un ristoro, e vi si ostinano senza più volerne discendere (*atremia*, *clinomania*). Altri vi si raggomitolano, si tirano le coltri sulla testa, affondano la faccia nei guanciali o fra le lenzuola, tengono le membra in flessione: essi non tollerano alcun esame, e si oppongono tenacemente, con gli occhi chiusi e con le pugna contratte, ad ogni tentativo che si faccia per scoprirli e per vederli in faccia. Quegli atteggiamenti strani, per cui il corpo si contorce tutto su di sè stesso, e che abbiamo detto proprî della posizione seduta in molte forme di stupore, di melancolia cronica, di demenza, di idiotismo, si veggono anche nel decubito. Di più, molti pazzi giacciono

apaticamente sulle proprie dejezioni, siano essi affetti da anestesia cutanea, siano incapaci per inerzia e torpore di volontà a mantenersi puliti, o profondamente pervertiti nella sensibilità morale. Il sudiciume, in cui alcuni, lasciati a sè, si avvolterebbero inconsapevolmente o volontariamente, è tale da superare pur anco le condizioni della tana e del giaciglio dello stesso bruto.

Ben diverso è il decubito dei pazzi agitati, ansiosi, aggressivi, e di quelli dominati da allucinazioni (stati di esaltamento, mania, paranoia esaltata, melancolia angosciosa, ecc.). Questi malati non chiedono, nè trovano riposo: sono irrequieti, clamorosi di notte e di giorno, sempre scomposti; se obbligati a giacere, fanno sforzi indicibili per uscire dal letto, si penzolano dalle sponde, si urtano violentemente contro la testiera, volgono tutto sossopra, imperversano contro ai guanciali, mordono, lacerano e distruggono le lenzuola, lordano le coperte cogli sputi e con i cibi; ora si protendono supini ed ora si rivoltano proni, ora gettano le braccia e le gambe di qua e di là, ora si raccolgono tutti in un gruppo con la testa fra le ginocchia. Il pudore non li rattiene dallo scoprirsi, o dal soddisfare i loro bisogni corporei in presenza di altri: spesso sono eccitati da furori di libidine, e fanno mostra delle parti genitali, del seno, ecc. Tipico poi del tutto è il modo di presentarsi dell'isterica in accesso: come può vedersi nelle splendide definizioni ed illustrazioni della Salpêtrière, le diverse fasi del delirio ecmnesico e le allucinazioni le più opposte si manifestano con atteggiamenti passionali caratteristici (CHARCOT e BOURNEVILLE, REGNARD, RICHER, PITRES, GILLES DE LA TOURETTE).

Pertanto, vi hanno anche pazzi che durante il giorno desiderano riposo e isolamento da ogni contatto umano; nelle sale, nelle corti degli Asili, nella loro stessa camera, quando si lascino liberi di farlo, vanno a na-

scondersi negli angoli più riposti, e là si sdrajano ai pie' dei muri o degli alberi, abbandonandovisi scompostamente, raggrinchiandosi, accovacciandosi come animali, indifferenti alla pioggia ed al sollione, avvoltolati nel fango nella polvere e nelle immondezze, del tutto inerti, e spesso incuranti perfino del nutrimento (dementi apatici, stupidi, epilettici, idioti, paralitici).

È ai diversi atteggiamenti abituali, quasi sempre incoercibili, degli alienati, che si cerca soddisfare nei Manicomî con letti di forma particolare (letti per agitati, per sudici e paralitici, per convulsionarî, ecc.), come si fa anche per gli altri mobili ed attrezzi, che mirano a proteggere l'alienato contro sè stesso, e a difendere le persone e gli oggetti dai suoi impulsi distruttori e dalle conseguenze della sua volontà abolita o pervertita (mezzi contentivi o di coercizione). L'insieme delle nozioni pratiche riferentisi a queste esigenze costituisce per alcuni pseudo-alienisti l'obbiettivo precipuo della loro sedicente coltura psichiatrica e della tecnica manicomiale; la loro fantasia si sbizzarrisce nell'inventare meccanismi i più complicati e grotteschi. Ma la assistenza e la custodia di buoni infermieri, la sana disciplina dell'Asilo, e la dovuta considerazione verso gli ordini terapeutici del personale sanitario, valgono meglio di ogni mezzo meccanico. Lo prova ampiamente tutta la storia della Psichiatria, da Vincenzo Chiarugi in poi, e più di tutto lo dimostrò la abolizione dei mezzi e procedimenti contentivi, intuita già nella antichità classica da Celio Aureliano, sostenuta vigorosamente verso la metà del nostro secolo dal Conolly (*no-restraint*), accolta dopo lui dai più insigni alienisti, e sperimentata oramai con innegabile vantaggio, e in più o meno larga misura, nei migliori Manicomî. Checchè si faccia o si dica, quei nostri Asili, dove tuttora i poveri alienati vengono sottoposti spesso a torturante contenzione, dove i casi acuti e guaribili si mescolano e si contagiano coi cronici e incurabili, dove tutta la terapia consiste in norme grossolane ed empiriche ad ordinamento di caserma, e dove ogni trattamento individuale riesce quasi impossibile per l'accumulo dei malati in piccolo spazio, appariranno ai

non remoti posteri come un'istituzione incompleta, sopravvivenza di tempi semibarbari, vergogna dei tempi nostri.

Speciale importanza clinica avrebbe l'osservazione degli alienati nel riposo notturno, poichè non solo ci rendiamo conto delle lesioni del sonno, ma soventi volte il disordine psichico ci è rivelato solo dal contegno del pazzo durante la notte. Notevole poi, fra gli altri, è l'atteggiamento di molti paralitici che dormono con la testa rialzata ed il collo irrigidito in flessione anteriore, senza quasi mai posare l'occipite o la nuca sul guanciale (Cfr. Vol I., pag. 207-209)

B) Gli atteggiamenti di locomozione, nei quali il sistema muscolare del tronco e delle membra è disposto tutto o in gran parte alla contrazione per lo spostamento d'insieme del corpo, si riducono, pel caso nostro, alle varie qualità di *andature* « disbasie ».

Vi sono, infatti, altri moti translatorî del corpo, per esempio il salto, la corsa, il nuoto, che sono importantissimi e da esaminare per riguardo alla fisiologia del movimento nell'uomo e negli animali. Essi vennero sfruttati abilmente dai fisiologi per lo studio delle lesioni sperimentali dai centri nervosi (scerebrazione, taglio e distruzione dei gangli basilari, dei peduncoli, dei canali semicircolari, del midollo, ecc.); ma le loro modificazioni patologiche, che pur debbono essere e frequenti e tipiche anche nelle diverse malattie nervose e mentali, non sono osservabili nelle condizioni pratiche ordinarie della Neuropatologia e Psichiatria. E anche limitandoci all'andatura qui dobbiamo eliminare il discorso delle sue alterazioni puramente fisiche: poichè, quando alla pazzia preesiste o sussegue un processo morboso dei centri e dei nervi periferici, o quando è il processo medesimo che altera le funzioni inferiori di innervazione e quelle psichiche, è evidente che possiamo osservare nell'alienato tutte le varietà patologiche dell'andatura: (*disbasie motorie*, *sensitive* e *trofiche*, di Blocq). E così la *paralitica* (demenze emiplegiche, demenze senili con rammollimenti parziali, demenze alcooliche con polineurite, psicopatie tossiche con sintomi di pseudotabe), la *atassica* (paralisi ge-

nerale progressiva, demenze senili con emicorea, demenza tabetica, neurastenia, isterismo), la *spasmodico-tonica* (demenza da sclerosi multipla, paralisi agitante con turbamenti mentali), la *spasmodico-clonica* (pazzia coreica, idiotismo con atetosi), la *titubante* (stati vertiginosi), ecc., come vedemmo in altre parti dell'opera (Vol. I, Cap. III, Art. II, p. 245 e segg.; Vol. II, *passim*).

Anche l'andatura, come parte dell'espressione degli stati psichici, è da noi studiata con due processi: 1.° coll'osservazione diretta del modo con cui il pazzo cammina, sia presentandosi al nostro esame, sia ubbidendo ai nostri inviti e comandi; e 2.° con l'esplorazione mediante l'analisi fisiologica del moto di traslazione. A quest'ultimo scopo servono diversi procedimenti tecnici, fra cui ricorderò: 1.° la cronometria del numero dei passi e del tempo impiegati a percorrere un dato spazio (processo dei Fr. Weber, *podometri* varii); 2.° la registrazione grafica continua dei movimenti eseguiti dalle estremità e delle oscillazioni del corpo, mediante i soliti apparecchi di trasmissione (processi di Marey, e loro modificazioni di Carlet, Demeny, ecc., *odografi*); 3.° la inscrizione colorata, *a*, delle impronte lasciate dai piedi sul suolo, e *b*, quella dei moti oscillatorî del bregma nel compiere i passi (processo di Vierordt, più o meno modificato da Neugebauer, da Gilles de la Tourette, da Fèré, da Lombroso, ecc.); 4.° la cronofotografia, che permette di cogliere, in imagini succedentisi rapidissimamente, le diverse posizioni del corpo e delle membra durante i varî moti di traslazione (processo di Muybridge, perfezionato da Marey e da A. Mosso, *apparecchi istantanei, rivoltelle fotografiche*, ecc.); 5.° in fine, qualora si possedessero molte imagini successive d'un alienato e d'un neuropatico in cammino, o in accesso di furore, di angoscia, di convulsione, ecc., si potrebbe ottenere la riproduzione sintetica e viva dell'atteggiamento col *fenatiscopio* o *zootropo* di Plateau (processi di Carlet, di M. Duval).

L'andatura di molti alienati non diversifica per nulla da quella dei sani, e già ne vedemmo le ragioni: in allora essa è regolare, più o meno sollecita secondo la

volontà del soggetto o gli ordini dell'esploratore, e si compie con passi misurati ed eguali, senza che mai si perda l'equilibrio del corpo, e senza oscillazioni anormali delle membra e della testa. Ma quando esistano cangiamenti notevoli dell'intonazione sentimentale, quando il pazzo sia dominato da idee troppo gaje o troppo tristi, da illusioni, da impulsi, anche l'andatura prende caratteri speciali (*disbasie psichiche*). Essa diviene più *spigliata* ed *agile* negli stati di esaltamento, *lenta* e *stentata* in quelli di depressione, soprattutto se accompagnati da psichialgia. Talvolta il pazzo cammina in portamento *umile* e *circospetto*, tal'altra in modo *altero* e *vanitoso*; e ciò sempre in relazione al contenuto del suo delirio. Se la mente è debole dalla nascita, o se le facoltà mentali sono affievolite, l'andatura appare *goffa* e *torpida*; quando vi è, per contrario, grave eccitazione psicomotoria, essa è *disordinata* e *incoerente*, o avviene a scatti in forma *impulsiva*, cangiandosi spesso in una corsa senza scopo, *sfrenata* ed *incoercibile* (« mania ambulatoria », epilessia procursiva). Nei profondi obnubilamenti della coscienza, il pazzo cammina come un sonnambulo, e la sua andatura è puramente *automatica*. Altri alienati, immersi nello stupore o nel passivismo della melancolia, sono incapaci di camminare, e bisogna sorreggerli mentre s'avanzano col corpo *cascante* e coi muscoli in risoluzione. In certe forme vi è quella impossibilità di incedere che fu detta *abasia* (Blocq), e che sempre o quasi sempre si associa colla astasia. Ve n'ha pure di quelli che, immobili nella stazione eretta od inerti nella seduta, si oppongono ad ogni tentativo di moto, e si fanno spingere e trascinare in un incesso rigido, come se fossero tutti d'un pezzo e le loro membra avessero perduta ogni elasticità (*abasia angosciosa*, Knapp). Nè mancano, soprattutto nelle frenastenie, le movenze decisamente *animalesche*, fra

cui l'andare carponi, e, più tipica ancora, la tendenza continua ad arrampicarsi.

Alcune di queste andature pazzesche, vere « parabasie psichiche », meritano una descrizione speciale.

a. Il maniaco mostra in tutte le sue movenze il sentimento di piacere che lo invade: la sua andatura è franca, leggiera, spedita, il passo è accentuato con forza, il centro di gravità è mantenuto con ostentazione, gli arti superiori, con moti rapidi e vivaci di estensione, prendono spesso parte attiva all'incesso. Sui tracciati la trajettoria del bregma si inscrive in curve risentite: le articolazioni del tronco e bacino sembrano divenute più flessibili. Quando vi sia molto eccitamento, il malato cammina a salti, o frammette la corsa alla andatura di passo, o si butta inconsideratamente di qua e di là. A me è parso caratteristico delle forme degenerative (catatonia, ebefrenia, mania ciclica) il fanciulleggiare e il far mille smorfie e moine nell'atto di incedere. Altri, più eccitati ancora, non badano all'equilibrio del corpo, e, quasi che il loro senso muscolare non li avvisasse dello sforzo necessario per mantenere il corpo in stazione, si danno a sbalzi temerarî senza badare ad ostacoli od a pericoli.

b. Il melancolico, all'opposto, ci rivela sempre la sua indecisione dolorosa. Prima di incamminarsi tituba, e nell'alzarsi mette un tempo molto lungo, spesso puntandosi faticosamente con le mani sulla seggiola, o protendendo le braccia all'innanzi come per chiedere un rinforzo. Quando cammina, il suo corpo barcolla, i passi sono brevi e lenti, la pianta viene appena staccata dal suolo, così che sui tracciati le orme sono più larghe e lunghe, e la curva della trajettoria verticale della testa manca quasi affatto, mentre è palese nella orizzontale; il tronco è tenuto pendente, le braccia non partecipano al movimento, e sono o strette sul petto o lasciate in abbandono lungo il corpo. Predominano i moti di flessione, ed anche le ginocchia sono semipiegate ed accostate: tutte le articolazioni, specialmente quelle della spina e del collo, eseguono il minore spostamento possibile. Il percorso di un dato spazio si fa in un tempo assai lungo, e talvolta, compiuti alcuni passi, il melancolico si arresta: occorrono

inviti ed ordini reiterati per ismuoverlo, e, quando finalmente si incammina, bisogna spingerlo colla voce e colla mano. Nei casi di grave esaurimento, di negativismo completo, bisogna sorreggere i malati. Nello stupore, nella demenza acuta profonda, il pazzo deambula come un fantasma: le ginocchia non si piegano, gli arti restano rigidi, la testa è fissa come formasse un pezzo solo col tronco, ed i tracciati sul suolo sono continui senza interruzione di passo.



Fig. 84. — Atteggiamento seduto di un'isterica con emicontrattura destra (da BOURNEVILLE e REGNARD).

c. Dei paranoici sono caratteristiche l'andatura diffidente e sospettosa, oppure la altera e sprezzante. I perseguitati s'avanzano con circospezione, guardandosi d'attorno muovendosi a pause, con lo sguardo fissato sull'osservatore. Quelli affetti da delirio di grandezza camminano maestosamente, con il tronco eretto, a passi gravi e misurati, atteggiando il viso alla espressione del disdegno o del sarcasmo, stringendo fra le mani frementi gli emblemi del loro potere o della loro nuova personalità (veggasi retro, §. 79).

d. L'idiota, l'imbecille, il demente camminano in maniera goffa, senza alcuna eleganza, tenendo il corpo inclinato, il piede posato su tutta la pianta o sul bordo esterno, le braccia penzoloni, le mani non raramente in preda a pseudo-atetosi, il viso atteggiato all'indifferenza ed all'apatia. Fu osservato che negli epilettici l'andatura offre spesso un leggero grado di titubanza, per cui loro è difficile camminare sulla linea del-

l'asse: il loro passo è più breve del normale, i piedi sono più scostati per il sostegno del corpo, e vi è tendenza al lateralismo sinistro. Per contrario nei criminali (tipo degenerativo?) si sarebbero trovati il passo più lungo del normale, e nessuna alterazione vera e propria dell' andatura, bensì uno spiccato mancinismo. Malgrado ciò, si è affermato (LOMBROSO e PERACCHIA) che l'andatura degli epilettici ha molta analogia con quella dei delinquenti.

e. La sindrome designata solo di recente col nome di *astasia-abasia* (BLOCQ, MARIE), e che sembra dipendere da una paralisi psichica (autosuggestione), non esclusa però una alterazione del senso muscolare, dev'essere accuratamente distinta dall'atassia e dalla vera paralisi. L'incoordinazione motrice non si manifesta che nell' atto di reggersi in piedi; i malati seduti o in letto sono capaci di eseguire con più o meno sollecitudine tutti i movimenti delle estremità inferiori, e anche moti complessi di traslazione (arrampicarsi, saltare, andar carponi, ecc.), ed al dinamometro mostrano di non mancare di energia muscolare. Ma quando si tenta di farli camminare, le loro gambe diventano flosce e si accollano l'una coll'altra, o si accavallano (*abasia paretica*), oppure cadono in preda a contorsioni cloniche (*abasia coreica*), o infine sono incolte da rigidità, da contrattura, o da trepidazione epilettoide (*abasia spastica* o *trepidante*). Noto qui che, nella posizione seduta, le estremità inferiori spesso non toccano il suolo, e l'infermo le tiene estese nei ginocchi, sollevate per aria: altre volte i piedi toccano il suolo solo con la punta, ma bisogna che l'alienista elimini l' esistenza di contratture, quali si veggono nelle isteriche (fig. 84). Per me, intanto, ha ragione il SÈGLAS nel giudicare l' astasia-abasia una sindrome vesanica: verissimo che la si trovi talvolta nell'isterismo e nella neurastenia, ma gli alienisti hanno occasione quasi ogni giorno di scorgerla nella melancolia, nello stupore, e negli stessi accessi catatonici della paranoia acuta sensoriale.

Lo studio delle disbasie organiche e psichiche è di data recente (cfr. BLOCQ, *Les troubles de la Marche dans. l. mal. nerv.*, Parigi, 1893): per quelle psichiche si potrebbe adottare la distinzione del WERNICKE in *afunzionali*, *iperfunzionali* e *parafunzionali*.

§ 3.

Fisonomia e mimica emotiva.

82. **Principî e metodi per l'esame della fisonomia e mimica emotiva.** — Che la fisonomia dei pazzi si distingua per qualcosa di caratteristico da quella dei sani, come dai più si ritiene, è opinione, se non vera nè facile a provare per tutti i casi, che pur risponde molto sovente alla realtà. Lo stesso alienista comincia istintivamente l'esame clinico con un rapido sguardo all'atteggiamento mio-facciale del soggetto: si può anzi dire che le ulteriori indagini diagnostiche sono guidate molte volte dalla prima idea, che l'espressione fisionomica risveglia nella nostra mente riguardo alla indole generale della psicopatia. Però l'espressione della fisonomia non è che una parte di quell' insieme di azioni reflesse, in cui si trasformano per energia centrifuga gli stati psichici aventi una decisa intonazione sentimentale (emozioni): i movimenti dei muscoli della faccia non restano quasi mai isolati, e per lo più, quando le idee e i sentimenti abbiano una certa intensità, si accompagnano con movimenti pure espressivi di altri gruppi muscolari (attitudini e movenze della testa e del tronco, moti degli arti o gesti, fonazione automatica od istintiva, tono e timbro della voce, fenomeni vasomotorî sulle parti cutanee visibili, ecc.). Ne segue che l'esame della fisonomia non va disgiunto da quello della mimica emotiva, e che, in conformità delle leggi fisiopsicologiche sul rapporto fra qualità e tonalità degli stati psichici, e quantità e diffusione degli impulsi centrifughi, le espressioni mimiche del volto hanno equivalenze, correlazioni e concomitanze determinate nei movimenti delle altre parti del corpo.

La mimica fu detta « il linguaggio muto dello spirito » (PIDERIT); ma io credo che si debbano distinguere nella mimica umana due gruppi affatto diversi di fenomeni espressivi. Il primo comprende le movenze di espressione reflessa o spontanea, che dipendono direttamente dal lato affettivo della vita mentale, ed essendo subordinate alle leggi anatomo-fisiologiche dell'organizzazione, sono eguali in tutti i tempi e luoghi e in tutte le razze, e sono anche simili od analoghe, come dimostrò C. DARWIN, alle espressioni delle specie animali. — Il secondo, invece, è costituito dalle movenze e dai gesti convenzionali, che, nati dai bisogni della convivenza umana, servono specialmente a manifestare il lato cognitivo della vita mentale, e si debbono con ciò assimilare ai segni del linguaggio. Abbiamo, dunque, due sorta di mimica: una *emotiva*, che include anche la fisonomia, ed alla quale io darò in questo Manuale uno sviluppo forse non mai visto, ma proporzionato alla sua importanza *pratica*; ed una *significativa*, che sarà analizzata più brevemente in un prossimo capitolo.

A tutti è noto che la mimica emotiva fu studiata sotto l'aspetto fisiologico dai più insigni naturalisti e psicologi (CAMPER, CH. BELL, DUCHENNE [de Boulogne], H. SPENCER, GRATIOLET, LE BRUN, PIDERIT, LEMOINE, CH. DARWIN, VIERORDT, BAIN, L. DUMONT, MANTEGAZZA, WUNDT . . .), e che anche in medicina le si è attribuita una grande importanza semiologica (POLLI, LEPELLETIER, BAUMGAERTNER, BIRCH-HIRSCHFELD, CHARCOT e la sua scuola, BYRON-BRAMWELL . . .). Ommetto le pubblicazioni dei fisiognomonisti e dei frenologi vecchi e nuovi, quali DALLA PORTA, LAVATER, MOREAU [de la Sarthe], GALL e SPURZHEIM, VIMONT, GAMA-MACHADO, SCHACK, ecc. Per le malattie mentali, oltre a quanto ne dicono i trattatisti, menzionerò le ricerche speciali di MORISON, MARSHALL, KRAUSS, DAMEROW, LAURENT, M. LANE HAMILTON, OPPENHEIM, le conferenze geniali del MEYNERT, e segnatamente la bella opera del nostro TEBALDI (*Fisonomia ed espressione studiate nelle loro deviazioni*, con atl., 1884), che è la migliore sull'argomento, mentre pei tipi di degenerazione stanno in prima fila gli studî di MOREL, di LOMBROSO e della scuola antropologico-criminale. Certamente, una teoria completa dell'espressione, nella quale vengano determinate le

origini dei fenomeni mimici e le cause del loro singolarizzarsi in determinati campi nerveo-muscolari, è tuttora un pio desiderio della scienza; non pertanto, i principî biologici stabiliti da C. DARWIN, da G. WUNDT, da T. PIDERIT, da P. MANTEGAZZA, mentre ci spiegano molti fatti della mimica emotiva nelle condizioni fisiologiche, possono guidare l'alienista a bene interpretare gli atteggiamenti mimico-fisionomici delle malattie mentali. Lo stesso DARWIN nel suo celebre libro si giovò largamente di osservazioni sui pazzi comunicategli da CRICHTON-BROWN e da NICOL (v. *The Espression of Emotions*, 1872, ai Cap. 6.° 7.° 8.° 10.° 12.°). Ecco un saggio del come potrebbero applicarsi alcuni dei principî biologici e psicologici dell'espressione ai fenomeni mimici degli alienati:

1.° *Le azioni, che compongono l'espressione, sono dovute alla costituzione del sistema nervoso* (C. DARWIN), *e sono regolate direttamente dalle leggi di innervazione* (G. WUNDT). — L'esistenza di determinati atteggiamenti mimici e fisionomici ci permette di prevedere, in ciascun caso, quali saranno gli effetti fisiologici delle emozioni intense dei pazzi, anche sui territorî nervosi non accessibili al nostro primo esame (« simpatie funzionali nervose » del MANTEGAZZA). Così il pallore ed il rossore del volto, la secrezione delle lagrime e del sudore, la contrazione dei muscoli attornianti i centri mimici degli occhi e della bocca, risvegliando in noi l'imagine della sofferenza o della gioja, ci portano ad ammettere contemporanee modificazioni della funzione circolatoria e respiratoria (palpiti del cuore, affanno, stenocardia, ecc.).

2.° *La mimica reflessa deriva dall'associazione di abitudini utili, trasmesse dall'eredità nella specie* (C. DARWIN). — Questo principio darwiniano, malgrado le critiche cui fu sottoposto, ci spiega la natura automatica di certe espressioni, e la loro permanenza anche nelle forme più gravi di pazzia. Quando vediamo persistere solo gli atteggiamenti e movimenti mimici elementari, quelli cioè che consistono sostanzialmente in fenomeni di puro reflesso e corrispondono ai bisogni organici fondamentali di conservazione, possiamo arguirne che la dissoluzione della personalità ha raggiunto un grado molto elevato (demenza), o che ci troviamo di fronte ad un profondo oscuramento della coscienza (stati di stupore).

3.° *Gran parte dell'espressione consta di movimenti difensivi* (DARWIN, MANTEGAZZA). — Nei casi in cui la mimica del pazzo assume un carattere di energica protezione contro le impressioni sensoriali, o si risolve in atteggiamenti di ripulsione e di difesa, noi diagnostichiamo uno stato eccessivo di emotività, un' intensa predominanza di sentimenti dolorosi di antagonismo o di ripugnanza, ed una forte rappresentazione di danni e pericoli più o meno imminenti. La mimica passiva indica che l'alienato è incolto dallo scoraggiamento e si riconosce impotente a reagire: quella attiva ci denota, invece, un alto sentimento di sè e la convinzione di potere influire sulle circostanze esterne.

4.° *L'espressione è tanto più ricca di elementi mimici, quanto più è intenso e sensitivo l'atto psichico cui corrisponde* (MANTEGAZZA). — Se l'alienato ci mostra una grande ricchezza e varietà di atteggiamenti fisionomici e di reazioni mimiche, ne induciamo che il suo sviluppo mentale fu completo (malattia svoltasi in una personalità dapprima normale), e che i processi affettivi ed intellettuali si compiono ancora con una sufficiente intensità (stati acuti). Se per contrario la mimica dell' individuo è povera e rudimentale, la diagnosi inclinerà verso le forme congenite (arresti e deficienze di sviluppo, frenastenie e parafrenie), o verso gli stadî cronici e terminali delle psicopatie (demenze).

5.° *L' espressione degli stati sensitivi ed affettivi è più forte di quella degli intellettuali* (GRATIOLET). — Quando un malato di mente ci offre una mimica molta energica corrispondente ad emozioni caratteristiche, soprattutto nei muscoli facciali, noi possiamo indurre che in lui la lesione psichica predomina nella sfera sentimentale; e in allora si tratta o di forme psiconeurosiche, dove la alterazione della personalità si inizia quasi sempre con un disturbo della intonazione generale del sentimento (mania, melancolia), o di forme psicosiche in cui i disturbi percettivi ed intellettivi originarî, acutendosi, hanno provocato episodî di esaltazione e di depressione (paranoie, psicosi costituzionali neuropatiche, ecc.).

6.° *L'efficacia e la variabilità dei movimenti mimici sono proporzionali alla rapidità e quantità degli stati di coscienza* (PIDERIT). — Cangiamenti rapidi della fisionomia e movenze

vivaci della testa e delle membra indicano una formazione pur rapida e facile di imagini e di idee (ideorrea). Quando le espressioni del viso sono molto variabili, ne desumiamo l'esistenza di molte rappresentazioni a colorito emotivo intenso, e quindi una maggiore agevolezza nei processi mentali. Per lo contrario, gli atteggiamenti statici sono in rapporto con la persistenza di date imagini; ed ecco perchè da un viso immobile, con lo sguardo fisso, cogli occhi molto aperti e colle labbra serrate, possiamo molte volte indurre che il pazzo è in uno stato allucinatorio o in preda ad imagini impulsive continue. L'inerzia della fisonomia risveglia sempre nella nostra mente il concetto di un notevole impiccolimento del campo della coscienza, e di un lentissimo passaggio delle rappresentazioni nel suo punto di mira.

7.° *I movimenti mimici sono in rapporto diretto con le rappresentazioni sensoriali* (PIDERIT, WUNDT). — Nell'atto di pensare noi assumiamo sempre un atteggiamento somatico ed una fisonomia, che corrispondono all' indole sensoriale delle imagini evocate, poichè, se l'oggetto della rappresentazione non è presente, noi lo simuliamo: in altre parole, ogni imagine è il simulacro d'una impressione o sensazione già percepita. Ed ecco come uno stato intenso morboso di rappresentazione si esteriorizza, come se la coscienza fosse in quel momento colpita da una stimolazione dei sensi. Possiamo, dunque, dai fenomeni mimici ejettivamente considerati nel pazzo risalire alla diagnosi dell' indole speciale delle allucinazioni e del delirio, giacchè le diverse attività sensoriali, e soprattutto la visiva e l'acustica, ci sono rivelate da atteggiamenti particolari che servono a facilitare la recezione dello stimolo e la sua immissione nel campo appercettivo. Così l'allucinato acustico si mostra nell'atteggiamento di *ascoltare*, il visivo in quello di *guardare*, ecc.

8.° *I movimenti espressivi degli stati psichici sono regolati dall' associazione di sensazioni analoghe* (MANTEGAZZA, WUNDT). — Vi è perfetta equivalenza rispetto al modo di espressione fra certi sentimenti ideativi ed astratti, e determinati sentimenti sensoriali. Così la mimica dei piaceri e dolori affettivi è identica o molto somigliante a quella dei piaceri e dolori dell' udito, quella delle gioje e delusioni

intellettuali alla mimica dei piaceri e dolori della vista, le offese dell'amor proprio si esprimono come la sensazione del sapore amaro, la lotta contro un' oppressione morale è rivelata con le reazioni alle sofferenze traumatiche, la compiacenza dell'amor proprio con l'atteggiamento del benessere fisico, ecc. Questa legge importantissima della espressione ci serve di ottimo criterio per apprezzare la natura morbosa dei sentimenti, da cui sono regolate la mimica e la fisonomia nel pazzo. Rinvio lo studioso al bel libro del MANTEGAZZA (*Fisonomia e mimica,* « Bibl. scient. intern. », Vol. XXVIII, 1881), dove troverà esposte tutte le omologie mimiche: mi restringerò qui a pochi esempî. Quando l' alienato stà cogli occhi chiusi e con le palpebre fortemente arrugate, come se la sua vista fosse colpita da una soverchia luce, possiamo desumere l'esistenza non solo di allucinazioni visive, ma altresì di dolori intellettuali molto forti. Se il pazzo ci si mostra nell'atteggiamento di chi sente un freddo eccessivo, cioè col corpo raggrinchiato, le braccia flesse e contratte sul petto, gli abiti tenuti fortemente adesi, certo è diagnosticabile uno stato emotivo di paura (melancolia, pantofobia). Altre volte la mimica del pazzo ci rappresenta la sofferenza del caldo: la sua faccia è congesta, il respiro è celere ed ansante, le braccia sono scosse vivacemente, gli abiti sono lacerati e cacciati via, finchè corpo resti quasi affatto scoperto e nudo: predominano allora i sentimenti di antagonismo attivo, e si debbono prevedere atti violenti di ripulsione ed aggressione (mania grave, furore).

9.° *I movimenti passivi di espressione risvegliano nella coscienza gli stati psichici corrispondenti* (MAINE DE BIRAN, A. BAIN, MAUDSLEY). — Le ricerche sull' ipnotismo hanno dimostrato in modo perentorio l' influenza suggestiva degli atteggiamenti mimici provocati. Si può desumerne che nelle malattie mentali molte perturbazioni del sentimento e dell'ideazione sono create e mantenute, per un processo consimile, dalla forma, energia e facilità dei movimenti, ossia dalle condizioni particolari della motilità; ed è certo che un gran numero di fenomeni morbosi nella sfera psichica (delirî, idee impulsive), non sono d'origine primordiale, ma derivano in via secondaria dai disturbi dell'attività psicomotrice. Così, quando la fisonomia resta contratta in una espressione invariata di

dolore per spasmo tonico dei muscoli perioculari, la intonazione penosa del sentimento diviene costante, e le imagini più tristi insorgono per un vero automatismo. Qui insomma l'associazione fra movenza espressiva e stato emotivo corrispondente è il punto di partenza di tutte quelle associazioni psichiche più complesse (rappresentative), sulle quali si impernia e si costituisce poi il delirio.

Nell'esaminare la mimica emotiva degli alienati, e in particolar modo la fisonomia, che ne è il fattore più importante, dobbiamo distinguere accuratamente ciò che appartiene alla struttura delle parti, da ciò che traduce in fenomeni ejettivi gli stati interni dell'animo; distinguere, cioè, i caratteri morfologici dai movimenti espressivi degli organi di espressione.

a) La conformazione individuale delle parti modifica assai la espressione, e lo vediamo soprattutto nella fisonomia. Ciascuno degli elementi anatomici, che costituiscono il volto umano, può dar luogo a differenze individuali caratteristiche dei tratti o lineamenti, ed è da questi, osservati nel loro insieme, che noi ricaviamo i nostri giudizî sui momenti biologici della fisonomia (sesso, età, salute o malattia), sugli etnici (razza), sugli estetici (bellezza, armonia delle forme, atipia degenerativa), e per ultimo sugli psicologici (carattere morale, gerarchia intellettuale, attività ed energia del pensiero).

Se vi è un buon numero di pazzi che non offrono alcuna deviazione morfologica del volto, in moltissimi, per lo contrario, l'indole degenerativa della psicosi e della frenastenia si rivela con numerose e ragguardevoli anomalie ed atipie dei tratti (ipersviluppo, deficienza od asimmetria delle parti ossee, caratteri di inferiorità assoluta o relativa, teremorfie e pitecismo, stigmate ereditarie, ecc.). Altre volte la fisonomia è deformata dalle lesioni patologiche, che provocano disordini e disar-

monie di trofismo e di funzione, e quindi alterano la normale relazione fra i movimenti espressivi (emiatrofie facciali, paralisi e contratture dei muscoli, perturbamenti circolatorî, condizioni generali della ematopoesi e della nutrizione, ecc.).

I principali elementi anatomici del volto umano sono: 1.° la grandezza e i rapporti reciproci della faccia e del cranio; 2.° la larghezza e la altezza della faccia; 3.° la forma ovale od allungata, regolare od irregolare, a curve blande od angolose, del viso; 4.° la proporzione, armonica o disarmonica, delle singole sue parti, e soprattutto delle due metà superiore ed inferiore; 5.° il colore e la vascolarità dei tegumenti; 6.° la nutrizione ed il tono dei muscoli mimici; 7.° la conformazione della fronte, se larga ed alta o stretta e bassa, elevata o sfuggente; 8.° gli occhi e le loro parti circostanti (centro mimico di primo ordine); 9.° il naso, se grosso e piccolo, diritto o storto, con le pinne ravvicinate o divergenti, con le narici rivolte in avanti o all' infuori o in basso; 10.° la bocca, le sue parti costitutive, cioè le labbra e i denti e le regioni circostanti (altro centro mimico di primo ordine); 11.° il mento; 12.° le orecchie, che sono forse il lineamento meno espressivo, ma sede frequentissima di anomalie morfologiche; 13.° i capelli; 14.° la barba nelle sue varie foggie (cfr. le opere di MANTEGAZZA e di TEBALDI sulla fisonomia, non che P. TOPINARD, *Élements d'Anthropologie générale*, Parigi, 1885).

L'esame analitico e singolo di tutti questi elementi anatomici fa parte dell'esame antropologico-somatico dell'alienato già esposto nel primo Volume (pag. 116-175), ma qui si tratta di apprezzarne il significato rispetto all'espressione. Ora, noi li consideriamo sinteticamente nel loro insieme per giudicare se il nostro malato ha la faccia *bella* o *brutta* (valore etnico-estetico), *buona* o *cattiva* (valore morale), *stupida* o *intelligente* (valore intellettuale). Checchè si possa dire in contrario e malgrado le molte eccezioni, i nostri giudizî sintetici sono il più delle volte fondati sulla presenza, sulla assenza, sul numero dei caratteri atipici o di deviazione; di

guisa che le fisonomie giudicate brutte, cattive o stupide sono sempre meno euritmiche, men regolari e più atipiche delle « geniali », « buone » ed « intelligenti » (MANTEGAZZA). Le prime sono la caratteristica delle frenastenie e parafrenie costituzionali, cioè delle psicosi degenerative: le altre ci fanno invece propendere verso il diagnostico d'una forma frenopatica propriamente detta, cioè d'una malattia insorta in un cervello (ed in una personalità) normale.

Ma la deviazione delle fisonomie umane non avviene mai disordinatamente, poichè la legge di correlazione fra i caratteri domina tanto nella formazione dei tipi sani, quanto in quella dei morbosi. È per l'appunto questa sincronia correlativa di deformazioni le più svariate ciò che giustifica la creazione di « tipi fisionomici patologici » o « degenerativi ». Il TEBALDI, dopo avere osservato giustamente che la deviazione non crea differenze individuali assolute e ci si presenta invece con singolari analogie di linee secondo la sua natura speciale, ha proposto pel primo una classificazione pratica dei tipi fisionomici. Non avendone parlato nel primo Volume (e correggerò la dimenticanza in una prossima seconda edizione), la riferisco ora, con alcune lievi modificazioni.

1.° *Tipo robusto.* — È caratterizzato da uno sviluppo considerevole della testa, dall'accentuazione delle parti salienti, dall'angolosità della faccia, dalla grossezza di alcune linee ossee (gobbe frontali, arcate sopraccigliari, zigomi, mandibola, mento). Se ne hanno due varietà principali: *a*) la *epilettoide*, che offre esagerati tutti questi caratteri di robustezza e di mascolinità, e dove sono frequentissime le asimmetrie ed obliquità della faccia, le anomalie craniche, l'enorme sviluppo dell'apparato masticatorio, la grossolanità dei lineamenti (cfr. la fig. 17, Vol. I, pag. 132); *b*) la *imbecillesca*, in cui la degradazione si manifesta particolarmente nella sproporzione fra il cranio e la faccia, nella irregolarità degli organi esterni di senso, nella poca mobilità muscolare (A me pare che la varietà *cretinoide*, assimilata dal TEBALDI con la imbecillesca, spetti invece al tipo di arresto di sviluppo [cfr. la fig. 26, Vol. I, pag. 151], mentre ritengo impossibile raffigurarci un sottotipo fisionomico per il gruppo variabilissimo degli idioti).

Le fisonomie di questo primo gruppo sono per lo più povere

di espressione, in rapporto con la miseria intellettuale e con lo scarso sviluppo dei sentimenti. Spesseggiano le manifestazioni mimiche dell'inerzia e impotenza intellettuale, dell' indifferenza emotiva, della rabbia, dell' umiliazione, della curiosità, della perplessità, della simpatia interessata.

2.° *Tipo criminale.* — Secondo le indagini del LOMBROSO e della scuola antropologico-criminale, la fisonomia dei delinquenti offre molte analogie degenerative con quella degli epilettici; ed invero ecco i suoi caratteri più comuni: — capacità cranica inferiore alla media, brachicefalia e dolicocefalia esagerate, frequenti deformazioni del cranio, larghezza abnorme dei temporali, ristrettezza e bassezza della fronte, seni frontali e archi sopraccigliari esagerati, asimmetria della faccia, zigomi assai larghi e forti, mandibola voluminosa, impianto anormale delle orecchie, irregolarità del padiglione e del suo lobulo, naso largo e basso, arcuato o camuso, non raramente deviato dalla linea mediana, labbra tumide, profilo prognato, contorno angoloso del volto, ipersviluppo e robustezza delle creste di inserzione muscolare, dentatura deviata, unilateralità di un profondo solco naso-labiale, contrazione sardonica dell' angolo della bocca, occhio bieco e fisso, barba scarsa, capelli abbondanti, ecc. Alcuni antropologi criminalisti (MARRO) hanno creduto di poter distinguere sottotipi fisionomici per ciascuna categoria di criminali, cioè per gli omicidi, i ladri, gli stupratori, i truffatori, ecc., ma occorre attentamente non confondere i caratteri anatomici con le espressioni statiche dei sentimenti abituali (« tipi professionali » di TARDE).

La fisonomia dei delinquenti, pazzi morali, epilettici e alcoolisti inveterati e degenerati, è dura, rigida, spesso sarcastica, non rare volte dissimulativa. Prevalgono le espressioni dell'odio, del sospetto, del risentimento, del disprezzo, dello scetticismo, dell' incredulità, e tutte quelle connesse ai sentimenti egoistici.

3.° *Tipo atavico animalesco.* — I fisiognomonisti vedono, nel volto degli individui forniti di un dato carattere morale, altrettanti richiami a tipi di animali inferiori noti per le loro abitudini e tendenze; trovano, ad esempio, una decisa rassomiglianza dell' uomo astuto con la volpe, del coraggioso col

leone, del lussurioso con la scimia, ecc. (cfr. SCHACK, *La Physion. chez l' Homme et les Animaux*, tr. franç. 1887, Op. orig. danese, Copenaghen, 1884). Senza giungere a tanta esagerazione, che spesso sconfina verso il grottesco, non si può negare la esistenza di fisionomie umane gerarchicamente bassissime, degradanti verso l'animalità, e soprattutto verso la conformazione pitecoide. Tal' è la caratteristica figura, dal profilo enormemente prognato e la fronte piccola e retratta, che ci presentano certi idioti (« varietà Azteca » della microcefalia), e sulla quale non si manifestano vivacemente che le espressioni degli istinti e dei bisogni organici, tutto al più quelle dei piaceri del senso muscolare prodotti mediante certi moti automatici di bilanciamento, saltatorî, ecc. (fig. 85).



Fig. 85. — Idiotismo con microcefalia.
[Questo fanciullo è il terzo dei tre fratelli microcefali di Riolo in Sardegna, illustrati dal dott. ALTANA].

4.° *Tipo atavico etnico*. — Non rare volte la fisonomia dell' Europeo degenerato ricorda tipi etnici inferiori, siano viventi, siano estinti; e così vediamo nei pazzi, imbecilli e delinquenti, ora la forma eurignata e cameprosopica del Tartaro e del Mongolo, ora la ultraprognata e la megarrina del Negro, ora la ultradolicocefola e stenocefala del nostro antichissimo proavo Neanderthaloide, ora la platidolicocefala leptoprosopa dell' Ottentoto, ecc. Qui pure le espressioni prevalenti sono quelle dei sentimenti poco elevati (istintivi ed egoistici).

5.° *Tipi di inversione sessuale.* — Il pazzo ed il degenerato possono avere una fisonomia femminile (contorni arrotondati del volto, delicatezza dei tratti, assenza della barba, dolcezza dello sguardo), mentre nella pazza e nella delinquente si nota spesso un sembiante virile (lineamenti accentuati, archi sopraccigliari e mandibole forti, contorni angolosi della faccia, sviluppo anormale dei peli, sguardo ardito e fiero, ecc).

A questo scambio di caratteri sessuali secondarî può corrispondere un completo traviamento degli istinti riproduttivi, ed allora si è dinanzi ad una perturbazione profonda della personalità (inversione o parafrenia sessuale). Giova pertanto avvertire che, come stati congeniti, codeste deviazioni istintive sono piuttosto rare, mentre è frequente il loro sviluppo acquisito in *mezzo* alle raffinatezze ed alle corruzioni del vivere civile; e quindi dalla presenza di caratteri mascolini in una donna e muliebri in un maschio non si potrà sempre desumère la diagnosi di invertimento sessuale. In un libro recentissimo, riboccante di arditi concetti originali e di osservazioni curiose, il prof. SILVIO VENTURI ha dimostrato in modo efficace il valore clinico e il significato psico-sociale della degenerazione nei caratteri anatomici, fisiologici e psicologici della sessualità (*Le degenerazioni psico-sessuali nella vita degli individui e nella storia delle Società*, Torino, Bocca, 1892).

6.° *Tipo di arresto nello sviluppo.* — Sono mantenuti i caratteri fisionomici dei primi periodi dell'esistenza, cioè ora quelli fetali ed ora soltanto quelli dell' infanzia (piccolezza della faccia rispetto al cranio o microprosopia, proeminenza delle bozze frontali, metopismo, tessuto sottocutaneo sovrabbondante, pelle del viso disposta a pieghe, persistenza della lanuggine fetale, *microdontia* e dentizione soprannumeraria, linfatismo, tardiva comparsa o assenza dei caratteri sessuali secondarî nel sistema pilifero, nelle mammelle, ecc.). È questo il tipo caratteristico del cretinismo endemico e sporadico. Arresti morfologici parziali si osservano però anche in altre forme psicosiche, e soprattutto nei paranoici originarî, negli ebefrenici, nelle isteriche, e, generalmente parlando, negli ereditarî. Le espressioni fisionomiche e mimiche in allora predominanti sono in rapporto con l' insufficiente formazione del sentimento e con la scarsa evoluzione intellettuale, o, come direbbe il VENTURI, con la immaturità dello spirito.

7.° *Tipo di senescenza.* — La pazzia, che tronca tante volte la parabola biologica di una famiglia e di una stirpe, mostra la sua azione deteriorante sulla energia fisica nell'individuo, ora accorciando il ciclo della sua esistenza, ora affrettando l' evoluzione senile dell' organismo (cfr. Vol. I, § 32, pag. 108). Così ci spieghiamo la senilità precoce della fisonomia di molti alienati, in ispecial modo dei melancolici, dei dementi, dei paralitici (lineamenti rientranti, tratti cadenti, rughe profonde e numerose, floscezza delle palpebre e delle labbra, canizie e calvizie, ecc.). — In questo tipo senile le espressioni ridiventano povere o poco efficaci, pel ridursi della personalità nei suoi elementi primordiali o pel suo dissolversi totale: o vi è apatia sentimentale ed inerzia assoluta mentale, oppure prevalgono i sentimenti concentrativi e passivi, quali la rassegnazione, l'avvilimento, l'ostinazione, la noia, il rammarico, la delusione, la sfiducia, il tedio, il senso dell' impotenza materiale e morale, la perplessità, la paura egoistica, la disaffezione, ecc.

b) Riguardo ai movimenti espressivi propriamente detti, si esaminano nella fisonomia del pazzo quelli *spontanei* e quelli *provocati*. I primi ci mostrano gli effetti permanenti e transitorî indotti nelle parti molli del viso dallo stato psichico abituale del malato e dalle rappresentazioni ed emozioni, che la psicopatia fa insorgere spontaneamente davanti alla di lui coscienza (percezioni erronee, allucinazioni, sentimenti ed affetti morbosi, idee fisse, idee deliranti): i secondi ci permettono di giudicare sperimentalmente le condizioni della percettività, dell'emotività, dell'associazione ideativa, e nello stesso tempo ci pongono in grado di analizzare il giuoco isolato o combinato dei muscoli.

Mentre si esamina la faccia con la massima attenzione, si ha pure l'opportunità di osservare gli altri organi mimici, giacchè ogni atteggiamento e movenza particolare dei muscoli fisionomici si associa di regola con contrazioni e attitudini corrispondenti in altri gruppi

muscolari del corpo, e soprattutto di quelli dell'arto superiore e della testa (gesti automatici). Contemporaneamente debbono raccogliersi tutti gli altri fenomeni reattivi esteriori della espressione nella sfera organica, nella vasomotoria (pallore, rossore) e nella secretoria (lagrime, saliva, sudore).

α) L'ispezione degli organi mimici si effettua fin dal primo momento dell'esame. Basta spesso un rapido sguardo gettato sul volto per mostrarci la gajezza eccessiva del maniaco, la tristezza e l'ansietà del melancolico, la attonitaggine dello stupido, la apatia del demente, il disdegno del paranoico orgoglioso, la diffidenza del paranoico perseguitato, la indifferenza dell' imbecille, la volubilità dell'isterica, e simili altre espressioni generali caratteristiche di ciascuna forma di pazzia. Valendoci delle nozioni empiriche accumulate in tutti noi dall'esperienza comune del consorzio umano, e, nel caso speciale, dall'osservazione comparata di molti pazzi, ci riesce agevole pronunciare tosto quei giudizî generici e sintetici sulla fisonomia, che il MANTEGAZZA ha opportunamente designato coi nomi di giudizio *fisiologico*, *morale* ed *intellettuale*.

È un *giudizio morale* ed *intellettuale*, quando dalle sembianze dell'alienato desumiamo il suo carattere e il suo grado di intelligenza. È invece un *giudizio fisiologico*, quando diciamo che il pazzo ha « buona » o « cattiva cera » secondo le ben note condizioni trofiche dei tessuti molli, il color della pelle, lo spessore del pannicolo adiposo, la tonicità dei muscoli, la vivacità o la languidezza dello sguardo, ecc. Da queste sembianze desumeremo che la sua nutrizione cerebrale si compie bene o male, e che l'innervazione è potente ed armonica, oppure debole e discontinua. Fra le « cere » patologiche descritte dai fisionomisti (dal POLLI, ad esempio), hanno per lo psichiatro una speciale importanza: la *fisonomia dolorosa*, che ricorda l'espressione permanente del dolore fisico (stati di melancolia con distimia, paranoie ipocondriache); la *onanistica*, che contraddistingue gli inveterati masturbatori (pazzie ebefreniche); la *apoplettica*, che rivela la predisposizione individuale ai processi congestivi (demenza); la *idrocefalica*, che ci richiama

alla mente le affezioni convulsive dell'infanzia (idiotismo, forme ereditarie, epilessia), ecc.

Per ben cogliere tutte le movenze espressive del viso, noi lo osserviamo di prospetto e di profilo. Il prospetto ci dà agio di paragonare la funzionalità bilaterale della fisionomia, giacchè in casi numerosi esiste una disuguaglianza di contrazione dei muscoli omologhi delle due metà della faccia (emiparesi ed emispasmo facciali delle forme paralitiche e catatoniche, paramimie dei dementi ed idioti, *riso sardonico* dei maniaci, *tic* nervosi unilaterali dei degenerati). Di più, noi sappiamo che i movimenti fisionomici si effettuano soprattutto nei muscoli attornianti l'occhio e la bocca, così che abbiamo due centri mimici principali, l'*oculare* e l'*orale*, che, come servono all'espressione degli stati emotivi normali, così sono anche quelli in cui si stereotipano le reazioni mimiche permanenti degli stati morbosi (cfr. le Tavole annesse a questo Volume).

In quanto agli altri organi in cui può avvenire l'espressione mimica di un'emozione, è l'arto superiore, e di esso il segmento distale o mano, che dobbiamo in particolar modo ispezionare. Le norme di questa ispezione non sono però dissimili da quelle che ci guidano nell'osservazione del volto. Il volto rimane sempre il centro di ogni azione espressiva, e le movenze mimiche della testa, della mano, del braccio, del tronco, indi dell'arto inferiore, sono soltanto reflessi correlativi di quelle fisionomiche, o effetti diffusi di stimolazioni cerebrali eccessive. Non pertanto, la conformazione di quelle parti ci permette di studiarne i movimenti con procedimenti tecnici inapplicabili ai muscoli della faccia, e di inscriverne sulla carta i tracciati delle contrazioni spontanee e reflesse nei muscoli e vasi sanguigni (apparecchi registratori del MAREY e del FRANCK, pletismografo ed ergografo del Mosso, guanto a trasmissione del WARNER, ecc.).

È notevole talvolta l'apparizione subitanea di movenze espressive sulla fisonomia di certi pazzi che noi stiamo osservando, e che ci sembravano in quell'istante affatto tranquilli ed indifferenti, od anche attoniti ed inerti. Si veggono allora contrarsi determinati muscoli e gruppi muscolari, e il viso assumere attitudini inaspettate e complesse di dolore, di gioia, di paura, di meraviglia, oppure atteggiarsi, insieme con la

testa e col rimanente del corpo, ad un esercizio più intenso degli apparati sensoriali, come sarebbero la vista e l' udito. Questi cangiamenti improvvisi dell'espressione sono in rapporto con modificazioni psichiche spontanee, cioè con imagini morbose che escono ad un tratto dall' incosciente ed entrano nel campo appercettivo, con allucinazioni visive ed acustiche che obbligano il pazzo a guardare e ad ascoltare, con rappresentazioni intense di movimenti che tendono ad attuarsi, con scariche efferenti partite dai centri encefalici della espressione in istato di insolito eccitamento. Alcune volte sul viso del pazzo si alternano con velocità straordinaria le più opposte espressioni di riso, di pianto, di collera, di soddisfazione, di malcontento: questo è indizio di variabilità eccessiva nell' umore, di volubilità di carattere, di rapidità morbosa del processo rappresentativo (mania, delirio isterico, paranoia acuta allucinatoria, pazzia catatonica).

β) La fotografia ci permette di fissare stabilmente sulla carta le fisonomie tipiche offerteci dalla pazzia, e tutte le variazioni fisionomiche di un pazzo durante il decorso della malattia.

Si hanno oggidì apparecchi perfezionati, con obbiettivi assolutamente acromatici e con otturatori cronometrici, ai quali bastano tempi brevissimi di posa (nella fotografia così detta istantanea si scende a frazioni insignificanti di secondo): così riusciamo a raccogliere i più fugaci movimenti espressivi dei nostri malati, e riuniamo documenti preziosi per la diagnosi fe la prognosi. Quasi tutti i ritratti inseriti in questo *Manuale* urono per l'appunto eseguiti a posa cortissima, e vi si scorgerà la efficacissima raffigurazione dell'esaltamento maniaco, della concentrazione melancolica, dello stupore catatonico, dell'altero contegno del paranoico. Confrontando le fotografie prese sul pazzo con i suoi ritratti anteriori o posteriori all'accesso, avremo un mezzo eccellente per istabilire le perturbazioni fisionomiche apportate dalla malattia, e per confermarne la guarigione completa od incompleta. Prese poi in periodi diversi della psicosi, le fotografie ci mostreranno i cangiamenti mimici delle intermittenze e remittenze, delle oscillazioni più o meno periodiche nel tono emotivo, e della successione regolare degli stati morbosi opposti nelle forme cicliche. Certo è che nessuna Clinica neurologica o psichiatrica

dovrebbe mancare d'un laboratorio fotografico, e ne vediamo l'utilità nelle bellissime pubblicazioni della Salpètrière (*Iconographie*, 1.ª serie, di BOURNEVILLE e REGNARD, 1877-80, e 2.ª serie, di BLOCQ, GUINON e LONDE, dal 1890 . . .), non che nei trattati psichiatrici più o meno antichi di GOULLOD, KIESER, DAGONET, LEIDESDORF, e nel recentissimo di KIRCHHOF (*Lehrbuch der Psychiatrie*, Wien, 1892).

Il processo delle fotografie composite imaginato da FR. GALTON consiste nella sovrapposizione di molte negative sulla stessa carta sensibile, in modo da ottenere una imagine unica definitiva, che è poi la sintesi di imagini parziali a contorni sfumati. Potrebbe essere usato in Psichiatria per trovare la raffigurazione media o tipica di ciascuna forma speciale di psicopatia, e venne infatti anche adottato dal LOMBROSO per la definizione del tipo criminale; ma non possono aspettarsene risultati sicuri e serî, se non per riguardo ai caratteri morfologici (cranio, conformazione anatomica della faccia). Riguardo all'espressione fisionomica, vi è troppa eterogeneità fra gli elementi mimici che dovrebbero assimilarsi, vi è troppa varietà di movenze sul viso dei malati anche appartenenti al medesimo gruppo nosologico, perchè le fisonomie galtoniane dei pazzi non debbano risultare sempre molto confuse e poco significative.

Più utile, sotto l'aspetto scientifico, è il metodo delle fotografie istantanee succedentisi a brevissimo intervallo durante l'esecuzione d'un movimento complesso. Fu immaginato da MUYBRIDGE per lo studio della locomozione animale, e fu perfezionato dal MAREY. Alla Salpètriére il LONDE usa un apparecchio fotografico di nove obbiettivi disposti a corona, i cui otturatori sono successivamente smossi mediante l'elettricità: in tal modo si ottengono nove momenti diversi di un solo atteggiamento fisionomico del malato, ed è naturale che il sistema trovi in Psichiatria applicazioni ancor più vantaggiose che non in Neuropatologia; si possono infatti riprodurre collo zootropo le movenze dei pazzi e forse vi si avrebbe un mezzo per scoprire molte simulazioni.

7) I movimenti espressivi provocati si ottengono più o meno facilmente, secondo l'indole della malattia, con metodi suggestivi diversi.

In primo luogo, abbiamo le modificazioni fisionomiche e mimiche dovute a *stimoli fisici*. Esaminando le funzioni di senso e di moto, secondo quanto esponemmo nel primo Volume, noi riusciremo a provocare stati emotivi elementari di dolore e di piacere (punture cutanee, algometria elettrica, reflessi al solletico, nausea, sforzi muscolari, stanchezza); e così avremo agio di raccogliere le espressioni più semplici della mimica reflessa.

Secondariamente, usiamo gli *stimoli sensoriali* o *psichici indiretti*, che possono agire sul sentimento e sull' ideazione, risvegliando emozioni aggradevoli o disaggradevoli e associazioni varie di imagini e di idee. Quando l'attenzione del pazzo sia capace di arrestarsi sui fatti esterni, gli facciamo leggere racconti commoventi od umoristici nelle cronache dei giornali quotidiani; gli mostriamo oggetti piacevoli o ributtanti, figure di soggetto comico o tragico, religioso od erotico; lo obblighiamo ad ascoltare melodie ad intonazione flebile, oppure vivace ed allegra, a gustare sapori amari o dolci, ad odorare profumi o sostanze nauseanti, e via discorrendo. Queste suggestioni, che naturalmente possiamo variare all'infinito, ci permettono di osservare le espressioni delle emozioni etiche ed estetiche, del senso del ridicolo, della compassione, del disgusto, della sazietà, del contento, dell' aborrimento, della devozione, della lussuria, del pudore, della nausea, ecc, ecc.

Terzo, l' interrogatorio ci porge una ricchissima serie di *stimoli rappresentativi* o *psichici diretti*. Noi possiamo, ad esempio, evocare alla memoria del malato ricordi piacevoli o penosi (avvenimenti della vita, morte di persone care, soddisfazioni dell'amor proprio nella professione o nella concorrenza sociale, perdite o fortune finanziarie, fatti politico-istorici, ecc.); così induciamo nella fisonomia e nell'atteggiamento del corpo reazioni motorie corrispondenti al carattere emotivo dell'imagine mnemonica risvegliata. Se già siamo giunti a scoprire un delirio, sia allegorico sia primitivo, un'allucinazione, un cangiamento morboso della personalità, possiamo risvegliarli ed eccitarli a bella posta ora con la lusinga, ora con la discussione e contraddizione, ora con la asseveranza o col dubbio: ed in allora il pazzo ci mostrerà le espressioni degli stati sentimentali più complessi, dall'ansietà alla compiacenza, dal

rammarico alla superbia, dall'avvilimento alla esultazione trionfante, dalla rassegnazione allo sdegno, dal timore alla disperazione, dal risentimento alla collera più furibonda. Il buon senso e la prudenza dell'alienista sapranno limitare le suggestioni psichiche a ciò che è strettamente necessario: del resto, è assai raro che si debba ricorrere a queste provocazioni artificiali e sempre pericolose dello stato di pazzia, e le usiamo di preferenza coi malati dissimulatori e coi simulatori.

Partendo dai principî suesposti e usando i metodi ejettivi testè descritti, noi sottoporremo la espressione mimica reflessa dell'alienato a due esami successivi: uno generale o sintetico sul suo insieme, ed uno particolare o analitico sui singoli organi e centri mimici isolatamente considerati.

83. **Esame generale della fisonomia e mimica dell'alienato.** — Le alterazioni morbose d'insieme della fisonomia e mimica emotiva, le Dismimie, riguardano: 1.° la energia, rapidità e durata dei movimenti di espressione; 2.° i rapporti di questi movimenti con le modificazioni del tono sentimentale; 3.° i loro rapporti con l'attività intellettuale; 4.° la intrusione di altri movimenti di origine patologica, non associati direttamente con emozioni determinate.

A) Per rispetto alla energia, rapidità e durata dei movimenti di espressione, la mimica dell'alienato ci si presenta ora più forte del normale, cioè esagerata (*ipermimia*), ora più debole ed evanescente, cioè diminuita (*ipomimia*), ed ora sospesa o anche del tutto abolita, cioè mancante (*amimia*).

1.° Vi è ipermimia ogni qualvolta le più lievi emozioni si manifestano con giuochi vivaci dei muscoli del viso e delle membra. — Questa vivacità dei moti mimici può andare dalla semplice esagerazione delle espressioni comuni di gioja e di dolore, fino alle scariche mu-

scolari più violente che caratterizzano gli stati di eccitazione e di irritazione cerebrale. In questi casi, stimoli sensoriali e rappresentativi lievissimi sono capaci di produrre reazioni in eccesso. La fisonomia è mobilissima, e i tratti del viso sono in una continua variazione; i muscoli della fronte, degli occhi, della bocca, e pur anco quelli del naso e del mento, si contraggono con insolita energia e si risolvono con somma rapidità. Contemporaneamente gli altri organi mimici prendono parte con insolita energia all'espressione del volto; la mano eseguisce gesti ampî e pronti, non raramente ritmici e cadenzati; la testa è voltata ora da una parte ed ora dall'altra; il tronco si inclina, si raddrizza, si contorce; la respirazione e la circolazione sono affrettate; le gambe non possono restar ferme; la parola è abbondante, più o meno facile, con intonazione decisamente emotiva; tutta la persona del malato si mostra in preda a scosse, a sussulti, ad irrequietudine generale.

Ogni eccesso della mimica emotiva è indizio di abnorme e violenta tensione delle forze psichiche, e per ciò caratterizza gli stati psicopatici di espansione, soprattutto quelli in cui i disturbi del sentimento o della sensibilità affettiva arrivano a restringere di più in più il dominio dell'intelligenza, e provocano nei malati il bisogno di agire, di muoversi più attivamente, di espandere al di fuori la piena delle loro emozioni e passioni morbose (*mimica coatta*). — Abbiamo qui, dunque, in primo luogo, le psicopatie con esaltazione aggradevole del tono sentimentale, cioè la mania nelle sue numerose varietà cliniche, dalla semplice e tipica psiconeurosi guaribile alla cronica che sconfina nella demenza agitata, dalle forme periodiche e cicliche alle isteriche, epilettiche ed alcooliche; poi, gli stadî prodromici e congestizî della paralisi generale progressiva e delle pseudo-paralisi, gli episodî esaltati delle paranoie sistematiche, la paranoia acuta sensoriale. — In secondo luogo, la ipermimia si vede negli stati psichialgici con intensa reazione, quali si osservano nella melancolia ansiosa ed agitata, nei periodi

angosciosi della frenosi isterica, nella così detta mania epilettica, in certe paranoie di persecuzione con allucinazioni offensive, nella psicosi senile, ecc. — E bisogna aggiungere, in ultimo, certi casi di idiotismo e di imbecillità, dove pure si osserva un'attività mimica insolita dovuta alla debolezza congenita dei centri moderatori degli atti espressivi (reflessi).

In molti casi la ipermimia dà origine ad un alternarsi rapido e violento delle più svariate espressioni di sorriso, di riso, di pianto, di collera, di sorpresa, di minaccia, di sarcasmo, di risentimento, di benevolenza, di antipatia, e via discorrendo. Questa *polimimia*, o *polimorfia mimica*, caratterizza gli stati maniaci intensi, e in particolar modo i periodi di esaltamento delle forme degenerative cicliche, catatoniche, puerperali, e la frenosi isterica.

2.° L'ipomimia è definita dalla sua stessa denominazione. — I moti espressivi sono qui più scarsi, più lenti nel prodursi, ed una volta prodotti, più duraturi e più difficili a modificarsi e a sostituirsi tra loro; i muscoli del volto si contraggono con pena e fugacemente; per lo più la fisonomia è atteggiata ad una espressione monotona, ora di dolore, ora di indifferenza, dalla quale il malato non è più capace di uscire, se non dietro forti ed energiche stimolazioni; la fronte, gli occhi, la bocca si muovono con stento; le gote sono rilasciate e cadenti, oppure contratte e adese alle arcate dentarie, con infossature profonde sotto agli zigomi; lo sguardo è più o meno fiso, oppure gira lentissimamente attorno, quando l'individuo si chiami o si ecciti in qualche maniera; il gesto è parco e misurato; la parola scarsa, lenta, a intonazioni monotone, a timbro più basso del normale: tutti gli atti espressivi di un'emozione o di una ideazione sono eseguiti con una apparenza di sforzo, in cui sembra talvolta esaurirsi ogni energia del malato.

La descrizione si attaglia agli stati psicopatici con depressione o diminuzione del tono sentimentale, e con inde-

bolimento dell'attività intellettuale. — E per ciò la ipomimia caratterizza, prima di tutto, le melancolie passive psiconeurosiche e periodiche, lo stadio ipobulico delle forme cicliche, le paranoie ipocondriache, le pazzie neurasteniche e da esaurimento: — di poi, le demenze incomplete, certe stupidità primitive anergetiche e con confusione, più che obnubilazione, della coscienza, ed anche taluni casi di frenastenia torpida. A seconda del sentimento di sforzo che accompagna questa diminuzione della mimica espressiva, si distinguono facilmente la *ipomania dolorosa* o *psichialgica* dalla *indolente* o *psicastenica*.

3.° Nell'amimia le espressioni fisionomiche e mimiche sono assolutamente scomparse. — Ne dobbiamo però distinguere due varietà: una *astenica*, che consiste in una completa abolizione o sospensione dei moti espressivi, ed una *ipersten*ica, in cui la fisonomia e la mimica restano fisse in un atteggiamento determinato, nè si modificano per nessun'altra impressione od emozione.

a) L'*amimia astenica* si distingue per la risoluzione dei lineamenti: i tratti del viso non traducono nessun cangiamento nel tono emotivo; i muscoli della fronte, degli occhi, della bocca sono sempre in istato di riposo, così che la fisonomia dei malati ha il sembiante di una maschera; lo sguardo è privo di vita, affissato nell'aria, oppure posato indifferentemente e lungamente sulle persone, sugli oggetti esterni ed anche sui corpi luminosi, come se questi non riuscissero a svegliare nè l'impressionabilità, nè la fatica della retina. In correlazione con l'assenza di moti fisionomici, tutti gli altri organi mimici sono affetti da pigrizia.

È questa la condizione in cui ci si mostrano lo stupore anergetico, certe melancolie passive attonite, la demenza secondaria apatica, la paralisi generale progressiva nel suo terzo ed ultimo stadio, le demenze organiche (da tumore cerebrale, da apoplessia, da sclerosi multipla), ecc. La notissima fisono-

mia della paralisi labio-glosso-faringea entra in cotesto gruppo, e v'entra pure la *facies* caratteristica della paralisi agitante.

b) L'*amimia iperstenica* è dovuta, invece, a permanenti contrazioni dei muscoli mimici. In taluni casi l'espressione fissa è in relazione con disturbi psichici acuti, cioè con istati allucinatorî e deliranti complessi ancora in corso, e, pure avendo una lunga durata, non è però costante nè invariabile. In altri casi l'iperstenia è di indole antica ed automatica, più non risponde, cioè, ad emozioni attuali, ma è il residuo indelebile di espressioni mantenutesi per molto tempo sulla fisonomia e nella mimica dell'alienato: in allora, la sua durata non ha limiti, e solo coi progressi della demenza si va lentamente disfacendo.



Fig. 86. — Stupore primitivo (pazzia masturbatoria).
[L'atteggiamento catalettico e semiestatico del soggetto è stato provocato per suggestione].

α. Le espressioni ipersteniche degli stati psicopatici attuali si distinguono per la loro intensità, pel colorito decisamente emotivo, e per la congruenza fra la fisonomia e la mimica e fra i singoli elementi dell'una e dell'altra: sono, cioè, atteggiamenti tragico-drammatici di emozioni complesse, ad esempio di sorpresa, di ammirazione, di voluttà, di aspettazione, di terrore, e si osservano nello stupore ergetico, nella catatonia,

nella paranoia acuta sensoriale, nella paranoia religiosa, nella fase delirante e passionata dell' accesso istero-epilettico , in certi delirî tossici con vive allucinazioni (fig. 86).

β. Le attitudini fisionomiche automaticamente rigide delle forme croniche si distinguono, invece, per il loro debole colorito emotivo, e per la disassociazione o incongruenza fra le movenze del viso e quelle degli altri organi mimici. Esse si veggono nella melancolia passata allo stadio cronico, nella pazzia sistematizzata secondaria, e nella demenza apatica completa, dove spesso permangono sul viso del malato contratture dei muscoli frontali, perioculari e periorali, esprimenti il dolore, l' angoscia, l' amarezza, la paura, senza che a tali atteggiamenti risponda più uno stato interno di emozione.

B) Il rapporto dei movimenti fisionomici e mimici con la espressione degli stati sentimentali è di due sorta: o si tratta delle espressioni *permanenti* in cui si manifesta il tono generale del sentimento; oppure delle espressioni *transitorie* o labili, che traducono le singole emozioni.

1.° Le espressioni permanenti nella fisonomia e nella mimica degli alienati sono quelle che ben ci guidano a diagnosticare i disturbi fondamentali del sentimento in un gran numero di psicopatie (nelle psiconeurosi), e gli effetti che nella sfera affettiva producono le lesioni originarie della intelligenza (nelle psicosi degenerative).

Alcune di tali espressioni sono intensissime e veramente tipiche, poichè ci denotano stati sentimentali di estremo piacere e di estremo dolore. Gli stati *piacevoli*, che comprendono la gioia, la esultanza, la soddisfazione, la voluttà, il gaudio, la fiducia estrema in sè stesso, l'ottimismo sconfinato, sono caratteristici delle forme esaltate con reazione espansiva (mania semplice, mania periodica, esaltamenti episodici delle paranoie sistematiche, dell' isterismo, dell' alcoolismo, paranoie

acute sensoriali con delirio erotico-religioso, fasi estatiche della pazzia catatonica, stadî congestizî della paralisi progressiva); gli altri invece, i *dolorosi*, comprendono il cordoglio, l'impotenza, l'avvilimento, l'orrore, il terrore l'angoscia, la vergogna, la rabbia, il pessimismo più scoraggiante, e sono caratteristici delle forme depressive con reazione concentrica o antagonistica (melancolia semplice e agitata, paranoia persecutoria, ipocondria, mania con furore aggressivo, mania epilettica).

Altre volte queste espressioni generiche, pur essendo durature, non raggiungono tanta intensità, e rivelano stati emotivi più blandi, a colorito meno acceso, quali sarebbero i sentimenti di rassegnazione, di rimorso, di umiliazione, di risentimento, di semplice sospettosità, di disdegno, di malcontento, di sollievo, di vanità soddisfatta, di benevolenza, e via discorrendo; ed è ben facile comprendere come, potendo essere infinitamente varie le disposizioni dell'animo e la indole delle idee predominanti nella coscienza del pazzo, si abbia anche una indescrivibile ricchezza e varietà di fatti espressivi.

Chi volesse descrivere una per una queste varie espressioni della pazzia dovrebbe dar fondo a tutta quanta la Psichiatria; ma il mio *Manuale* non può sostituirsi ai trattati generali della materia e, ancora meno, alle monografie delle singole forme. Mi limiterò a ricordare le forme più caratteristiche di espressione permanente, che vediamo negli alienati.

a) Espressioni di piacere e di gioja. — La faccia è ilare, la bocca è atteggiata al sorriso od al riso, il labbro superiore è innalzato e i denti sono più o meno scoperti: le guancie sono gonfiate e soffuse, e le pinne del naso dilatate; l'occhio è lucido con le palpebre inferiori corrugate e con piccole pieghe agli angoli esterni, lo sguardo mobilissimo o rivolto in alto. Contemporaneamente tutta la mimica è vivace, e si ha nel contegno del malato il tipo iperattivo già de-

scritto. — Questa è l'espressione abituale delle forme espansive, e in prima della mania, indi degli stadî esaltati di tutte le altre psicopatie; e come nella gammà dei piaceri fisici si va dai gradi lievissimi di soddisfazione dei bisogni elementari del gusto a quelli del gaudio intensissimo della voluttà sessuale, così anche nelle espressioni permanenti di gioja psichica ascendiamo dalla semplice compiacenza dell'amor proprio fino all'estasi del sentimento religioso, e dalle manifestazioni leggere di aggradimento fino alle disordinate ed eccessivamente forti del senso comico (Tav. I.ª e IX.ª).

b) *Espressioni di dolore e di cordoglio.* — La faccia è triste, la bocca è atteggiata all'amarezza o anche al pianto, il labbro superiore è stretto contro l'inferiore, le guancie sono pallide, rientranti, spesso floscie e cascanti; l'occhio è semichiuso, e lo sguardo abbassato o fiso; rughe profonde trasversali solcano la fronte, mentre i sopraccigli sono avvicinati l'uno all'altro (*omega* di Schüle). La mimica è lenta, concentrata, e corrisponde al tipo passivo: la parola è scarsa, e spesso si ha una mutolezza assoluta o interrotta da sospiri, singhiozzi, gemiti e lamenti monotoni e ritmici. — È l'atteggiamento fisionomico degli stati di intensa psichialgia (melancolia o distimia passiva); e può anch'esso presentarci una gamma molto estesa, dall'aspetto di chi soffre dolori intellettuali elevatissimi (essi hanno espressioni analoghe alle sofferenze del gusto amaro, Tav. II.ª e X.ª), fino all'aspetto di chi sia in preda ai dolori fisici più torturanti (espressioni spasmodiche e paralitiche).

c) *Espressioni di ansietà e di desolazione.* — La faccia è irrequieta; pel rapido contrarsi e rilasciarsi dei muscoli si hanno movimenti antagonistici alterni; la fronte si corruga e si spiana, lo sguardo ora si affisa ed ora vaga come in cerca d'un punto di mira, la bocca ora è atteggiata al cupo dolore dell'amarezza, ora alla reazione del pianto; il pianto è però interciso, con pause di silenzio, con emissione improvvisa di gemiti, di lamenti, di grida, ecc.; la respirazione è superficiale ed affrettata, non rare volte col tipo Cheyne-Stockes (fig. 87). Nella mimica si avvicendano gli atteggiamenti di impazienza, di sconforto, di disperazione, e pertanto il corpo è ora teso, ora accasciato: fra i gesti del malato predominano quelli auto-

matici di offesa contro la propria persona; egli porta le mani dietro alla testa prendendosi l'occipite, oppure se le torce e contorce fremente, si stira le dita, si strappa le pipite attorno alle unghie, si percuote sul capo, si batte le anche, e via discorrendo. — È il quadro fisionomico e mimico straziante degli stati di angoscia, quali si osservano nella melancolia agitata, e anche negli episodî pieni di sconforto della paranoia, dell'ipocondria, dell'isterismo (Tav. IV[a]).

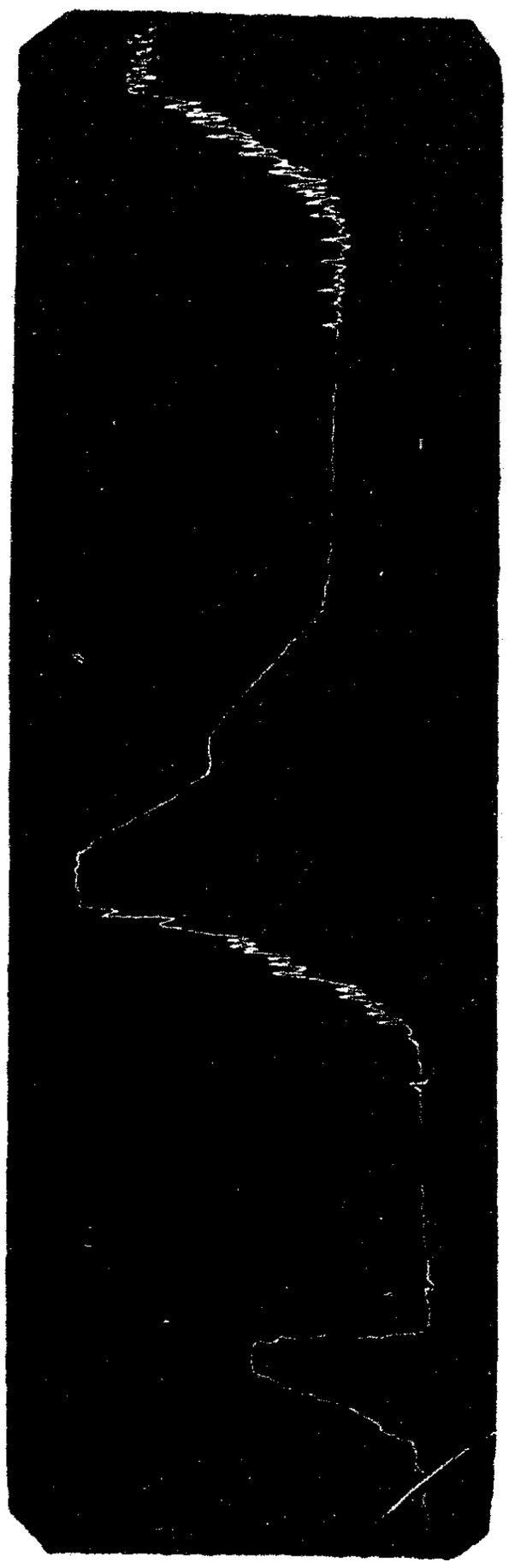


Fig. 87. — Tracciato del respiro nella melancolia con espressione generale di ansietà (Dalla mia Clinica).

d) Espressioni di umiliazione e di avvilimento. — La faccia è rivolta a terra, la testa piegata all'innanzi, il tronco incurvato, lo sguardo abbassato; l'occhio spento e affaticato, le sopracciglia son depresse, le labbra strette; le mani stanno in abbandono lungo il corpo, oppure sulle ginocchia, o disposte ad atto di preghiera; tutta la persona è rimpiccolita, come se il malato volesse sfuggire la luce e i rumori, o nascondersi all'attenzione altrui: vi è passività completa di fronte agli stimoli sensoriali. — Anche questa è una sembianza offertaci dalla melancolia, quando dominino idee di colpevolezza, di negativismo, di miseria (Tav. XII[a]).

e) Espressioni di risentimento e di odio. — La testa è tirata all'indietro in attitudine di ripulsione o di allontanamento; la faccia contratta, l'occhio rimpiccolito, con le palpebre strette e lo sguardo affisato, fiero e ostile, le sopracciglia arrugate, le narici dilatate, il labbro superiore innalzato, spesso

con una movenza sardonica ad un angolo della bocca, le mani projettate all' innanzi coi pugni chiusi e le braccia avvicinate al tronco, ci avvertono della minacciosità potenziale del malato: questi, intanto, emette parole e frasi offensive, sembra incolto da tremito convulso, sputa addosso all'osservatore, mena calci, si strappa gli abiti di dosso, ecc. — Qui abbiamo l'espressione risentita ed aggressiva di tutti i pazzi facilmente irritabili, e in particolare dei maniaci, dei paranoici perseguitati persecutori, degli epilettici, dei pazzi criminali e ragionanti, di certi imbecilli incorreggibilmente ineducabili e avversi ad ogni consorzio (Tav. XI[a] e fig. 79, p. 197).

f) Espressioni di sorpresa e di stordimento. — La faccia pallida, in atteggiamento statico, col solo muscolo corrugatore dei sopraccigli in contrazione; l'occhio immobile, forzatamente aperto, con la palpebra superiore fissa, la pupilla dilatata e poco sensibile alla luce e all' accomodazione, con lo sguardo fermo, come se l'attenzione fosse portata su di un punto per noi invisibile; la mascella inferiore abbassata, la bocca semiaperta, con le labbra bagnate di saliva che scola sul mento; il collo rigido, che mantiene la testa ora inclinata, ora rivolta costantemente da un lato; il tronco e le membra pure immobili, non di rado in catalessi o in catatonia; la fonazione sospesa, oppure un silenzio interrotto a quando a quando da parole sconnesse e da frasi non finite: — tale è l'espressione fisionomico-mimica degli stati di stupore, della melancolia attonita, della demenza primitiva, talvolta delle pazzie ebefreniche, catatoniche e puerperali, e di alcune psicosi tossiche (fig. 80 a p. 202, 82 a p. 207, 86 a p. 251).

g) Espressioni di paura e di terrore. — Il pallore cadaverico del viso, la fronte talora imperlata di un freddo sudore, ma il più spesso secca e stirata fortemente in alto; i capelli irti e disordinati; gli occhi spalancati e sporgenti, con le pupille straordinariamente dilatate; lo sguardo, che ora si affisa sull'oggetto (imaginario) causa dell' emozione, oppure corre incessantemente da una parte all'altra; le pinne del naso allargate, le guancie infossate e con profondissime insolcature attorno agli angoli orali, il labbro inferiore pendente; il collo teso, i muscoli sterno-cleido-mastoidei contratti, e la pelle corrugata per contrazione del pellicciajo; tutti i muscoli

del corpo irrigiditi o convulsivamente tremanti; le braccia projettate in avanti, come a schermirsi da un pericolo; le reazioni subitanee di difesa e di orrore, come se il pazzo non volesse essere toccato e neppure accostato; la respirazione affannosa e disordinata (fig. 88): — tutto ciò ci rappresenta gli stati terrifici e panofobici della melancolia con delirio demoniaco, della paranoia acuta con allucinazioni spaventose, della mania epilettica, del delirio alcoolico (*delirium tremens*) e di altri delirî tossici, soprattutto del cocainico, non che di certe fasi dell'accesso istero-epilettico.

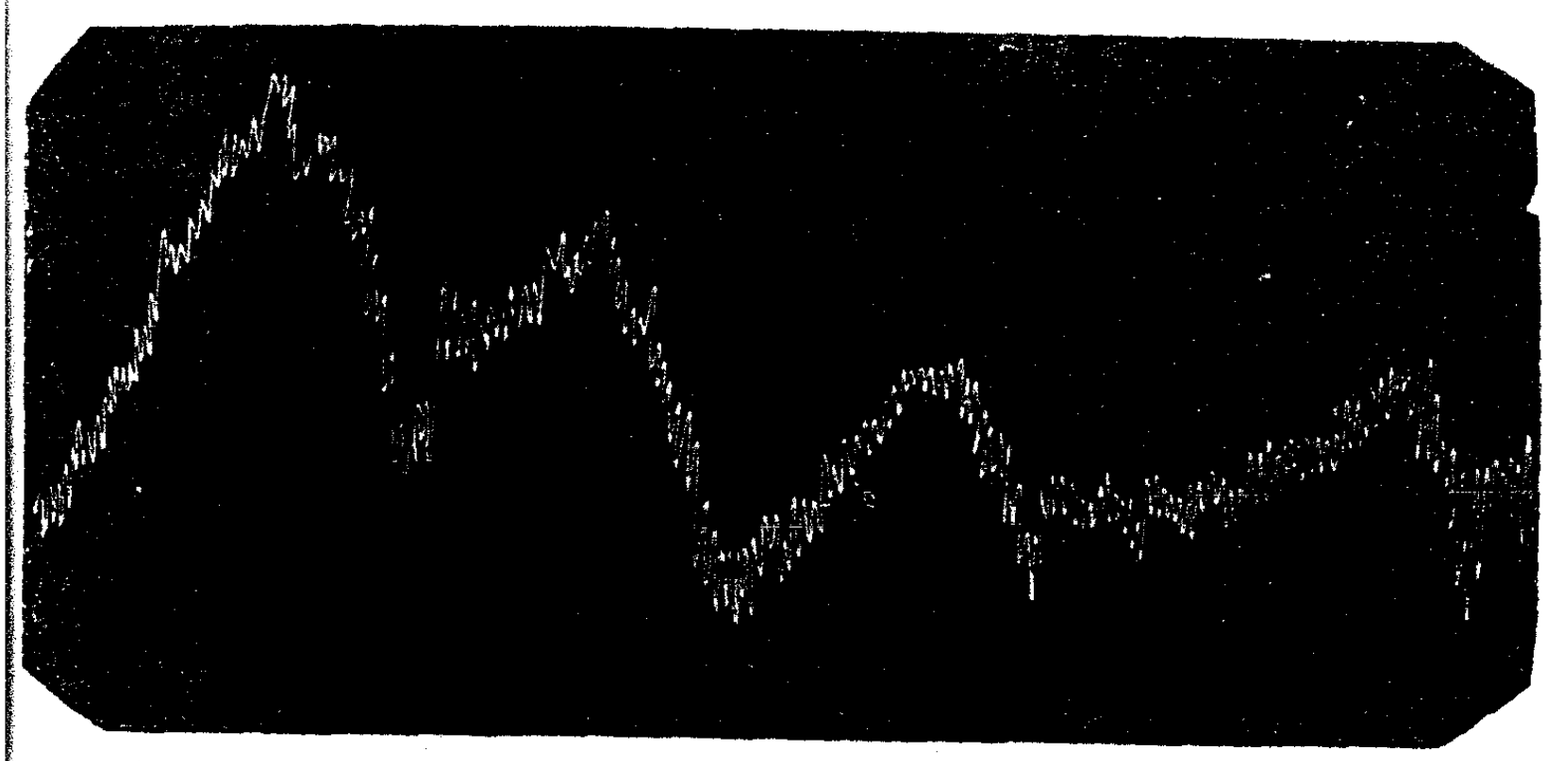


Fig. 88. — Tracciato del respiro nella melancolia con espressione generale di terrore. (Dalla mia Clinica).

h) Espressioni di benevolenza e di simpatia. — Qui la mimica è benevola, e si compone di moti elementari di avvicinamento, di attrazione, di blandizie. La fisonomia sorridente, la faccia soffusa di rossore, gli occhi socchiusi con le pupille ristrette, la bocca atteggiata al bacio; gli arti superiori flessi, come se volessero stringere ed abbracciare; il passo breve e leggiero, il gesto carezzevole e lezioso, la voce lusinghevole, il linguaggio infiorato da parole dolci e da esclamazioni gioconde: — così ci si presentano gli alienati con intonazione aggradevole del sentimento ed espansività esagerata, quali sarebbero gli ipomaniaci, i paralitici nel primo stadio, ma in ispecial modo le donne affette da erotomania.

Altre espressioni fisionomiche permanenti affatto tipiche, ma che non dettaglierò per brevità di spazio, sono quelle *di*

rassegnazione muta e di *affannosità supplice* in molti melancolici passivi (Tav. III[a]); di *alterigia disdegnosa e provocante* nel paranoico superbo con delirio metabolico della personalità (Tav. IX); di *sospettosità diffidente* nel paranoico in fase evolutiva del suo delirio di persecuzione (Tavola VIII[a]); di *freddezza sinistra* nell'epilettico e nel pazzo morale; di *rapimento voluttuoso* nel catatonico allucinato e nell' istero-epilettica; di *malcontento fastidioso* nel querelante, nel pazzo ragionante, nell'isterica profondamente egoistici; di *perplessità apprensiva* nell' ipocondriaco e nell' individuo affetto da pazzia del dubbio; di *indifferenza apatica* nel demente; di *curiosità fatua* nell'imbecille (Tav. XIII[a]), ecc

2.° Le espressioni labili della fisonomia e mimica, che si riferiscono a cangiamenti transitorî dell'emotività, sono ora spontanee ed ora provocate, a seconda che lo stimolo è interiore (un'immagine, un'idea, un sentimento, un'impressione organica), oppure esteriore (un'impressione sensoriale). Noi dobbiamo osservare, in prima, come si effettuino nel malato le espressioni fondamentali del pianto e del riso, poichè vi sono pazzi che si rivelano oramai incapaci dell'uno e dell'altro, o in cui gli atti del piangere e del ridere si addimostrano alterati per eccesso o difetto, oppure deformati. Cerchiamo poscia di esaminare le manifestazioni espressive, che susseguono alla provocazione dei sentimenti di antagonismo o di ripugnanza verso gli oggetti e le persone (apprensione, paura, orrore, disgusto, nausea), o dei sentimenti così detti di persona prima (compiacenza, soddisfazione del successo, senso di potenza o di impotenza). Un'ultima indagine ci porta a verificare le espressioni dei sentimenti etico-sociali; e qui prendono posto precipuo, in mezzo ai moltissimi che potremmo citare, la simpatia e la pietà, l'affettuosità, la riprovazione, il pudore, il pentimento, la indignazione, e il piacere ricreativo.

Anche su questa parte dell'esame clinico dell' espressione mi tocca essere breve e toccarne appena i punti principali, rinviando pei particolari all'ottimo libro del TEBALDI.

a) Il *riso* aperto, franco, energico è proprio della mania e delle psicopatie esaltate, dove spesso raggiunge gradi addirittura clamorosi e grotteschi. Il maniaco, che non sa moderare la piena delle sue emozioni, e in cui il senso del ridicolo e del comico è straordinariamente eccitabile, ride per lo più sgangheratamente, sghignazza contraendo la bocca, le gote e gli occhi, contorcendo la testa, sussultando col corpo, tenendosi il ventre con le mani, ballando e facendo salti i più vivaci e disordinati: in lui il riso giunge talvolta ad essere una vera convulsione (Tav. I^a). Il riso fatuo, reso talvolta strano e deforme pel contrarsi eccessivo del naso, è sintomo di imbecillità o di demenza. Se prevalgono il riso di scherno e quello falso o sarcastico, ci riesce agevole sospettare una paranoia orgogliosa. Per contrario, quando su di un volto sempre atteggiato a mestizia il riso, o manchi affatto, qualunque siasi la eccitazione aggradevole che noi intendiamo provocare, o sia ridotto alla forma elementare ed iniziale del sorriso (elevazione degli angoli della bocca, e accentuazione del solco naso-labiale), possiamo desumerne una forma melancolica. Nella melancolia, infatti, il riso è sempre una espressione fugace, e spesso si limita al solo centro mimico orale, senza partecipazione alcuna del centro oculare (lo sguardo resta fiso, affaticato e addolorato).

b) Il *pianto* accentuato e rumoroso, come si osserva nei fanciulli e nei selvaggi, è proprio dei frenastenici e tardivi. Esso è soventi volte facilissimo a produrre (melancolia semplice), e si presenta anche continuo, monotono, accompagnato da gemiti ritmici, e persino irritante per chi lo ode (melancolia ansiosa, demenza senile con idee tristi). Ad onta della psichialgia in cui versano, molti melancolici si dicono e sono incapaci di piangere: essi hanno « disseccata la fonte delle lagrime », e tanto più cresce la loro ambascia, quanto meno è loro possibile di darle sfogo (Tav. II^a). In altri la mancanza del vero pianto è dovuta all'abitudine inveterata del dolore, così che la ricomparsa della lagrimazione è buon segno prognostico. Il maniaco passa con estrema volubilità dal pianto al riso, op-

pure piange per vezzo; l'isterica, mentre finge di piangere, sogguarda tra le palme; ed è caratteristico del neurastenico e dell'ipocondriaco il lamentarsi ed il mostrarsi inconsolabili, pur avendo egoistico desiderio di essere confortati e compianti.

c) La *collera* del maniaco, del melancolico agitato, dell'epilettico, del paralitico e dell'imbecille in furore, ha un carattere straordinariemente minaccioso ed aggressivo: la muscolatura della faccia è tesa, lo sguardo è fiero con le pupille dilatate, il viso si fa pallido, la fronte e le sopracciglia si aggrottano; viene stirato in alto e in fuori l'angolo labiale, eosì che il canino, il dente bestiale per eccellenza, vien messo allo scoperto; la mascella inferiore, come incolta da trisma, è arrotata contro la superiore, con un sinistro stridere e scricchiolare dei denti; le braccia contratte sul petto e i pugni serrati si atteggiano in una energica preparazione al movimento, che poi si effettua con violenza inaudita (Tav. XI[a]) Nel melancolico passivo, invece, le espressioni colleriche hanno per lo più un carattere di ripulsione muta e tenace: la fisonomia, che prima pareva immobilizzata, si fa tesa, lo sguardo diventa fiso e torbido, la bocca si contrae sempre più, le braccia con movimenti ostinati di abduzione cercano di allontanare la persona o l'oggetto che irritano, ed il corpo intero si irrigidisce nella posizione eretta o seduta. Il paranoico incollerito mostra sempre la sua intenzionalità solita di movimenti, e se è affetto da delirio superbo, dà all'accesso di ira un carattere sarcastico e provocante.

d) L'espressione del *pudore* manca in quasi la metà dei pazzi, il viso dei quali difficilmente arrossa, del resto, anche sotto l'emozione spontanea della vergogna e del pentimento, o sotto quella provocata del rimprovero e della riprovazione. La mancanza del pudore è assoluta negli stati senili ed isterici, ma è pure frequentissima nella demenza consecutiva, nell' epilessia, nella frenastenia, meno frequente nella mania, piuttosto rara nelle paranoie, rarissima nelle melancolie (GRIMALDI). È poi da notare che la pazza, per la solita legge di dissoluzione della personalità, sembra perdere il sentimento del pudore rispetto alle cose del sesso più presto e più comunemente che non il pazzo.

e) Anche le espressioni di *affettuosità* sono piuttosto scarse

nei pazzi, tanto verso le persone, quanto, e più, verso gli animali. Molte volte tutte le espressioni benevole di cui un malato di mente sia ancora capace, si rivolgono ad oggetti inanimati, ad imagini sacre, ad emblemi allegorici, a ciò che può illudere i suoi sensi o fomentare il suo delirio (« feticismo » per sopravvivenza di costumanze inferiori, o per ritorno atavico). La sola mimica affettiva, che permanga in mezzo al disordine od al naufragio della ragione, è la erotica; che anzi, essa può raggiungere un'intensità eccessiva e assumere le forme patologiche più antisociali di seduzione (esaltamento maniaco, paranoia acuta e sistematica con delirio erotico-religioso, fasi passionali della pazzia isterica).

C) L'attività del pensiero ha le sue particolari espressioni, come le ha quella del sentimento; e la pazzia ce le mostra anch'esse alterate, il più spesso però diminuite, deformate od abolite, ben di rado esagerate. Dalla fisonomia e mimica ci sono forniti criteri ejettivi per determinare: 1.° la capacità di *attenzione;* 2.° il grado di *intelligenza;* 3.° l'intensità dei *processi rappresentativi;* 4.° lo stato della *coscienza.* Noi giudichiamo, cioè, se l'alienato che esaminiamo sia attento, o distra to, od insensato; intelligente, ottuso o ebete; meditabondo, fantastico o delirante; consapevole od inconsapevole di sè e del mondo esterno. Tutte queste condizioni subbiettive dell'attività intellettuale dei pazzi hanno le loro espressioni caratteristiche, e i nostri giudizî si basano sul confronto loro con le movenze e attitudini fisionomico-mimiche degli individui sani, di cui l'esperienza giornaliera e la convivenza sociale ci hanno appreso il significato espressivo.

a) L'alienato, che è tuttora capace di appercepire i fatti esterni e le impressioni sensoriali (presenza di persone estranee, vista e riconoscimento di oggetti, ascoltazione delle parole), ci mostra i tipici movimenti dell'individuo *attento:* cioè l'avanzarsi del capo e della faccia verso l'interpellante o

l'oggetto presentato, la contrazione più o meno risentita del muscolo sopraccigliare, la direzione volontaria dell'occhio che si fissa sulle persone e sulle cose da guardare, e quella pur intenzionata dell'apparecchio uditivo che mira a raccogliere tutte le vibrazioni sonore e ad ascoltare, il reclinare della testa sopra una spalla, la immobilità voluta del tronco e delle membra, ecc. ecc. In certi malati lo sforzo dell'attenzione sembra acuirsi: così il melancolico e l'ipocondriaco, che cercano o sperano conforto dal medico, oppure sono sempre in continua aspettativa di qualcosa di insolito, intendono con tutte le forze a raccogliere le minime parole e i minimi atti dell'interlocutore. Anche i paranoici diffidenti e sospettosi assumono spesso questo atteggiamento di intensa attenzione.

I tratti del viso immobili, la fronte spianata, l'occhio vagante incertamente o fiso nel vuoto, la mancanza di movenze atte ad accrescere la percettività degli apparati sensoriali, la nessuna corrispondenza fra le impressioni e l'espressione fisionomica (*fisionomia incongruente*), ci dicono che l'alienato non è più in grado di appercepire gli stimoli esterni attuali, cioè è *disattento*. Ma egli può esserlo per più motivi: è *sbadato*, quando il potere appercettivo gli manca o gli fa difetto per incompletezza di sviluppo (frenastenici, idioti, imbecilli, fatui, isteriche): è *distratto*, quando la sua attenzione è rivolta ntensamente sui fenomeni della sua vita mentale interiore,- cioè sulle allucinazioni, sulle idee fisse e impulsive, sui delirî (melancolia, ipocondria, paranoia, pazzia del dubbio); è *insensato*, quando, nel tumulto delle imagini ed emozioni evocate da processi irritativi della corteccia, è incapace di dirigere la sua volontà e di verificare le percezioni (mania, stati di esaltamento, delirî febbrili, delirî alcoolici, accessi epilettici ed isterici): infine, è *indifferente*, quando le impressioni esterne non sono in grado di risvegliare l'attività intorpidita, affievolita o perduta dei processi mentali (stati di stupore e di demenza).

b) Rispetto al grado di intelligenza, i caratteri morfologici ci hanno già dato un criterio prezioso per quello che possiamo chiamare « giudizio sul valore intellettuale di una fisonomia ». Le forme armoniche ed estetiche, la testa grande e di un bell'ovale, la fronte alta e sporgente, le orecchie ben

foggiate, le mascelle poco sviluppate, il mento saliente e grande, sono per lo più indizio d'intelligenza aperta: si aggiungano ora i dati fisionomici, cioè la mobilità dei muscoli facciali che si mostrano atti ad espressioni molteplici e svariate, massime attorno al centro mimico degli occhi, la lucentezza dello sguardo, la tonicità dei tratti, la grazia del sorriso; e avremo dinnanzi a noi un pazzo *intelligente*. Quando la vivacità dei moti espressivi dei sentimenti si assomma con la energia dell' attitudine di attenzione e con la prontezza delle risposte, diremo che l'individuo è *perspicace*.

Se, per contrario, ai caratteri morfologici opposti (testa piccola, fronte stretta e sfuggente, orecchie grandi e ad ansa, faccia larga e muscolosa, mascelle sporgenti) si unisce una grande lentezza o debolezza di espressione, se l'occhio è spento, se i muscoli facciali sono rilasciati, ipotonici e poco mobili, se alcune movenze si prolungano esageratamente fino al grottesco, se uno dei sopraccigli è disimmetricamente rialzato, la bocca semiaperta e piena di saliva, il labbro inferiore pendente, noi giudicheremo con altrettanta facilità che l'alienato è intellettualmente *ottuso* (stati congeniti), oppure *indolente* (stati di demenza incompleta, forme paralitiche e senili), o anche del tutto *ebete* (stati di demenza apatica completa).

c) L'intensità e la indole dei processi rappresentativi dà ai pazzi molte delle loro caratteristiche sembianze. Alcuni si mostrano *meditabondi:* un energico movimento ideativo arresta la loro attenzione e li fissa più o meno immobili in un atteggiamento riflessivo e concentrato della fisonomia e mimica (melancolia, ipocondria). Ad altri, invece, la vivacità delle immagini e rappresentazioni, e soprattutto la agevolezza con la quale esse si chiamano a vicenda e si associano, dà una sembianza *inspirata*, con l' occhio molto aperto che guarda in alto, la faccia innalzata, la bocca larga e beante: così ci appajono specialmente i pazzi allucinati, e quelli la cui fantasia sta creando od elaborando un delirio (paranoia, catatonia, accesso isterico). Quando la fisonomia sia scomposta da moti rapidissimi e con tutti i lineamenti convulsi, lo sguardo vaghi errante qua e là, le labbra siano tremule o spasticamente contratte agli angoli, i capelli arruffati, la voce rauca o stridente; o quando il malato passi celeremente dal pianto al riso, dall'e-

sclamazione di gioia a quella di dolore, dall'attitudine aggressiva alla ripulsiva, dalla calma dell'esaurimento all'irrequietudine dell' agitazione, noi siamo certi che si tratta di una iperideazione atassica, disordinata, caotica, insomma *delirante* nello stretto e comune senso della parola (mania grave, periodi maniaci delle forme cicliche, demenza agitata [« maria » degli antichi], frenosi sensoria, delirî tossici, epilettici ed isterici, subdelirî febbrili, pazzie neurasteniche iperacute).

d) La fisonomia e la mimica reflessa ci giovano anche per determinare lo stato della coscienza, cioè se questa sia lucida, obnubilata, sospesa od abolita, come meglio vedremo più avanti. Qui ci basti ricordare che il pazzo *consapevole* di sè e del mondo esterno presenta movenze espansive generalmente più equilibrate, più congrue, più regolari e sfumate di quelle del pazzo *inconsapevole ;* in costui l' espressione diviene sregolata, incongrua, eccessiva, e non di rado finisce col rendersi evanescente e con lo sparire affatto.

D) In molti pazzi si osservano deviazioni della fisonomia e mimica dipendenti da cause patologiche, che risiedono nei centri e nei cordoni nervosi: per la loro indole speciale esse meritano il nome di *Paramimie*, poichè, associandosi a quelle indotte dalle alterazioni del sentimento e dell'intelligenza, non solo le esagerano, ma altresì le deformano. L'alienista, che si basa in tali casi su accurate nozioni neuropatologiche, deve saperle diagnosticare e distinguere. Alcune sono l'effetto di lesioni *ipercinetiche* (irritazione dei così detti centri psicomotorî, forme convulsive e spastiche, movimenti automatici); altre conseguono a lesioni *ipo-* ed *acinetiche* (cioè a paresi e a paralisi nei territorî mimici, soprattutto del facciale, tremiti muscolari parziali o diffusi, incoordinazione dei movimenti mimici); altre, finalmente, sono dovute a riflessi psichici che io chiamerei *specular*i, perchè ordinariamente si palesano di indole imitativa (contagio morale, mimetismo incosciente, suggestioni).

Nel primo Volume del *Manuale* (§ 54.°, pag. 267-270) si trova già esposto l'esame delle deformazioni morbose della fisonomia: dò pertanto qui un solo cenno sommario di esse.

1. Le paramimie ipercinetiche consistono ordinariamente in stati convulsivi, ora clonici, ora tonico-tetanici, che si manifestano in particolar modo nei muscoli della fisonomia, dell'arto superiore, dell'apparato respiratorio.

a. Le *cloniche* hanno indole *coreica:* il viso è come preso da una vera tempesta muscolare; gli occhi si chiudono e si aprono alternativamente, le gote si gonfiano e si rilasciano, il naso si arriccia e si dilata; la bocca si allarga, si serra, si contorce agli angoli; le labbra, avanzandosi, si atteggiano infantilmente ora alle smorfie più scherzose, ora ai versacci i più sgarbati: e se uniamo a tutto ciò la generale agitazione del corpo, abbiamo quella « follia dei muscoli mimici », che caratterizza certi stati maniaci gravissimi, massime degenerativi.

b. Altre volte le paramimie sono indipendenti dalla volontà, e consistono in *ticchî*, cioè in contrazioni brusche ed involontarie di uno o più muscoli, raffiguranti un movimento coordinato, ad es. l'oscillazione dei globi oculari (nistagmo), lo stirarsi d'un angolo della bocca (*rictus* sardonico), l'arricciamento del naso, il sussulto e la circumduzione della testa, l'elevazione di una spalla, ecc. Le scorgiamo quasi sempre nelle forme croniche, nelle demenze organiche e paralitiche, nelle frenastenie, nelle pazzie coreiche; e sono desse che creano certe espressioni senza rapporto diretto cogli stati psichici (incongruenze fisionomico-mimiche). A questi ticchi, che hanno un posto essenzialissimo nelle sindromi neuro- e psicopatiche degenerative (Charcot), si collegano tutti i *movimenti* e *gesti automatici,* quali il grattarsi il capo, il boccheggiare, il digrignare, scrocchiare ed arrotare dei denti, lo sputare e sputacchiare incessante, l'addentare, il salutare (*tic di Salaam*), il fregarsi le mani, il pestare i piedi sul suolo, il dar calci nell'aria, il saltare improvviso, il sibilare ed il fischiare acutissimamente, ecc. (Cfr. Vol. 1°, pag. 263-4). Questo atto del fischio, che è spesso così prolungato da congestionare tutto il viso e da esaurire addirittura l'infermo, dà alla fisonomia di certi maniaci uno speciale atteggiamento: l'ho visto frequen-

tissimo nelle donne in istadio esaltato di forma ciclica, e TEBALDI lo nota caratteristico dei ragazzi alienati ebefrenici?).

c. Infine, sono paramimie di indole convulso-tonica quelle *rigidità* involontarie e durevoli dei muscoli facciali, che dànno alla fisonomia del catatonico la sua speciale sembianza; quelle *contratture*, che, corrugando trasversalmente la fronte e fissando gli occhi, costituiscono la « maschera » della paralisi agitante; e le altre che dànno luogo al *riso* immobilizzante della sclerosi multipla, al *trisma* della paralisi generale, allo *spasmo glosso-labiale* dell'isterismo, all'*esoftalmo* della malattia di BASEDOW, allo *strabismo* di certi idioti, ecc.

2. Le paramimie ipo- ed acinetiche si distinguono invece, o per l'inespressione più o meno assoluta, o per la disimmetria bilaterale dell'espressione: esse sono dovute a mancanza di innervazione e di sinergia nei muscoli (lesioni localizzate della corteccia cerebrale, dei corpi striati, dei nuclei bulbari: rammollimenti parziali, focolaj di sclerosi). Così le paralisi facciali alterano profondamente la fisonomia dei paralitici, e tanto più quando la paralisi esiste da un lato solo, od è accompagnata da amiotrofia: alcune volte la « maschera paralitica » precede anzi la comparsa degli altri sinomi caratteristici della cerebropsicosi. L'abbassamento della palpebra superiore, la ptosi, che è frequente indizio di sifilide dei centri nervosi e s'associa spesso coll'oftalmoplegia, paralizza il centro più espressivo, quello dell'occhio, e dà ai malati una sembianza particolare (*facies di* HUTCHINSON). Altre deformazioni della mimica sono dovute alle contrazioni fibrillari, che invadono i muscoli facciali nella periencefalite e nella sclerosi multipla (cfr. Vol. I. pag. 254); al pendere ed atrofizzarsi delle labbra nella paralisi labio-glosso-faringea; ai disturbi trofo-neurici dei tessuti ossei e molli nel missedema, nell'idiotismo e cretinismo missedematoso, nell'acromegalia, nella sclerodemia, nelle miopatie progressive (tipo di LANDOUZY-DÉJÉRINE e MARIE).

3. Quanto alle paramimie da me denominate specolari, altro non sono che una morbosa esagerazione di un fenomeno assai comune nella vita psichica ordinaria. La fisonomia di alcuni pazzi, soprattutto esaltati, od isterici, o nevrastenici, è come uno specchio che immantinente riflette le espressioni

dell'interlocutore o delle altre persone circostanti: l'atteggiamento mio-facciale viene assunto prima che la emozione corrispondente abbia il tempo di formarsi, e talora la coscienza si modifica soltanto in via secondaria, per quella influenza inversa che i movimenti hanno sui sentimenti. Questa suggestività dei pazzi va da gradi minimi a gradi altissimi, non differendo allora dai fenomeni che si sono descritti nell'ipnotismo. Ed è pure nozione pratica da tener presente quando si esaminano e si interrogano certi alienati, per non confondere ciò che è espressione spontanea del loro stato mentale con ciò che invece è di indole imitativa, e quindi copia automatica più o meno colorita dell'ambiente.

84. **Esame particolare della fisonomia (le « zone mimiche »).** — Dopo esserci fatta un'idea generica della espressione del pazzo, noi possiamo scendere ad un'analisi più minuta dei diversi elementi che costituiscono la fisonomia e la mimica; e qui ha precipua importanza lo stato di contrazione e risoluzione dei singoli muscoli che muovono la faccia, la testa e le mani. Ma della testa ho parlato in più punti dei paragrafi precedenti, ed alle mani ritornerò esaminando il linguaggio mimico, di cui sono lo strumento più efficace: mi restringerò, dunque, in questo paragrafo agli elementi motorî ed alle zone mimiche della fisonomia.

Le espressioni fisionomiche della pazzia si risolvono in movimenti dei muscoli che coprono lo scheletro facciale, la vôlta del cranio, e la parte masticatoria dello scheletro viscerale. Questi movimenti producono: 1.° allargamento o restringimento delle aperture sensoriali (occhi, naso, bocca); 2.° retrazione o propulsione delle parti (globo oculare, ali del naso, labbra, lingua); 3.° rialzamento o spianamento per contrazione o risoluzione delle regioni circostanti (sopracciglia, fronte, guancie, mento). Ciascuno di questi fatti muscolari ha la sua particolare importanza nei fenomeni espressi

dei pazzi, i quali ce li presentano ora esagerati, ora aboliti, ora disimmetrici, ora incongruenti: importerà, intanto, analizzare particolarmente in essi due centri mi-

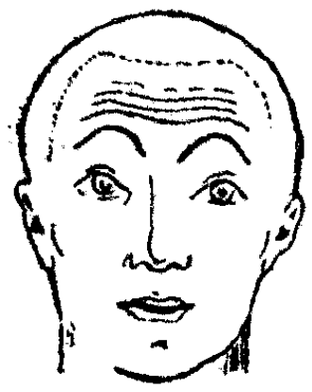


Fig. 89.
Attenzione.

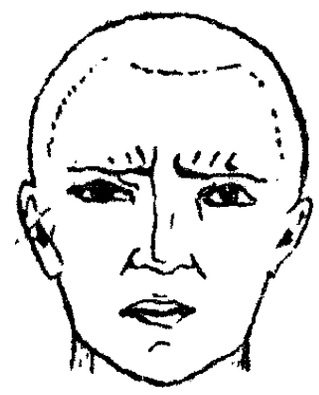


Fig. 90.
Riflessione.

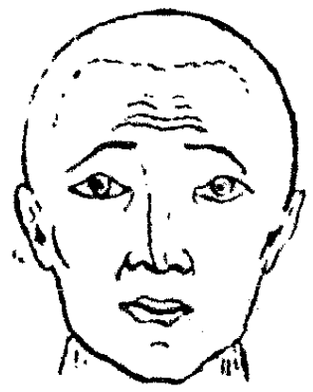


Fig. 91.
Dolore.

Fig. 89, Contrazione del muscolo frontale. — 90 Contrazione del m orbicolare superiore delle palpebre. — 91, Contrazione del m. sopraccigliare (Dal DUCHENNE [de Boulogne]).

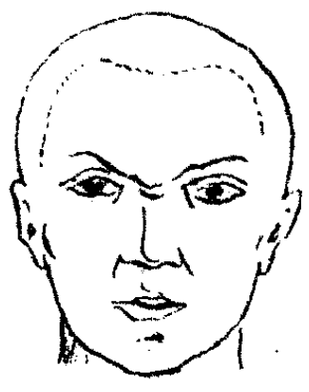


Fig. 92.
Aggressione.

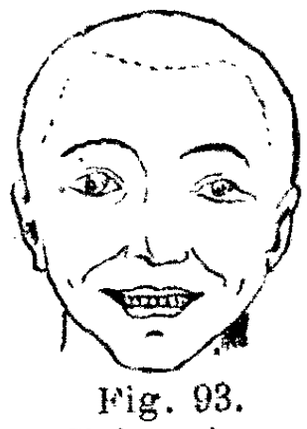


Fig. 93.
Falso riso.

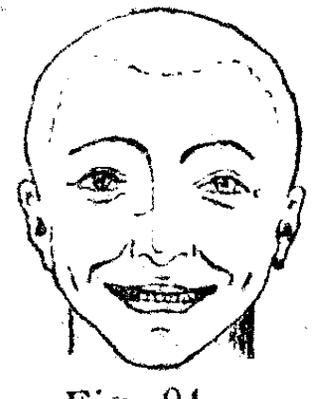


Fig. 94.
Riso aperto.

Fig 92, Contrazione del m. piramidale del naso. — 93, Contrazione del m. grande zigomatico. — 94, Contrazione del m. gr. zigomatico e del m. orbicolare inferiore delle palpebre (Dal DUCHENNE [de Boulogne])

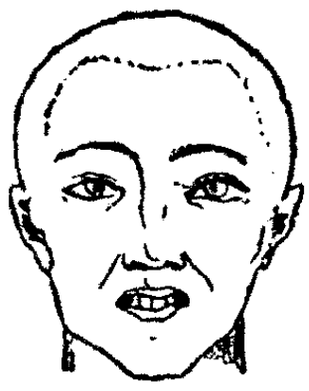


Fig. 95.
Pianto.

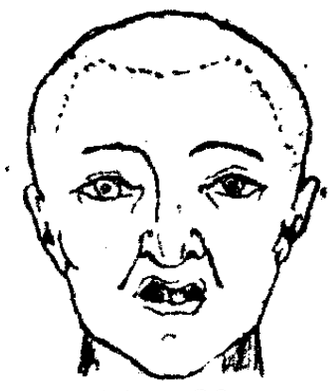


Fig. 96
Disprezzo.

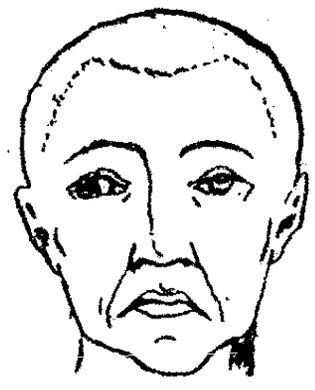


Fig. 97
Tristezza.

Fig. 95, Contrazione del m. piccolo zigomatico. — 96, Contrazione del m. elevatore comune del labbro superiore e dell'ala del naso — 97, Contrazione del m. triangolare delle labbra (Dal DUCHENNE [de Boulogne]).

mici più significativi, quello dell'occhio (*zona oculare*) e quello della bocca (*zona orale*).

Prospetto delle funzioni espressive dei muscoli facciali.

Nome del muscolo	Movimenti prodotti	Espressione
1. Frontale (fig. 89).	Piega la fronte in senso trasversale, alza e incurva il sopracciglio.	Attenzione, sorpresa, meraviglia.
2. Occipitale.	Tira in addietro l'aponeurosi epicranica, erige i capelli.	Spavento, terrore.
3. Orbicolare delle palpebre *a*) parte superiore (fig. 90).	Piega la fronte in senso verticale, abbassa il sopracciglio.	Riflessione, concentrazione (attività della vista).
b) parte orbitaria.	Produce pieghe nella pelle attorno all'orbita, nell'angolo esterno dell'occhio.	Benevolenza, gioja moderata, sorriso.
c) parte inferiore (fig. 94).	Chiude o socchiude le palpebre.	Concentrazione (attività dell'udito), stanchezza.
4. Sopraccigliare (fig. 91).	Avvicina le sopracciglia e corruga la parte mediana della fronte in senso verticale.	Dolore, patema morale.
5. Piramidale del naso (fig. 92).	Corruga la base del naso, abbassa la metà interna del sopracciglio.	Aggressione, collera.
6. Grande zigomatico (fig. 93).	Tira la commessura labbiale all'indietro e in alto, gonfia la gota.	Riso (falso), gioja.
7. Piccolo zigomatico (fig. 95).	Stira in alto e in fuori la porzione media della metà del labbro superiore.	Pianto, dolore.
8. Quadrato del labbro superiore (fig. 96).	Eleva il labbro superiore e l'ala del naso.	Disprezzo, dolore olfattivo.
9. Trasverso nasale.	Rialza le pinne nasali e produce pieghe sul naso.	Lubricità, piacere olfattivo.
10. Triangolare nasale.	Dilata e fa fremere le narici.	Collera, passione erotica.
11. Mirtiforme.	Abbassa l'ala del naso ed il setto nasale.	Scherno.
12. Triangolare delle labbra (figura 97).	Abbassa e stira in fuori la commessura delle labbra.	Tristezza.
13. Orbicolare delle labbra.	Stringe la bocca, increspa e spinge le labbra all'innanzi.	Risentimento, dolore dell'amaro, smora (infantile).
14. Risorio del Santorini.	Stira all'infuori la commessura delle labbra.	Riso.
15. Canino.	Alza la commessura delle labbra.	Minaccia, sarcasmo (se unilaterale).
16. Quadrato del mento.	Abbassa il labbro inferiore.	Sdegno.
17. Platisma-mioide.	Corruga la pelle del collo.	Paura.

La faccia umana deve la sua funzione espressiva all'essere provvista di muscoli numerosi, piccoli e piatti, senza fascia aponeurotica propria, situati immediatamente sotto la pelle con la quale contraggono inserzioni, e tutti innervati da un solo nervo, il n. facciale (vedi la fig. 53, a pag. 268 del Vol. I⁰). Questa muscolatura, così specificata nei Primati, è filogenicamente di origine cutanea (Rabl, Ruge), e lo dimostrano ancora i rapporti suoi col platisma-mioide. Riguardo all'espressione delle emozioni, l'ufficio particolare dei muscoli della faccia fu studiato profondamente da Carlo Bell e da Duchenne [de Boulogne]: quegli si basò specialmente sulle disposizioni anatomiche (*The anatomy a. philosophy of Expression*, 1.ª ediz. 1806, 7.ª ediz., 1877), questi sulla eccitazione localizzata mercè dello stimolo elettrico (*Mécanisme de la Physionomie humaine*, 1.ª ediz. 1862, 2.ª ediz. 1876). I due insigni fisiologi ammisero una funzione specifica pei differenti muscoli, supponendo di poter provare che ciascuno di essi risponde ad una determinata emozione o stato sentimentale dell'animo: il Duchenne spinse anzi questo concetto della specificazione espressiva fino agli estremi (cfr. le fig. 89-97).

Ma sebbene le indagini recentissime sull'ipereccitabilità muscolare nelle fasi letargica e sonnambolica del grande ipnotismo (Charcot, Richer) abbiano portata una conferma alle scoperte del grande neurologo, tutti i fisiopsicologi odierni sono d'accordo nel riconoscere: 1.° che i muscoli della faccia non si svolsero *soltanto* per la espressione; 2.° che ciascun muscolo non è *isolatamente* destinato a qualsisia emozione anche semplice (Piderit, Mantegazza, Wundt, Warner, W. James). In una data espressione prevale, certo, il movimento di determinati muscoli, ma, per la legge di diffusione delle correnti nervee centrifughe, ogni espressione fisionomica consta di molte contrazioni e risoluzioni muscolari sincrone, ora associate ed ora antagonistiche (*contrazioni combinate espressive* ed *inespressive*, di Duchenne). Ad ogni modo, poichè la pazzia esagera sempre e non raramente isola gli ufficî parziali dei diversi muscoli, scomponendo la espressione nei suoi elementi caratteristici, credo opportuno dare a p. 269 l'elenco dei muscoli facciali col significato psichico della loro contrazione, quale può scorgersi faradizzandoli (nei soggetti sani, magri),

o anche eccitandoli meccanicamente (in alcuni ipnotizzati isterici, ma non in tutti, come voleva la scuola della Salpêtriére).

1.° La zona mimica oculare, nel più gran numero dei pazzi, è sede di espressioni caratteristiche. Noi vi studiamo, in primo luogo, i *movimenti del globo oculare*, poichè sono essi che danno mobilità e direzione allo sguardo; in secondo luogo, i *movimenti palpebrali* di chiusura e di apertura, e quelli *irradiati* tutt'attorno nei muscoli delle sopracciglia, della fronte e del segmento nasale superiore; in ultimo, il grado di *umidità lagrimale dell'occhio.*

a) Lo sguardo dei pazzi ha sempre qualcosa di speciale: e lo credono, e lo sanno anche i profani. — Rispetto alla sua mobilità, noi possiamo distinguere col PIDERIT varî gradi (cfr. *Wissenschaftl. System der Mimik u. Physiognomik*, 1.ª ediz. 1867, 2.ª 1886). Lo sguardo *vivace* è indizio di intelligenza sveglia e di molta impressionabilità (esaltamento semplice, paranoia, periodo maniaco delle forme cicliche): il *pigro* e *vacuo*, di poca attività di pensiero (demenza primitiva e secondaria apatica, imbecillità, demenze organiche): l'*affaticato*, di esaurimento psichico e di irresolutezza (melancolia passiva, demenza): l'*inquieto*, di timidità, di perplessità, di sospetto (melancolia ansiosa, ipocondria, paranoia, pazzia criminale, epilessia): il *vago* od *errante*, di disattenzione verso il mondo esterno, di storditezza, di assoluta insensatezza (mania grave, imbecillità, demenza agitata): il *fiso*, di concentrazione per lo più dolorosa e di appassionamento profondo (melancolia con distimia intensa): il *fermo*, di sospensione della coscienza (stupore primitivo e secondario): il *dolce*, di gaiezza e di affettuosità simpatica (esaltamento ottimistico della paralisi generale, erotomania). — Rispetto alla direzione, troviamo lo sguardo *nascosto*, e nello stesso tempo inquieto, negli stati sentimentali di diffidenza o di dissimulazione (prima e seconda fase della paranoia sistematica o « delirio cronico del MAGNAN », pazzia epilettica e criminale, delirio di negativismo di certi melancolici): l'*ostentato*, che indica boria e

alto sentimento di sè (megalomania paranoica, maniaca e paralitica): il *rapito*, che riflette i sentimenti di aspirazione intensa, di estasi voluttuosa e religiosa (episodî drammatici della catatonia, paranoia allucinatoria acuta, esaltazione religiosa dell'epilettico, erotismo dell'isterica, beatitudine di certi paralitici). Nel valutare il significato espressivo dello sguardo, dovremo però tener conto della dilatazione e restrizione della pupilla (cfr. Vol. I, pag. 276 e segg.).

b) L'occhio è più o meno scoperto secondo il movimento dei muscoli palpebrali. — La sua *chiusura* completa, massime quando esistano nello stesso tempo fremito e spasmo dell'orbicolare delle palpebre, è espressione mimica ben nota di malumore, di riflessione penosa, di rammarico, di avvilimento, talvolta di profondo terrore (panofobia, melancolia angosciosa, paranoia acuta con allucinazioni verbali ed acustiche incessanti, stati attoniti). Se la chiusura ha luogo con le palpebre flosce e non convulse, indica sospensione dei processi ideativi (stupore primario), oppure attenzione concentrata su fantasmi od acusmi morbosi (allucinazioni). — Una *semichiusura* delle palpebre, unita ad uno sguardo fiacco e pigro, significa ristrettezza ed inerzia mentale (frenastenie torpide, demenze apatiche). L'occhio *aperto* esprime attenzione moderata e intensità del processo appercettivo (melancolia ansiosa, paranoia diffidente, ipocondria): quello *spalancato* è effetto riflesso della viva sorpresa, che ora è aggradevole nel sentimento di ammirazione (allucinazioni erotico-religiose), ora penosa nel sentimento di terrore (allucinazioni spaventose, demonomania). — Alcuni pazzi presentano un continuo *ammiccamento* delle palpebre (spasmo clonico dell'orbicolare nei maniaci ebefrenici): altri, all'opposto, sembra abbiano perduto la sensibilità della cornea, e non ammiccano più (crampo dell'elevatore nei catatonici, negli estatici, nelle isteriche e negli ipnotizzati).

c) Fra i movimenti irradiati attorno al centro mimico oculare (*lineae oculares* dello JADELOT) prevalgono quelli dei muscoli sopraccigliare e frontale. Tipico affatto è il corrugamento della fronte con pieghe o rughe trasversali curvilinee, concentriche all'arco del sopracciglio, che si osserva in certi stupidi, allucinati attoniti e dementi cronici. Quando le sopracciglia sono rialzate nella loro parte interna, avvici-

nate in sul mezzo, dirette obliquamente dall' alto in basso e dal di dentro all' infuori, e la parte mediana della fronte è solcata da pieghe trasversali, si ha il caratteristico atteggiagiamento degli stati emotivi di dolore (melancolia ansiosa). Se contemporaneamente al sopraccigliare è contratta la parte superiore dell' orbicolare palpebrale, permangono le pieghe trasversali suindicate nella fronte, ma il sopracciglio diviene rettilineo e si formano nella regione glabellare pieghe verticali, raffiguranti così un Ω majuscolo (*segno di* SCHÜLE, fig. 98): è l'attitudine profondamente penosa degli stati emotivi terrifici (melancolia agitata, demonomania, angoscia epilettica). L'aspetto aggressivo che dà la contrazione del piramidale del naso, unita a moti convulsivi nella zona orale, è sintomo di collera o di preparazione muta ad atti violenti (furore della mania e dell' epilessia, idee impulsive dei degenerati).



Fig. 89. — Parte superiore del viso nell'espressione del pianto (Dal PIDERIT).

d) Per quanto spetta all' umidità lagrimale, ed alla tensione della capsula membranosa del globo, sono esse che danno all' occhio di alcuni pazzi il brio e lo splendore dello sguardo, e ad altri invece la sembianza indolente e inebetita. L'occhio *lucido* e *terso* è indizio di perspicacia, di intelligenza, di disposizione gaja dell' animo (stati di esaltamento); l' *umido*, lo è di emotività esagerata e di passioni energiche (delirî tristi, ipocondriaci, erotismo); l'*appannato*, di concentrazione penosa con incapacità di piangere (melancolia); l'*opaco* e *spento*, di inerzia mentale e sospensione della coscienza (demenza, stupore); il *secco* e *ruvido*, di freddezza egoistica, di fermezza, di sentimenti ostili (paranoia, pazzia morale, epilessia). — I bulbi oculari sono *retratti* e poco mobili negli stati depressivi con denutrizione e anadiposi generale (melancolia, ipocondria): sono *protrusi* e mobilissimi nelle forti eccitazioni psichiche (mania, furore epilettico, e paralitico):

sono *sporgenti* e lentamente mobili nell'inerzia mentale (imbecillità): sono *protuberanti* nella malattia del BASEDOW (con cui non raramente si associano disturbi psichici).

2.° La zona mimica orale, oltre alla parte che prende nella fonazione e nella parola articolata, è sede di movimenti i più espressivi per rispetto agli stati del sentimento e dell'intelligenza, a seconda che la bocca è chiusa od aperta, a seconda che le labbra sono compresse o rialzate, spianate o corrugate, e a seconda delle irradiazioni motorie che dal centro mimico dell'ostio orale si diffondono al naso, alle guancie, al mento.

a) L'apertura moderata della bocca indica attenzione, ed è comune nell'atto di ascoltare di certi allucinati. Una bocca molto aperta, con rughe orizzontali sulla fronte, significa meraviglia e curiosità, e si trova staticamente fissa nella faccia di molti stupidi e melancolici attoniti. Se vi sono anche rughe verticali sulla fronte, sguardo fiso, pupille dilatate, tremito delle labbra, l'espressione è di terrore (demonomaniaci). Se la bocca resta spalancata, con le labbra pendenti e scolo di saliva, la fisonomia assume l'aspetto caratteristico della intelligenza limitata e dell'apatia mentale, e la si scorge negli idioti, nei tardivi e nei dementi.

b) I moti e la posizione delle labbra danno origine a quelle intense espressioni affettive, che il PIDERIT designa coi nomi di *tratto amaro*, *dolce*, *scrutante*, *affettato* e *sprezzante* (sono le *lineæ labiales* dello JADELOT). — Nel tratto *amaro* il bordo rosso del labbro superiore è tirato in alto nella metà della sua parte laterale e rovesciato all'infuori nel suo mezzo, le ali del naso sono rialzate, i solchi naso-labiali approfonditi e rettilinei: esso esprime la sensazione disaggradevole dei sapori amari, la suscettibilità, il malumore passivo, i dolori muti e profondi dell'amor proprio, l'irritabilità del carattere (viso rattristrato e « amareggiato » dei melancolici). — Nel tratto *dolce* la bocca è chiusa, il labbro superiore stretto sull'inferiore, le guancie compresse sui denti: è l'espressione dei piaceri gustativi, delle sensazioni ed imagini molto aggra-

devoli, dell'affettuosità (viso ilare e giocondo del maniaco). Se contemporaneamente le narici sono dilatate e gli occhi semichiusi come nei piaceri olfattivi, si ha un tratto che potrebbe dirsi *sensuale* (trasporti erotici di alcuni deliranti); e se gli occhi sono molto aperti con lo sguardo rivolto all' insù, quello *voluttuoso* (estasi religiosa). — Nel tratto *sprezzante* il labbro superiore è incurvato e premuto sull' inferiore che è spinto all' innanzi, gli angoli labiali si deprimono, le narici si restringono, le pinne nasali si arricciano e si abbassano, l'apertura orale forma una curva convessa in alto, ed il solco labiomentoniero si approfonda: è l'atteggiamento dei dolori olfattivi, dello sprezzo, del risentimento (paranoia superba). — In fine, nel tratto *affettato* le labbra sono serrate fortemente l'una contro l'altra coi bordi ripiegati all'indentro, il labbro inferiore è rialzato nel mezzo, e si formano due pieghe angolari sopra il mento; è questa l'espressione della fermezza (forme impulsive). Se vi è corrugazione verticale sincrona della fronte, l'espressione è quella del malumore attivo, dell' ostinazione collerica, del naturale scontroso (melancolia con tendenze suicide, mania, carattere dell'epilettico e del paranoico perseguitato).

Articolo III.

Il Linguaggio dell' Alienato.

§ 1.

Generalità e forme elementari del linguaggio.

85. **Valore semeiotico del linguaggio negli stati psicopatici.** — Noi designiamo sotto il nome di l i n g u a g g i o l'insieme dei movimenti espressivi, che, avendo relazione costante con date emozioni, idee e tendenze, diventano per l'osservatore altrettanti s e g n i della vita mentale dell'alienato, cioè fatti esteriori aventi un significato ejettivo ben preciso e determinato. I segni, che costituiscono il linguaggio, hanno una forma ed un conte-

PRÉFECTURE DE LA SEINE
BIBLIOTHÈQUE
MÉDICALE

nuto: — la prima consiste in un movimento più o meno complesso (gesto), o in un effetto concomitante al movimento (suono vocale), o anche in una traccia residua di un movimento (scritto, figura, plastica); — il secondo si riferisce, ora alle condizioni psichiche della personalità anomala od ammalata (emotività, sentimenti, memoria, coscienza, volontà), ora ai suoi rapporti subbiettivi di rappresentazione con la realtà esterna, con l'ambiente fisico-cosmico e sociale (ideazione, giudizio, raziocinio, intelligenza propriamente detta). — Per sè il segno non ha, dunque, valore espressivo; lo ha solo in quanto esso risponde a stati interiori, di cui noi possiamo ejettivamente giudicare la natura, l'intensità, lo svolgimento, le associazioni e trasformazioni: è, insomma, un valore puramente *simbolico*. Questa considerazione ci dà il diritto di riunire sotto la generica denominazione di asimbolie (FINKELNBURG), o, meglio, di dissimbolie, tutte le svariatissime anomalie e lesioni della mimica intenzionale, della fonazione semplice, della loquela o fonazione articolata, della scrittura ed altre specie consimili di raffigurazione significativa.

Questo modo di intendere il linguaggio degli alienati, oltre ad essere in accordo con quanto fu detto precedentemente intorno all'espressione (§ 74 e segg.), dimostra che noi consideriamo simbolico rispetto alla vita mentale ogni movimento espressivo che possegga le due caratteristiche seguenti: 1.° correlazione costante con un dato fenomeno psichico, soprattutto rappresentativo o intellettuale; 2.° comunicazione del segno agli individui conviventi, e sua comprensione da parte di questi, secondo le regole acquistate dall'esperienza individuale nella vita collettiva dell'aggregato. Ciò vuol dire che la parola articolata, o *loquela*, è il linguaggio per eccellenza, massime nella specie umana, dove essa ha raggiunto uno sviluppo straordinario, conforme a quello pure grandissimo delle sue facoltà intellettuali. Non pertanto, sotto il rispetto del valore significativo degli stati psichici, anche la

mimica, la fonazione emotiva, la scrittura, il disegno, le arti plastiche stesse, sono forme simboliche di espressione, cioè forme di linguaggio. L'esame clinico della loquela assorbe, certamente, gran parte delle indagini cliniche rivolte a studiare le dissimbolie dei pazzi; ma è utile ricordare che vi sono anomalie e malattie gravi della mente umana, le quali ci si possono rilevare soltanto nel gesto, nella intonazione della voce, nella parola scritta, nella raffigurazione artistica.

Come abbiamo fatto per le espressioni della fisonomia e mimica, diamo prima uno sguardo sintetico ai segni, o fenomeni espressivi costituenti il linguaggio, ed osserviamo le leggi generali del loro simbolismo.

a) Noi distinguiamo, fin da principio, i segni per la loro forma. Un primo gruppo di essi lo vediamo costituito di manifestazioni *transitorie*, il cui esame dev'essere effettuato direttamente in presenza dell'alienato, poichè corrispondono alle movenze emotive della fisonomia: fugaci sono i movimenti che originano i gesti ed i suoni vocali. Altri, invece, consistono in *traccie durature* e *stabili di movimenti*, le quali possiamo studiare a nostro agio ed in assenza del malato: sono gli scritti, i disegni, i grafiti, i manufatti. La scienza, però, va discoprendo processi tecnici che ci permettono fino ad un certo punto di fissare la mimica, la voce e la parola (fotografia, stenografia, fonografia): così ci prepara la via ad esami clinici più esatti e più fecondi di utili comparazioni.

b) Distinzione ben più importante a tenersi presente nelle indagini di semeiotica sui pazzi, è però quella che si riferisce all'origine fisio-psicologica dei segni. Alcuni segni si compiono per atto reflesso nervoso, cioè senza che il soggetto abbia intenzione di manifestare con essi i proprî stati interiori: possiamo dirli *ininten zionati* (Romanes), perchè in generale hanno carattere *incosciente* o *subcosciente*. Altri segni, per contrario, sono fatti nella intenzione di esprimere le emozioni, le idee, le tendenze: sono adunque *intenzionati* e *coscienti*. La pazzia spesso esagera il numero e l'intensità dei primi, che in condizioni molto gravi di imperfetta integrazione o di avanzata dissoluzione della personalità giungono a dominare ed anche ad abolire del tutto le manifestazioni della seconda categoria, cioè quelle caratteristiche delle organizzazioni psichiche più elevate.

c) Segue una terza distinzione, che riguarda il contenuto psicologico dei segni. Infatti, gli uni rispondono a manifestazioni della sfera *sentimentale*, gli altri a manifestazioni della *intellettuale*: coi primi esprimiamo le emozioni, i sentimenti, i desiderî, le tendenze, le volizioni; coi secondi le percezioni, le idee, i concetti. In ambedue i c si possiamo servirci di movenze mimiche, di suoni vocali, di traccie materiali; ma i segni di contenuto emotivo sono per la massima parte inintenzionati o reflessi, quelli di contenuto concettuale sono invece in grande maggioranza intenzionati o coscientemente voluti. La pazzia provoca anche qui un notevole cangiamento nel linguaggio dell'individuo: dissolve la coscienza nei suoi elementi inconscî o subconscî, e quindi rende inintenzionate o reflesse anche le manifestazioni di stati concettuali (disturbi del linguaggio interiore, allucinazioni ed impulsi verbali, automatismo della parola).

Ma la pazzia fa di peggio: essa disintegra il segno nei suoi due elementi, che sono la forma e il contenuto; il segno perde allora la sua correlazione ordinaria con lo stato psichico che normalmente serve ad esprimere, e la sua parte formale soggiace ad un processo ora ipertrofico ed ora atrofico, che ne snatura il significato. Questo avviene specialmente nella categoria dei segni concettuali, la cui forma si è nell'evoluzione umana così immedesimata col pensiero, da rendersi assai dubbio che si possa pensare umanamente, cioè coi caratteri del pensiero umano, senza la veste formale dell'idea (simboli verbali, parole). Molti pazzi, soprattutto deliranti, diventano « formalisti del linguaggio » nel più ampio senso della frase, e finiscono col perdere persino la memoria del valore intellettuale o rappresentativo del simbolo.

d) Vi è, infine, una distinzione da fare nei segni considerati come mezzi di relazione sociale negli aggregati umani. A questo proposito è ovvio che i segni, per assurgere al grado di espressione comunicativa o di linguaggio, debbono essere *compresi* dai conviventi. Non giova all'individuo normalmente costituito e sano il servirsi di gesti, di voci, di suoni articolati, di simboli, che non abbiano pei suoi simili il valore di espressioni significanti stati psichici notoriamente precisi; chè, se ciascuno di noi avesse un linguaggio individuale,

la convivenza diventerebbe impossibile, e la vita sociale mancherebbe di fondamento. — Vi sono segni che diciamo *naturali*, perchè stante la loro indole fisiologica (atti reflessi) sono comuni a tutti gli esseri e da tutti vengono compresi: essi sono, ad esempio, i gesti muti di domanda e di indicazione, le voci di dolore e di gioia, ecc. Questi segni costituiscono le forme inferiori del linguaggio che anche gli animali posseggono: cioè il linguaggio espressivo degli stati sentimentali e dei più infimi fra gli intellettuali (percetti e recetti). — Ma i veri segni specifici del linguaggio, usufruiti dagli aggregati sociali per mantenere le opportune relazioni di convivenza fra gli individui, sono quelli che designansi col nome di *convenzionali:* non già tali, perchè una convenzione voluta abbia portato gli esseri conviventi ad adottarli come mezzo universale di comunicazione comprensibile (vecchia ipotesi del « contratto sociale », G. G. Rousseau), ma convenzionali in quanto questi esseri danno loro un significato di convenzione. E diciamo « esseri », non soltanto uomini, perchè anche gli animali posseggono in natura i rudimenti di questa forma elevata di linguaggio (gesti di accarezzamento e di minaccia, gridi di richiamo e di allarme), senza parlare di quelle specie che nella condizione di domesticità acquistano l'abitudine meccanica di gestire ed articolare la voce intenzionatamente, cioè con intenti dimostrativi particolari (es. certi uccelli cantori, i pappagalli, fors'anco il cane secondo i tentativi di Graham-Bell).

E il linguaggio degli aggregati umani che ci offre al massimo questo carattere convenzionale dei gesti, delle articolazioni vocali costituenti la parola, delle parole tradotte in grafie: il nesso tra la forma ed il contenuto dei segni divien così intimo e costante, che tutti gli individui d' una medesima razza, nazione ed epoca storica li comprendono come espressioni di dati concetti. Il linguaggio, svoltosi nella specie per necessità fisiologiche e psicologiche, è imparato dal fanciullo mediante l' imitazione: questa lo astringe a sceverare, fra le infinite manifestazioni istintive di cui è ricca la sua attività di espressione (Hale), i segni stabili che gli sono utili pel soddisfacimento dei suoi bisogni e per la loro comunicazione agli altri. Così il linguaggio, sempre più specificandosi nei suoi segni soprattutto vocali e grafici, si trasmette attraverso le gene-

razioni, e soggiace a certe modificazioni storiche in conformità dei progressi fisiologici e psicologici delle società, di cui è il più valido mezzo di esistenza. Tutto questo immenso lavoro dell'evoluzione animale ed umana, che fissa l'espressione nelle sue forme stabili, in parte universali ed in parte etniche, è arrestato, disordinato, distrutto, invertito dalla pazzia. Essa non soltanto altera il linguaggio come mezzo intenzionato di espressione (es. le dislogie di forma, le disfrasie e le disartrie), ma anche come significato convenzionale degli stati psichici (es. le dislogie di contenuto). La dissimiglianza dell'alienato riguardo al linguaggio comincia dalle modificazioni di rapidità, di forza, di correlazione mentale nel gestire, nel parlare, nello scrivere, e si estende fino alla modificazione arbitraria del valore convenzionale dei simboli mimici, fonici e grafici. La creazione di una pantomima, di un idioma, di una scrittura individuale, con cui il pazzo riveste di forme nuove inusate e incomprensibili i concetti riferentisi alla realtà esterna od alla sua personalità, è l'ultimo termine del processo dissolutivo del linguaggio.

L'importanza semeiotica dell'esame del linguaggio sta in ciò, che dalle sue alterazioni l'alienista trae quasi tutti i criterî diagnostici per determinare lo stato dell'intelligenza. Invero, le varie categorie dei segni vanno studiate sotto due aspetti: — 1.° come sviluppo più o meno completo della capacità individuale di esprimere gli stati interiori, soprattutto gli intellettuali (percezione, appercezione, memoria, imaginazione, ideazione, raziocinio, giudizio): — 2.° come mezzo usufruito dall'individuo per entrare in comunicazione coi suoi simili (intenzionalità dell'esprimersi, e facoltà di comprendere le espressioni altrui).

La prima ricerca, che potremmo chiamare di *ontogenia* del linguaggio, ci permetterà di verificare se la personalità del pazzo si è completata secondo il tipo medio normale della sua razza, sesso, età, classe sociale; poichè dalla mancanza, dalla insufficienza, dalla imperfetta evoluzione ontogenica delle

diverse forme di espressione intenzionata convenzionale, desumiamo facilmente che anche la personalità fu tardiva o arrestata nel suo sviluppo, o che ad ogni modo risultò anomala nel suo processo integrativo (asimbolie e dissimbolie dei frenastenici, idioti, imbecilli, degenerati, deficienti e fatui).

La seconda ricerca prende le mosse dalla *sociogenìa* del linguaggio. Se questo è il mezzo intellettuale di comunicazione fra i conviventi, e se la sanità mentale di un individuo consiste nel conservare i rapporti normali con l'ambiente che lo circonda, l'effetto immediato della pazzia per riguardo al linguaggio sarà appunto di togliergli la sua più importante caratteristica, quella sociologica. Il linguaggio del pazzo, mentre varrà a manifestarci le modificazioni della coscienza, le quali non rispondono più esattamente nè alle circostanze esterne di vita, nè a quelle interiori normali della sua personalità, ci servirà pure di dimostrazione dello stato di isolamento dai suoi simili e di disadattamento alle sue condizioni sociali, in cui lo avrà portato il disordine della mente.

Nella semeiotica del linguaggio dobbiamo procedere, come avviene nella pratica, dai segni naturali e più semplici ai segni più complessi pel loro simbolismo specifico: questo passaggio ascendente corrisponde alla evoluzione stessa del linguaggio nella specie e nell'individuo. Esamineremo adunque: 1.° i *gesti* che corrispondono a rappresentazioni e a concetti (linguaggio mimico); 2.° l'*intonazione* e gli altri caratteri puramente fonetici della *voce* che corrispondono a stati emotivi e sentimentali (linguaggio fonico emotivo); 3.° i *suoni vocali articolati* che, divenendo simboli verbali di concetti razionali, compongono la parola (linguaggio articolato, loquela); 4.° le *traccie durature di movimenti* con cui i simboli verbali si rivestono di forma grafica (linguaggio scritto, scrittura); 5.° le *traccie stabili di movimenti* che mirano a riprodurre sugli oggetti fisici le impressioni sensoriali e le rappresentazioni (linguaggio figurativo, ideografia ed arte).

86. **Linguaggio mimico.** — I g e s t i rappresentano la forma più elementare di segni espressivi, con cui il pazzo può darci ragguagli sulle sue condizioni psichiche. Essi sono tanto più importanti ad osservare clinicamente, in quanto servono a manifestazioni le più diverse del sentimento, della ideazione e dell'attuazione volitiva. Invero, possono essere ora il prodotto immediato e spontaneo della reazione psicomotoria (movimenti inintenzionati, che susseguono ordinariamente per atto reflesso ad una emozione o al un'imagine), ora il prodotto deliberato della attività cosciente (movimenti intenzionati dimostrativi, diretti ad esprimere in forma quasi sempre convenzionale gli stati emotivi e rappresentativi). Noi abbiamo esaminato in paragrafi precedenti (§. 81-84) la mimica *emotiva*, che corrisponde al primo gruppo di gesti: ci rimane qui da compiere lo studio del secondo gruppo, cioè della gesticolâzione, o mimica *simbolica* propriamente detta, come forma di linguaggio.

Il g e s t o, inteso nel suo senso più ampio di movimento atto a manifestare gli stati psichici, non è proprio soltanto dell'uomo: tutti gli esseri animali ci presentano, infatti, delle azioni muscolari che sono, come le nostre, manifestazioni obbiettive di emozioni e di sentimenti, cioè gesti inintenzionati spontanei. Su questo punto esiste accordo completo fra gli psicologi di tutte le scuole; dove comincia il dissenso è nell'attribuire agli animali la facoltà di far gesti intenzionali deliberatamente dimostrativi ed imitativi di date rappresentazioni, cioè rispondenti a imagini determinate ed a complessi di imagini, in somma a concetti razionali. Ma la psicologia comparata provò che questa forma di linguaggio per segni è posseduta spesso in grado inaspettato da quegli animali, che la convivenza con i loro simili e ancora meglio la convivenza con l'uomo hanno condotto ad esprimere i loro desiderî, i loro sentimenti, le loro rappresentazioni (perfino di avvenimenti possibili e futuri) mediante atteggiamenti generali e parziali del corpo. Che anzi, lo svolgimento della complessa

facoltà del linguaggio nella specie umana procede da codesta attitudine di tutti gli esseri superiori a manifestarsi vicendevolmente gli stati dell'animo (Cfr. ROMANES G., *Mental evolution in Man. The origin of human Faculty*, Londra 1888). Così il linguaggio, ritenuto dapprima di origine soprannaturale, appare oggi come il prodotto di una lenta elaborazione naturale, che attraversa fasi successive, dal semplice gesto o atteggiamento reflesso, provocato dalle emozioni ed impressioni concrete che l'uomo primitivo, il bambino e il selvaggio hanno in comune cogli animali, fino alla espressione verbale fonica o grafica di quelle rappresentazioni generali ed astratte che costituiscono il pensiero scientifico e filosofico. La gesticolazione è, dunque, l'elemento primo del linguaggio.

Ma la mimica, se è la forma più bassa di linguaggio e non arriva mai alla generalizzazione ed alla grammatica (STOUT), perde a poco a poco le sue qualità grossolane di atto reflesso emotivo. Essa si restringe sempre più ai segni *imitativi convenzionali*, che servono ad esprimere stati complessi del sentimento e dell'ideazione comuni a tutti i conviventi, ed ai segni *intenzionati intellettuali*, che servono ad estrinsecare i concetti riferentisi agli oggetti esterni ed ai loro rapporti coll'azione dell'io cosciente. Fra i gesti convenzionali dobbiamo collocare i cenni affermativi e negativi del capo e della mano, il saluto, il bacio, l'inchino e le altre movenze cerimoniali, la preghiera e le altre forme rituali. Fra i gesti intenzionali poniamo gli indicativi, i connotativi, i qualificativi, i predicativi, e, ove la mimica sia perfezionata all'uopo, i denominativi: con essi chiamiamo l'attenzione altrui su dati oggetti esterni o sulla nostra persona, designiamo qualità fisiche speciali ad un oggetto o comuni a più oggetti, esprimiamo e comandiamo atti compiuti o da compiere sia da noi stessi, sia dagli altri, li riferiamo al tempo passato presente o futuro, od allo spazio vicino o lontano, possiamo anche mimicamente tradurre i simboli fonici e grafici del linguaggio verbale, e manifestare il dubbio interrogatorio. Uno studio accurato sul linguaggio gesticolare dei sordomuti non istruiti (DE HAERNE, FAY), su quello convenzionale dei Pelli-Rossi d'America (GARRICK-MALLERY) e dei vivaci popoli meridionali d'Italia (JORIO), non che su quello prescritto nelle re-

gole monastiche di certi ordini religiosi Brahmanici e Cristiani (KLUEGE), dimostrò come e quanto la mimica possa perfezionarsi. Coi gesti si è giunti a designare: gli oggetti fisici; le loro qualità; le azioni; gli eventi; le relazioni di famiglia; la numerazione; i confronti di grandezza, di forza, di resistenza; le condizioni subbiettive dell'animo, ecc.

La psicologia patologica ci porge argomenti positivi in favore della teoria evoluzionistica del linguaggio mimico.

1) Negli individui abnormi, la cui personalità non si completa e rimane a un grado infimo ed elementare di integrazione (idiotismo, cretinismo), la facoltà di esprimere con segni gli stati subbiettivi e di comunicarli agli altri non si svolge oltre alle forme rudimentali della mimica emotiva, della fonazione reflessa e della gesticolazione naturale inintenzionata; e tale si manifesta negli atti esprimenti piacere e dolore, attrazione e ripugnanza, collera e paura (riso, pianto, carezze, repulsione, stringimento dei pugni, digrignar dei denti, sputo, restringimento della persona, chiusura palpebrale, ecc.). Se l'anomalia di sviluppo non è così intensa, il frenastenico raggiunge la fase della mimica convenzionale, della fonazione articolata cosciente e della gesticolazione intenzionata indicativa, vale a dire di quella atta a *dimostrare* uno stato *psichico* per richiamare su di esso l'*attenzione altrui*. E quanto più la integrazione della personalità si avvicina al tipo normale, tanto più crescono e si perfezionano i mezzi di significare le variazioni dell'io e i rapporti della coscienza colla realtà esterna (come egregiamente si vede nel bambino e nel fanciullo).

2) D'altra parte, quando per malattia o per qualsiasi altra condizione anormale acquisita la personalità si altera, disintegra e dissolve, la facoltà del linguaggio soggiace ad un processo retrogrado di involuzione. La prima a perdersi è la facoltà di fare e comprendere i segni verbali grafici o fonici delle rappresentazioni astratte, finchè in ultimo ciò che solo permane di tutta la meravigliosa e ricca serie di espressioni simboliche è la gesticolazione rispondente agli stati rudimentali emotivi (istinti). Le perdite indotte dalla demenza sono, in sostanza, parallele, ma in senso inverso, alle deficienze di sviluppo provocate dall'idiotismo.

3) Il linguaggio mimico è simile in tutti gli uomini quando si tratta dei gesti puramente emotivi, poichè ciascun movimento espressivo di un'emozione o di una impressione sensoriale semplice si effettua secondo leggi determinate di organizzazione (struttura e funzioni del sistema nervoso). Le differenze cominciano a mostrarsi nei gesti intenzionati, e soprattutto in quelli che rispondono a stati intellettuali, a idee complesse, a concetti: qui la razza, la nazionalità, la convivenza sociale, il grado di coltura, la professione, le abitudini individuali inducono nella energia e nelle modalità del gestire numerose varianti, delle quali l'alienista dovrà tener conto nei suoi esami clinici. Quanto più è povera l'attività intellettuale, e quanto più è debole la capacità inibitoria, tanto più ricca, generalmente parlando, è la gesticolazione; di guisa che le razze inferiori, le popolazioni incolte, le classi rozze, le donne, i fanciulli e certi alienati hanno un linguaggio per segni mimici più vivace delle razze alte, delle popolazioni incivilite, degli individui raffinati, degli uomini adulti e vecchi, dei sani di mente (TYLOR, G. MALLERY, ROMANES). Anche sotto questo riguardo la pazzia agisce da dissolvente della personalità, facendo riemergere le condizioni antiche relegate negli strati inferiori della psiche, od esagerando le sopravvivenze ataviche.

4) Il gesto intenzionato, per poter servire come mezzo di comunicazione, come forma di linguaggio, dev'essere compreso dai conviventi, i quali dalla modalità sua e dal momento in cui viene eseguito capiscono il suo significato. È il mimetismo sociale, che nel corso della evoluzione storica si incarica di dare alla gesticolazione quei caratteri di uniformità ed universalità che, rendendola comprensibile, noi chiamiamo convenzionali. Ma è evidente, e lo dissi, che di convenzione non si può parlare per rispetto al linguaggio mimico comune a tutta una razza od un popolo, ad esempio per rispetto al gesto affermativo o negativo, al saluto, al bacio, ecc., i quali si sono svolti differentemente nelle diverse razze (cfr. TEDESCHI E., nella mia « Riv. di Fil. scient. », Vol. IX, 1890). Segni mimici convenzionali, strettamente parlando, sono soltanto l'alfabeto gesticolare dei sordomuti e quelli di gergo. Se, adunque, nel pazzo troveremo modificato arbitrariamente il senso con-

cettuale del gesto, potremo interpretare anche questo fenomeno con criterio sociologico, come un effetto delle anomale relazioni della coscienza del malato col suo ambiente.

La semeiotica del linguaggio mimico si compone di due sorta di indagini cliniche: 1.° esame degli organi incaricati della mimica simbolica, ossia della gesticolazione; 2.° esame delle alterazioni del linguaggio mimico per riguardo alla intensità dei diversi atteggiamenti e gesti ed al loro valore semasiologico, in relazione con i singoli stati mentali che essi dovrebbero esprimere.

A) Gli organi precipui del linguaggio mimico sono nell'uomo i muscoli dell'arto superiore e della testa, non senza però che anche altre parti del corpo, cioè le estremità inferiori ed il tronco, possano contribuire all'espressione mimica del pensiero. Esaminando un pazzo, noi dobbiamo considerare in special modo le condizioni anatomiche e fisiologiche della mano, della faccia e del collo, poichè i muscoli e nervi di queste regioni possono essere sede di lesioni che esagerino e diminuiscano in qualche maniera i loro movimenti, e quindi perturbino la mimica (contratture, tremori, movimenti e gesti automatici, spasmi coreici o sistematizzati, scosse spontanee, agitazione irresistibile, paresi, paralisi). Ciascun organo mimico dev'essere studiato nella condizione di riposo (atteggiamenti naturali, posizioni forzate), e poscia in quella di espressione (mimica spontanea, mimica provocata); e tutto ciò secondo le regole di osservazione obbiettiva insegnateci dalla Neuropatologia e quelle da noi indicate nei paragrafi precedenti (cfr. Vol. I, § 53-54, e Vol. II, § 75 e 77).

a) In riguardo alla mimica dell'arto superiore, gli studî più recenti di Neuropatologia hanno dimostrato la straordinaria importanza dei suoi atteggiamenti spontanei

per la diagnosi di numerose malattie. Ma anche dal punto di vista della Psicologia patologica, i muscoli della mano, essendo specificati nella loro funzione quasi al pari di quelli della faccia, ed avendo assunto l'ufficio di agenti estrinsecatori della attività mentale, ci forniscono indizî preziosi. Per quanto in altri tempi si sia esagerato fino all'iperbole il significato psicologico dei caratteri morfologici della mano (chiromanzia), e per quanto anche recentemente si sia palesata di nuovo in alcuni psicologi la tendenza a dare soverchia importanza ai movimenti dello scrivere ed alle loro traccie stabili (grafologia), non resta men vero che nelle più svariate condizioni morbose dei centri cerebro-spinali il clinico deve arrestare il suo esame sulla posizione naturale, sugli atteggiamenti e sulle capacità funzionali dell'estremità superiore. Egli è che i muscoli della mano sono piccoli, numerosi, idonei a delicatissimi movimenti (cfr. Vol. I, p. 177, Fig. 51-52), e le indagini fisiopatologiche sul sistema nervoso ci permettono già, fino a un certo punto, di ritenere localizzate nella corteccia le loro singole aree funzionali, come nella scimmia (secondo HORSLEY e BEEVOR, vedi la fig. 67).

Esaminando le mani degli alienati, noi dobbiamo, in primo luogo, verificare se esse sono anatomicamente *libere nei loro movimenti*. Vi sono stati morbosi che inducono debolezza d'azione o contrattura in alcuni muscoli (massime nei flessori), e così mettono l'arto, ora nell'impossibilità di agire, ora in qualche posizione forzata: in tal caso la mancanza del linguaggio mimico non è ascrivibile a stato psicopatico. In altri malati la apparente vivacità della gesticolazione è dovuta all'esistenza di forme coreiche: esse sono abbastanza frequenti nell'idiotismo, nella imbecillità, nelle ebefrenie, nelle demenze organiche, nelle epilessie e nella isteria.

Se dopo ciò passiamo ad esaminare gli *atteggiamenti e moti spontanei della mano*, dovremo applicar loro il principio dell'analisi, scomponendo ciascuno di essi nei suoi elementi fisiologici, cioè nelle azioni per lo più contrastanti dei singoli gruppi muscolari (antagonismo dei flessori e degli estensori, degli abduttori ed adduttori, ecc.). Buonissima messe di dati, circa la capacità funzionale della mano e dell'arto superiore in genere, circa la energia e la resistenza dei loro movimenti,

e circa alla loro più o meno sollecita esauribilità in rapporto con lo stato dei centri psicomotorî, ci vengono forniti da strumenti speciali: dal dinamometro comune, dall'apparecchio registratore del WARNER, dal mio dinamografo, e in particolar modo dall'utilissimo ergografo del Mosso. Quest'ultimo coi suoi eleganti tracciati ci permette di desumere dai movimenti successivi e ritenuti eguali dei muscoli delle dita, non solo la forza e la durata del loro lavoro meccanico, ma anche la energia della sforzo volitivo.

Vi sono atteggiamenti spontanei della mano che hanno senza dubbio un significato semeiotico preciso. Sulla guida della fisiognomonia veramente scientifica (WARNER), possiamo distinguere nella mano degli alienati i seguenti tipi psicologici:

1.° *Mano nervosa:* — il pugno è flesso, le articolazioni metacarpo-falangee sono iperestese, soprattutto quella del pollice, il primo e secondo intermedio digitale sono in flessione, le dita divergenti in abduzione; la gesticolazione è variamente intensa, alternandosi la vivacità della mimica coll'esaurimento: vi è subitaneità, ma breve durata dell'azione. Questo tipo caratterizza tanto una condizione fisiologica di somma vivacità nei reflessi, quanto certi stati psichici di ansietà, di volubilità nel carattere, di sentimentalismo eccessivo (melanconie passive, pazzie isteriche, psicosi allucinatorie, delirî patetici).

2.° *Mano energica:* — è quasi l'antitesi della precedente, poichè il pugno è esteso, i metacarpi e le falangi sono flesse, le dita avvicinate in adduzione, il pollice in incipiente opposizione: gli atti gesticolari sono rapidi e forti, e il più delle volte manca, dopo sforzi anche continuati, l'apparenza di stanchezza. Tale atteggiamento indica prontezza e costanza ad un tempo nell'azione, facile passaggio dal riposo al movimento, efficacia di volontà, tenacia di carattere, e si scorge negli stati psichici di risolutezza, di antagonismo attivo, di ripulsione, di orgoglio (stati di esaltamento con iperbulia, paranoia con delirio superbo, carattere epilettico).

3.° *Mano convulsa:* — predominano i moti di flessione in tutte le parti della mano, specialmente nelle dita; il pollice è fortemente addotto e flesso, fino a toccare talvolta

la faccia volare, le dita sono avvicinate e contratte: solo il pugno può essere ora flesso, ora esteso, a seconda della preparazione dell'animo a difesa o a ripulsione verso lo stimolo sensoriale rappresentativo: spesso vi è dissimmetria nell'atteggiamento delle due mani; le azioni mimiche sono violente, quasi spastiche, spesso disordinate. È il tipo degli stati psichici di angoscia, di terrore, di ira compressa pronta a scaricarsi (melancolia agitata, mania con impulsi aggressivi, stupore con allucinazioni spaventose): si noti anzi che la posizione intermedia del pugno con le dita contratte è indizio di grave eccitamento dei centri psicomotorî (furore).

4.° *Mano debole:* — qui pure prevale l'atteggiamento in flessione, ma la disposizione dei muscoli non è tale per contrazione attiva, bensì per naturale predominanza dei flessori sugli estensori anche allo stato di riposo: di più, la disposizione è simmetrica, le azioni mimiche sono deboli, incerte, lente a prodursi e a risolversi, e vi si mostra chiaro lo sforzo nel passare dal riposo al movimento. È il tipo dei caratteri fiacchi ed irresoluti, delle volontà intorpidite, delle intelligenze poco attive, dei sentimenti ed affetti scoloriti (melanconie tendenti allo stupore, demenze primitive, stati secondarî con apatia, amenza, imbecillità ed idiozie torpide).

b) La mimica della testa si effettua mediante movimenti simmetrici di flessione e di estensione, o dissimmetrici di rotazione sull'asse vertebrale e di inclinazione da un lato. Necessita anche qui investigare la libertà dei movimenti, e sceverare le attitudini indicanti stati patologici del sistema nervoso da quelle strettamente espressive dei fenomeni psichici. Atteggiamenti statici in flessione od estensione forzata, talora accompagnati da inclinazione a mo'di torcicollo, caratterizzano certe forme stupide, catatoniche ed isteriche (fig. 86 e Tavola V). D'altra parte, scosse aritmiche o ritmiche in senso estensorio o rotatorio possono aversi negli accessi convulsivi dell'epilessia e dell'isterismo: nel descrivere il tipo attivo di contegno del pazzo, parlammo già dei convellimenti muscolari del maniaco propagantisi dalle braccia alla testa (gesticolazione caotica della ipermimia).

Tutti sanno che certe attitudini e movenze del capo sono

espressione di determinate condizioni fisiologiche e psichiche (emotive ed intellettuali). La posizione eretta del capo e la estensione del collo caratterizzano il benessere fisico, i sentimenti ottimistici ed eccentrici, la fiducia in sè stesso, l'umore gajo, l'attenzione e la curiosità: la testa reclinata ed il collo in flessione continuata sono indizio di malessere, di sentimenti pessimistici e concentrici, di sfiducia, di rammarico, di disattenzione ed inerzia mentale. Alle impressioni sensoriali la testa reagisce con movimenti svariati, a seconda della natura e intensità dello stimolo. Così alle impressioni luminose deboli la testa si porta all'innanzi per agevolare la funzione percettiva degli occhi, e a quelle troppo vive si porta all'indietro quasi per ischermirsi: lo stesso avviene per le impressioni piacevoli e dolorose, di guisa che dalla mimica del capo possiamo desumere in taluni casi l'indole delle allucinazioni. Per raccogliere le impressioni acustiche, la testa esegue in generale moti di rotazione sul suo asse: l'atteggiamento dell'ascoltare significa sempre attenzione, e può trovarsi esagerato (oltre ai casi di cofosi, di sordità verbale e psichica, che accuratamente distingueremo) anche negli indebolimenti mentali dove la facoltà percettiva si affievolisce. Quando malgrado impressioni forti e ripetute dei sensi specifici non avviene movimento alcuno del capo, e questo conserva le sue attitudini di passività e di riposo, possiamo indurre una diminuzione notevole dell'appercezione, e quindi un oscuramento più o meno profondo della coscienza.

B) Rispetto alle alterazioni del linguaggio mimico, l'esame ci può rivelare nel pazzo ora una energia inusitata della gesticolazione (*ipersemia*), ora una sua minore intensità fino alla scomparsa assoluta della facoltà di fare segni (*ipo-* e *asemia*), ed ora, infine, un pervertimento qualitativo di essa, così che i gesti si trovano in disaccordo collo stato psichico che dovrebbero esprimere (*parasemia*).

Quanto abbiamo detto circa lamimica emotiva (a *dismimie* veramente dette) potrebbe essere ripetuto circa alla mimica

significativa (*dissemie*, dal greco σημεῖον, segno): le alterazioni dell'una decorrono generalmente in rapporto proporzionale con quelle dell'altra. Tutta via, si debbono fare per il linguaggio gesticolare, sia esso semplicemente indicativo, sia simbolico, alcune considerazioni di particolare momento.

a) La ipersemia, cioè la gesticolazione vivace, ampia, esagerata, è caratteristica delle eccitazioni psichiche: qui essa raggiunge forme, per così dire, plastiche od artistiche (*pantomima pazzesca*), e può indicare tanto stati sentimentali piacevoli di soddisfazione, di orgoglio, di iperbulia con facile ed aggradevole trasformazione dell'atto psichico in movimento, quanto stati dolorosi di malcontento, di risentimento, di odio, di iperbulia con improvvisa e dolorosa reazione. Ecco perchè il maniaco, il paranoico orgoglioso, il paralitico ottimista ed espansivo da un lato, il melanconico agitato, il paranoico perseguitato, l'isterico e l'ipocondriaco pessimisti, l'epilettico aggressivo e collerico dall'altro, gestiscono con estrema vivacità e con prevalenza dei moti estensorî ed eccentrici. I gesti di affermazione e negazione oltrepassano, in questi malati, i limiti imposti dalla convenienza sociale; sono eccessivi, spesso violenti, non di rado reiterati fino al fastidio: la rappresentazione mentale o idea di un oggetto, di una persona, di un atto, provoca, per la eccitabilità somma dei centri cerebrali, la immediata sua estrinsecazione, e il gesto diviene onomatopeico come la voce, anzi la ajuta, la rinforza, la spiega. Per distinguere poi se la ipersemia è dovuta a sentimenti di piacere o di dolore eccessivo, dovremo per lo più valerci d'altri criterî (fisonomia, voce, parola articolata).

In certi casi vi è ipersemia speculare o pantomima imitativa: ogni gesto dell'interlocutore è subitamente copiato e ripetuto, precisamente come avviene delle parole (*ecolalia*, e quindi *ecomimia*) Altri malati, pronti a percepire con somma arguzia i piccoli incidenti esterni, contraffanno a mo' di smorfia tutte le espressioni fisionomiche degli astanti, il che è sintomo frequentissimo nella mania. Notevole fra tutte è la forma di ipersemia che contraddistingue i paranoici orgogliosi: esagerando il numero e amplificando l'estensione del gesto, essi cercano di dare maestà al loro portamento e di rendere più ostensibile agli altri la propria condizione superiore.

Si veggono anche delle ipersemie parziali. Così il melancolico affetto da delirio pessimistico e negativistico (COTARD) sembra perdere la possibilità di affermare: ogni suo atteggiamento esprime negazione, e la gesticolazione negativa diviene intensissima e continuata. Altrettanto dicasi della gesticolazione oscena negli erotomani e negli invertiti, e di quella ostinatamente ripulsiva nell'angosciato (pantofobia).

In taluni casi di afasia organica, il linguaggio mimico acquista un' insolita intensità: la lesione corticale può lasciare integro il centro psicomotorio della parte superiore della faccia e, più ancora, quello della mano (vedi fig. 67, pag. 152); e allora, per un compenso funzionale, questi due ultimi si sostituiscono, nella espressione degli stati psichici, al centro distrutto della parola articolata. L'afasico, quando ha semplice amnesia motoria dell'apparato fonico, esagera e reitera i suoi gesti.

b) L'ipo- e l'asemia hanno duplice origine, o sono funzionali (psichiche), oppure organiche. Nel primo caso esse, al pari della ipo- ed amimia emotiva, sono caratteristiche degli stati di depressione sentimentale e di affievolimento psichico. La gesticolazione del melancolico è lenta e sforzata, ridotta spesso ai cenni indicativi e denotativi elementari: nella profonda angoscia che lo opprime, egli non trova quasi più la forza di accompagnare la scarsa parola col gesto; la sua affermazione e la negazione sono fiacche, e rarissima diviene la mimica predicativa, soprattutto quella riferentesi alle azioni. Quando malgrado la ben dimostrata capacità di comprendere il pazzo non fa cenno alcuno, mantenendosi immobile e muto, con la fisonomia contratta, possiamo diagnosticare una condizione sentimentale sommamente dolorosa (delirio di colpevolezza, paura di compromettersi) e anche uno stentato processo formativo delle idee (monideismo ed anideismo). — Allo stesso modo, la sospensione della coscienza e la dissoluzione della personalità provocano la scomparsa del linguaggio mimico: lo stupido, il catatonico, il demente, il paralitico avanzato non gesticolano più in alcun modo, nè con stimoli pur irritanti si riesce a farci esprimere il loro stato interiore, sia che l' impressione non venga più appercepita, sia che anche percepita non sia capace di trasformarsi in moto reattivo.

Vi sono però dei pazzi in cui la deficienza di gesticolazione è voluta determinatamente: tale è il caso del paranoico altero, che sdegna tradire le proprie emozioni e si contiene con estremo sforzo. Altri hanno asemia perchè hanno afasia volontaria, ossia non gestiscono per lo stesso motivo per cui non parlano: e qui, oltre al mutismo ed asimbolismo isterico, dobbiamo ricordare i deliranti perseguitati, cui un comando allucinatorio, o il timore di dar presa colle parole e col gesto ai proprî nemici, impongono silenzio assoluto e rigidità degli apparati muscolari mimici. Questa asemia o amimia significativa merita davvero il nome di « paranoica » come l'afrasia (KUSSMAUL), e può riguardare tutta la gesticolazione, oppur solo date categorie di gesti: così alcuni deliranti si limitano ai cenni affermativi o ai negativi, e non praticano quelli indicativi, laddove in altri avviene il contrario, secondo l'indole del delirio. Gli stati catatonici, con spasmi muscolari più o meno diffusi da probabile irritazione dei centri, formano una naturale transizione fra le asemie psichiche e le organiche.

Le asemie di indole organica, cioè dovute a lesione degli apparati nervosi, sono da porsi fra le paralisi parziali. È chiaro che il localizzarsi o l'estendersi della lesione corticale alla zona occupata dai centri psicomotorî dell'arto superiore toglie al malato la possibilità di più esprimersi coi gesti della mano o dell'avambraccio: in allora si supplisce con movenze più energiche del capo o dell'estremità inferiore, e perfin del tronco. Ecco perchè certi afasici monoplegici acquistano una vivacità insolita degli atteggiamenti fisionomici, e con la eloquenza dello sguardo rispondono alle domande o denotano i loro desiderî e pensieri. Altri afasici imitano i gesti che vedono, ma non sono più in grado di eseguirli se invitati a farli (*amimia* o *asemia amnestica* del TROUSSEAU).

c) Le parasemie, cioè i pervertimenti del linguaggio gesticolare, sono pur esse di indole svariata. Le une hanno indole strettamente psicopatica, e sono dovute a concetti deliranti, ad allucinazioni, a impulsi morbosi. La paranoia, che possiede sempre la sintomatologia psichica più tipicamente pazzesca, ci offre numerosi esempî di parasemie. Vi hanno dei malati che ci fanno conoscere la esistenza di idee morbose

con gesti strani e bizzarri, i quali ne diventano come l'allegorica rappresentazione esterna, e a lungo andare (stante la tendenza del linguaggio mimico a diventare sempre convenzionale) prendono la forma di un' autoconvenzione. Il delirante sistematico non trova nella mimica ordinaria il gesto che valga, secondo lui, a bene esprimere i proprî concetti, e allora imagina movenze nuove, e talvolta si crea un sistema tutto suo di gesticolazione. Altre volte la parasemia consiste in una inversione volontaria dei segni convenzionali: il delirante riformatore modifica a suo talento il sistema di gesticolazione, come imagina di poter fare del sistema sociale, della religione, ecc., e allora il reclinar del capo diventa l'indizio della negazione, lo scuoterlo lateralmente quello di assenso, il saluto e le altre forme cerimoniali vengono arbitrariamente sostituite da movenze bizzarre, ecc. Questo individualismo del linguaggio per segni è sintomo di grave modificazione della personalità, come lo è quello del linguaggio parlato: quasi sempre la mimica ideografica è estremamente simbolistica, emblematica, così che spesso ricapitola in un gesto, in una movenza, tutto un complicato sistema di idee deliranti.

In certe forme di pazzia con idee fisse quasi sempre paradossali e a larga base atavica (superstizioni, pregiudizî), il malato agisce col gesto a mo' di scongiuro, e non raramente attribuisce un valore imaginario di difesa o di minaccia ad alcuni segni particolari: è una vera *parasemia magica*, che ricorda il simbolismo mimico di certi selvaggi animisti, e può esercitare a sua volta un' influenza creativa sull'ideazione, esaltando o modificando il delirio. Altri pazzi, angustiati da allucinazioni ed idee persecutorie, offrono il fenomeno dell'intercalare mimico, che è pur parallelo a quello verbale: ad ogni momento il loro viso e la loro mano si atteggiano in un determinato modo, che per lo più è stravagante, spesso osceno.

La gesticolazione solitaria e silenziosa, quella che potremmo denominare il *monologo mimico*, è generalmente indizio di allucinazioni e delirî sistematici. Il pensiero, che è parola interiore, si fa così intenso da provocare movimenti di espressione anche in assenza di chiunque possa percepirli e comprenderli: l'appassionato ed il preoccupato ci mostrano in germe un fenomeno comunissimo nei deliranti e nei dementi.

Dal monologo gesticolare si hanno rivelazioni preziose per l'alienista: e notevole soprattutto è la forma tragico-drammatica che il gesto assume nel catatonico.

Un'altra forma di disturbo gesticolare è quella che potrebbe dirsi *parasemia mimetica*. La imitazione morbosa dei gesti giunge in talune malattie alla irresistibilità e irrefrenabilità dell'impulso automatico (tarantismo, grande corea delle forme isteriche epidemiche, *latah* dell'Isole Indiane, *myriachit* e *jumpering* d'America): i malati ripetono fino all'esaurimento tutti gli atteggiamenti mimici che vedono, senza accompagnarli con una corrispondente condizione emotiva o concettuale. È a un dipresso quanto si vede nell'ipnotizzato, che rispecchia automaticamente i gesti dell'ipnotizzatore. E come avviene nell'ipnotismo, dove un atteggiamento insorto per imitazione o suggestione risveglia poi le imagini e le emozioni correlative, così anche nella pazzia molti deliri e molti stati morbosi sentimentali, apparentemente spontanei, saranno prodotti da moti mimici automatici.

È per me dubbio che possano esservi parasemie totali involontarie a motivo della psicopatia, almeno non ne vidi mai esempî; mentre casi di inversione del linguaggio mimico, cioè scambio dei movimenti gesticolari e perdita della memoria del loro significato, si scorgono nelle encefalopatie localizzate. Vi sono afasici che vogliono esprimere affermazione e scuotono la testa, negazione e la inclinano all'avanti, indicazione e sbagliano oggetti, predicazione e non trovano il gesto adatto a qualificare le cose e gli atti che intendono significare. Tutto ciò corrisponde a quelle alterazioni del linguaggio parlato che furono dette « parafasia » e « acatafasia » (STEINTHAL), come vedremo in un prossimo capitolo.

I *gerghi mimici*, così comuni fra i delinquenti delle Carceri, sono rarissimi fra gli alienati reclusi nei Manicomî, come lo sono anche i gerghi verbali e tutte le forme consimili di convenzione settaria: tutto al più, ne avrei raccolto qualche esempio eccezionale nel comparto degli epilettici. Quando l'alienista arriva a scoprirli, egli ha un buon dato per stabilire che si tratta di pazzi morali, di individui degenerati, o di parafrenici sessualmente invertiti.

87. **Linguaggio fonico emotivo** (« **fonazione** »). — Nel linguaggio parlato del pazzo noi dobbiamo, per ragioni pratiche di esame, distinguere due elementi sempre intimamente uniti, ma pure assai differenti fra loro nel significato espressivo: la intonazione e la articolazione del suono emesso. Mentre la voce articolata, coi suoi fonemi specifici di parola o loquela (linguaggio verbale), è l'interprete della intelligenza del malato, la voce semplice, coi suoi caratteri di *fonazione reflessa*, lo è soprattutto della sensibilità. Studiando l'emissione, la forza e durata dei fonemi spontanei più semplici, la tonalità ed il timbro della voce, la modulazione istintiva della parola, la disposizione ritmica delle frasi, la capacità di eseguire e di comprendere i suoni musicali, noi raccogliamo criterî validissimi per stabilire le condizioni della sensibilità fisica e dell'emotività, per scoprire i sentimenti che accompagnano le idee e gli atti, e per determinare alcuni speciali cangiamenti morbosi che la pazzia induce nelle funzioni cerebrali, di quelli cioè che riguardano la percezione e comprensione, la memoria e riproduzione, e la esecuzione dei suoni (centri acustico, visivo e motorio del linguaggio).

L'emissione della voce altro non è che un movimento espressivo di organi particolari, analogo in tutto al movimento mimico. Come in quest'ultimo la contrazione muscolare è la trasformazione reattiva di uno stato psichico, così, sotto l'influenza di una emozione o di una rappresentazione, i muscoli dell'apparato vocale annesso al respiratorio si contraggono e si rilasciano, modificando il suono prodotto dall'aria che attraversa la laringe e la cavità orale. Ma la parola stessa, che è voce articolata, deriva in linea retta dal gesto (Romanes), e l'evoluzione del linguaggio, cioè dell'espressione significativa nella serie, nella specie e nell'individuo, attraversa necessariamente queste fasi: — 1.° Movimento mimico;

— 2.° Fonazione reflessa emotiva; — 3.° Fonazione onomatopeica e imitativa (radici del linguaggio); — 4.° Fonazione articolata dimostrativa semplice, cioè indicativa e denotativa (idiomi primitivi, lingue monosillabiche?); — 5.° Fonazione articolata dimostrativa complessa, cioè connotativa e predicativa (idiomi evoluti nelle forme verbali e nella grammatica; lingue polisillabiche, a flessione, e polisintetiche).

Il passaggio progressivo dall'una all'altra fase non ci è provato solo dallo acquisto normale del linguaggio nel bambino (l'evoluzione linguistica della specie e delle razze è ancora molto oscura), ma ci è pure mostrato con evidenza dalle condizioni morbose di sviluppo della personalità. L'idiota microcefalo spesso manca affatto di fonemi articolati, e non possiede, oltre alla mimica reflessa, che una miserabile gamma di voci emotive rispondenti alle grossolane modificazioni istintive della sua imperfetta coscienza. In un grado meno avanzato di idiotismo la fonazione si fa più varia e più capace di tonalità e modulazioni: e qui appare soprattutto quella tendenza imitativa dei rumori e suoni, per la quale l'uomo primitivo significò la impressione ed il ricordo di certe qualità fisiche più appariscenti degli oggetti esterni (malgrado le critiche del Max Müller la teoria dell'onomatopèa, da lui detta ironicamente del *bau-bau*, sempre più si consolida). Vi è un grado di idiozia, dove al pari che nell'infanzia i suoni emessi sono assai più numerosi e varî di quel che sia necessario per la formazione e consolidazione definitiva della loquela; e si tratta per lo più di suoni gutturali, di falsetto e di petto, che la selezione linguistica ha a poco a poco eliminati nei popoli superiori: è, dunque, un ricordo pitecoide ed atavico. Poscia, nei casi meno gravi di arresto, l'articolazione e la gamma tonale dei suoni si fissano in forme stabili e si specificano, fino a che si svolge, aiutata dalle disposizioni ereditarie della specie e della razza, la capacità di ripetere i fonemi uditi, di intonarli e modularli secondo le consuetudini dell'ambiente sociale, e di significare opportunamente con essi i proprî sentimenti e concetti. Ma come la loquela del frenastenico resta povera di parole e spesso conserva per tutta la vita i caratteri del linguaggio infantile, così anche la capacità della intonazione e modulazione musicale rimane in

lui, salvo casi piuttosto rari, coi caratteri suaccennati di inferiorità e di omogeneità primitiva.

Prendiamo, invece, ora ad esaminare ciò che avviene del linguaggio fonico negli stati patologici di dissoluzione della personalità, nelle pazzie croniche, nelle demenze, nelle forme paralitiche e senili. Qui non solo si impoverisce, come vedremo, il lato intellettivo del linguaggio articolato, ma si semplifica e si riduce ai suoi elementi primordiali (voci inarticolate, gridi, brontolii) anche il suo lato emotivo: la fonazione si altera, perdendo progressivamente tutti i suoi acquisti convenzionali e imitativi. Nella maggioranza dei casi la intonazione diventa monotona e scolorita, mentre ricompaiono molti dei fonemi soprannumerarî, inutili alla convivenza sociale, simili assai alle voci inarticolate degli esseri e popoli inferiori, che la selezione fonetica delle lingue aveva eliminato. Fra questi due estremi patologici, dell'arresto evolutivo e della dissoluzione involutiva, stanno le numerose modificazioni indotte nel linguaggio fonico emotivo dell'alienato dai cangiamenti morbosi del sentimento e del carattere, dai delirî, dalle allucinazioni, dagli impulsi, e dalle stravaganze della sua condotta.

Noi studieremo distintamente, ma concisamente, la semeiotica della fonazione semplice e quella della fonazione musicale.

I. L'esame clinico del linguaggio fonico

semplice importa, come vedemmo avvenire per il linguaggio mimico e come meglio vedremo per quello articolato e grafico, due ordini di ricerche: — 1.° conviene esaminare come si eseguisca dal pazzo l'atto della fonazione, e studiarne i caratteri obbiettivi in rapporto coi sentimenti (*esecuzione dei suoni*, linguaggio fonico come *prodotto*); — 2.° conviene indagare se il pazzo comprende il valore significativo della intonazione nella voce degli altri (*comprensione dei suoni*, linguaggio fonico come *percetto* e *ricetto*).

A). L'esecuzione dei suoni vocali ci può offrire le alterazioni solite di eccesso, di difetto rela-

tivo ed assoluto, di pervertimento, che già altre volte abbiamo trovato nei fatti espressivi. L'eccessiva fonazione (*iperfonia*) è caratteristica dei sentimenti forti, delle emozioni violente, della ideazione rapida e facile, dell'automatismo imperante, delle reazioni energiche, non raramente impulsive, al dolore ed al piacere. Quella deficiente, che può andare sino alla completa cessazione dei suoni vocali (*afonia*), è per lo più indizio di sentimenti concentrativi, di emozioni piuttosto scolorite o profondamente tristi, di ideazione poco vivace lenta o vacua, di reazione stentata o inibita, di diminuzione dell'attività cosciente. La fonazione pervertita, che pur avendo corrispondenza con ben definiti stati sentimentali e rappresentativi, si manifesta con suoni talvolta nuovi per l'individuo, bizzarri per la sua razza e anco antiumani (*parafonia*), è propria delle condizioni morbose più gravi della mente, degli intensi stati irritativi dei centri nervosi fonici (gangli della base e corteccia), e delle incomplete evoluzioni della personalità. Si intende che a queste alterazioni di origine psicopatologica dobbiamo aggiungere i disturbi fisici della fonazione (*disfonie* propriamente dette), i quali dipendono da lesione organica dei centri del linguaggio e delle loro vie di associazione e trasmissione motoria, come si vede nelle psicopatie paralitiche.

a) La voce soggiace nella pazzia, prima di tutto, a cangiamenti *quantitativi*, e, secondo, a cangiamenti *pualitativi*.

α. Il *volume della voce*, l'intensità fonica della loquela, nelle condizioni psichiche normali, è ordinariamente in rapporto con quella delle emozioni: l'emotività eccessiva e i sentimenti forti la accrescono, quella infiacchita e i sentimenti deboli la diminuiscono. Nelle condizioni psicopatiche questo parallelismo fra emotività e fonazione non è più costante: stati emotivi molto vivaci possono essere espressi *pianissimo* e *piano* (melanconici, paranoici), laddove anche, quando esista dissolu-

zione dei sentimenti, la voce può essere alzata al *forte* ed al *fortissimo* (pazzi cronici, dementi agitati). Il maniaco, il paralitico in istadio di esaltazione, la isterica irritata, parlano a voce alta, e i loro suoni vocali raggiungono talora una intensità e durata stentorea: alcuni sono capaci di eseguire sforzi laringei inconcepibili in un sano, fino all'affiochimento e alla perdita della voce, cui allora essi suppliscono con una pantomimica espressiva. — Il melancolico, per contrario, parla a voce bassa e debole, sino a rendersi alcune volte ininte'ligibile se non si accosta l'orecchio alla sua bocca: la vocalizzazione è ridotta in certi casi ad un susurrìo afonico: il malato muove le labbra pianamente come per articolare, ma i moti muscolari dell'apparato consonante, non essendo accompagnati da espirazione sufficiente, rimangono silenziosi.

L'afonia completa, accompagnata dagli atteggiamenti di tristezza e sconforto già descritti, caratterizza le profonde depressioni del sentimento. Lo stupido ed il demente apatico non emettono spesso nessun suono vocale durante più ore e più giorni: il silenzio, in cui si immergono malgrado ogni sorta di stimolazione esteriore, tradisce l'oscuramento più o meno assoluto della loro coscienza. Anche il paralitico avanzato è muto, ma in allora tutte le funzioni mentali sono in isfacelo, e si ha per di più una condizione patologica dei centri nervosi di fonazione. — L'afonia volontaria, con le apparenze di misteriosa circospezione, è sintomo ora del delirio di colpevolezza della melancolia, ora del delirio di persecuzione sistematizzato, primitivo o secondario: molti paranoici parlano pianissimo con aria di mistero, e spesso si contentano di muovere le labbra senza emettere suono alcuno (*pseudomutismo vesanico*). Una sindrome singolare è il *mutismo isterico* illustrato dallo Charcot: esso può confondersi con la afasia, ma la capacità mantenuta ancora di susurrare afonicamente le parole serve ad eliminare il sospetto di una lesione organica del centro del liguaggio. — In certi alienati, come pure in certe isteriche, la perdita della fonazione avviene a periodi: queste alternative di vocalizzazione e di afonia, se non sono accompagnate da altri disturbi della coscienza, dell'intelligenza e della memoria, che dimostrino l'esistenza di processi morbosi centrali (lesioni circolatorie nel territorio

dell'arteria silviana), sono da qualificarsi di indole funzionale, sono cioè *afasie transitorie psichiche*.

β. Cangiamenti *qualitativi* morbosi sono quelli che riguardano l'altezza dei suoni, il timbro e la giustezza della voce. La voce rauca, la stridula, la gutturale, la tremolante, la cavernosa dei pazzi appartengono a questo gruppo di disfonie. — Molte volte lo stato di esaltazione psichica provoca una modificazione di registro: questo si innalza di mezza ottava, di una e anche di due ottave (nella vociferazione del maniaco, nella verbigerazione dell'ebefrenico e catatonico, nella clamorosità della pazza isterica periodica). Talvolta si osserva un'inversione dei caratteri sessuali della voce: alcune pazze parlano in registro maschile (tenore, baritono), mentre in certi pazzi si ode una vocalizzazione femminea (soprano, contralto). — Una voce alta, in tono di testa e con registro di falsetto, caratterizza gli stati emotivi di agitazione e di collera, i sentimenti espansivi, l'umor gaio: una bassa, in tono di petto e in registro inferiore con modulazione monotona, trovasi, invece, negli stati di inerzia mentale, nei sentimenti depressivi, nella tristezza. — Talvolta nel parlare del pazzo udiamo alternarsi due registri di voce: questo monologo *a due voci* ci pone sulla via per diagnosticare intensi stati allucinatorî con delirio di persecuzione o con delirio di grandezza (sdoppiamento della personalità). — L'agilità e la malleabilità della voce sono accresciute nella mania: anche il paralitico esaltato, che tanto volentieri ci fa sentire il suo canto, ha un periodo in cui la voce è sempre più agile e scorrevole, ma poi il tremito e la paresi incolgono le corde vocali, e la voce diventa tremola, caprizzante o egofonica, e falsa. Che anzi in alcuni casi di periencefalite uno dei primi sintomi fisici è il cangiamento di timbro della voce per l'alterata innervazione della laringe (centri bulbari?), mentre più tardi nello stadio di demenza la voce si fa cavernosa (ZENKER). Disturbi consimili di fonazione si veggono nella sclerosi multipla ed in quella localizzata al midollo allungato (paralisi bulbare progressiva, malattia del DUCHENNE).

b) Come espressione d'uno stato psicopatico molto intenso, oppure molto avanzato, ci servono utilmente nella diagnosi i

fonemi emotivi, cioè le interiezioni, le esclamazioni, e tutti i suoni consimili senza preciso contenuto rappresentativo, che bene a ragione furono anche detti « gesti vocali ». Quando troviamo esagerata l'emissione di questi fonemi, che ci riconducono verso la fase antichissima dell'articolazione istintiva preumana e protoumana, possiamo desumerne una profonda modificazione del tono sentimentale ed una esplosione di affetti più o meno morbosi, quali la gioia estrema, la collera, l'affanno, il furore, la disperazione, ecc. La loro forza, la tenuta ed il registro di vocalizzazione, le qualità specifiche di grido, urlo, gemito, lamento, cachinno, singulto, brontolio, fischio, zuffolamento, e le modificazioni foniche in essi indotte dal contemporaneo atteggiamento mimico in tratto amaro, dolce, affettato, ecc., ci permettono di diagnosticare lo stato d'animo del pazzo e, conforme a ciò, anche l'esistenza e la estensione dei disturbi intellettuali. In altri casi codesti fonemi non corrispondono a determinate emozioni, ma sono di indole reflessa ed impulsiva: provengono, come vedemmo, dall'automatismo dei centri nervosi inferiori (pag. 160). Così l'idiota, l'imbecille, il demente, il paralitico, emettono talvolta gridi acutissimi, urli a mo'di ruggito, di ringhio, di grugnito, di muggito, di belato, di miagolìo, che più nulla hanno di umano, e che per le loro caratteristiche selvaggie fanno di certi comparti dei Manicomî una vera bolgia dantesca. Vi hanno anzi malattie nervose, dove si presentano eguali fenomeni: in certe coree ed in altre sindromi consimili di natura isterica il malato è in preda a spasmi respiratorî complicati dalla produzione involontaria e ritmica di rumori inarticolati (Hammond); ed è questo *abbajamento isterico*, che, presentandosi talvolta in forma endemica per contagio imitativo, ha esercitato nei secoli scorsi una notevole influenza sulle superstizioni e leggende relative all'ossessione demoniaca, ai lupi mannari, ecc. (cfr. Calmeil, *De la Folie consid. sous le point de vue pathol., philos., histor. et judic.*, ecc., Paris, 2 vol. 1845).

c) L'intonazione della voce articolata è un'altra preziosa sorgente di dati semiotici per la Psichiatria. Quando procediamo all' interrogatorio di un pazzo, o quando

ascoltiamo le sue manifestazioni foniche spontanee, insieme col contenuto significativo delle parole, che più innanzi esamineremo, ci colpiscono le inflessioni del discorso, il rinforzo o il ribasso della voce, la modulazione della frase, l'accentuazione delle sillabe, le pause, l'alternarsi di tonalità diverse. Sono, cioè, quei caratteri della loquela che giustamente interpretiamo negli altri uomini come l'espressione, se non delle idee, almeno dei sentimenti: che anzi possiamo stabilire l'indole di questi, anche se il significato intellettivo o verbale dei fonemi emessi ci restasse innavvertito o sconosciuto (come avviene ascoltando un idioma straniero, od una persona che ci parli in distanza). L'intonazione è, in vero, un fenomeno reflesso, indipendente quasi sempre dalla volontà ed attenzione del favellante, e derivato direttamente dal colorito emotivo delle imagini ed idee: se la volontà interviene non è che per accrescerne, diminuirne, falsarne e dissimularne il significato.

α. Negli stati normali la loquela si produce durante l'*espirazione*: i moti inspiratorî succedono per lo più nell'intervallo fra le parole o le frasi, e non intralciano la continuità del discorso. Ma, negli stati di abnorme eccitazione psichica, può il discorso essere interrotto dai moti del respiro; è un sintomo tipico della psichialgia intensa, della melancolia ansiosa. La fonazione durante l'atto inspiratorio e la esplosione dei suoni vocali durante l'espiratorio sono indizî di profondissimo turbamento emotivo (dolore, furore); ma quando codeste varianti fonetiche si presentano in forma ritmica, cadenzata, duratura, la loro origine non è più sentimentale, bensì automatica (melancolia cronica, catatonia, demenza, psicosi senile, isterismo, idiotismo).

β. Le frasi del discorso vengono pronunziate, nel linguaggio comune dell'individuo sano con una oscillazione tonale, che corrisponde alla importanza relativa delle parole di cui esse sono composte. Questa *accentuazione* è esagerata nelle diverse manie, nella paranoia esaltata, nella verbigerazione catatonica, ed è per contrario diminuita od anco abolita nelle psicopatie depressive e croniche (« monotonia »). — In alcuni casi essa è verbale, cioè riguarda parole che l'alienato intende far ben distinguere e comprendere da chi lo ascolta: è soprattutto il paranoico superbo che ci dà esempî notevolissimi di questo

« discorso accentuato », del tutto analogo alla « scrittura sottolineata ». In altri casi l'accentuazione è sillabica: vi sono deliranti e maniaci che esagerano le leggi normali della prosodia, che calcano sulle sillabe terminali rimanti fra loro in modo più o meno preciso (associazione delle idee per analogia verbale e fonica), che invertono anche l'intonazione normale della frase. — Un fenomeno morboso importante è la intonazione diversa che il paranoico allucinato dà ai suoi monologhi a due voci ed anche alla sua conversazione. — Taluni esaltati e fantastici parlano in tono oratorio e patetico con declamazione tragico-drammatica (paranoia orgogliosa, delirio religioso); altri arriva ad esprimersi col canto, modulando la voce in suoni ritmici (mania, isterismo). — La cadenza musicale monotona e fastidiosa di certi pazzi altro non è che un'esagerazione patologica delle normali inflessioni: ben di rado essa è melodica, quasi sempre ha i caratteri del recitativo.

7. La pazzia influisce anche sulla *forma* della fonazione, cioè sui suoni usati nel discorso. L'uso prevalente di parole ricche delle vocali **A** ed **I** e di consonanti labbiali e dento-linguali (fra cui soprattutto la vibrante **R**) è indizio di esaltamento: quando l'animo è depresso, vi è tendenza istintiva a prescegliere le vocali **O** ed **U** e le consonanti nasali, palatali e gutturali (fra cui la **Q**). Alcuni deliranti pronunciano l'**S** strascicata e l'**R** grassa, sempre allo scopo di aumentare il significato simbolico dei loro fonemi.

8. Negli stati d'eccitamento è notevole la *rapidità* della fonazione articolata: le parole vengono dette rapidamente, precipitosamente, spesso senza alcuna pausa nel discorso. Fenomeni opposti ci offrono gli stati depressivi, dove i moti respiratorî ed inspiratorî sono lenti, la fonazione è tenuta, il discorso stentato e ricco di pause, anzi di vere e proprie sospensioni. Nei casi estremi queste pause non esistono soltanto fra le frasi, ma fra le parole della stessa frase (pause intraverbali); ed in allora tanta è la lentezza della estrinsecazione motoria delle idee, che queste finiscono per essere spezzate e disassociate. La demenza provoca apparenze del tutto simili; ma qui la disassociazione non è più dovuta a mancanza di attenzione o a sforzo doloroso del pensare, bensì a vera distruzione dei nessi logici fra le idee, corrispondente forse alla degenerazione dei nessi anatomici fra i centri cerebrali.

ε. Possiamo ancora esaminare sotto l'aspetto emotivo la *successione* dei fonemi costituenti la loquela. — La successione delle articolazioni, che è regolare nel discorso normale, si fa anomala nei pazzi per diversi motivi: alcune volte l'anomalia consiste nella prevalenza di suoni articolati esplosivi, altre volte nella ripetizione di suoni consimili. Sono ordinariamente ripetute in forma automatica le articolazioni più semplici e facili, fra cui frequentissime il **TA-TA**, il **LA-LA**, il **BU-BU** negli accessi del maniaco. — Rispetto alla successione delle sillabe, le parole brevi, monosillabiche, come sarebbero i suoni interjettivi, indicano concitazione grave dell'emotività: le parole molto lunghe e complicate sono caratteristiche del delirio ambizioso e riformatore, con metamorfosi della personalità. — Riguardo poi alla successione delle parole e delle proposizioni componenti il discorso, ne parleremo più innanzi trattando le dislogie.

B) La ricettività e comprensione dei suoni vocali è da parte del pazzo ora una funzione attiva ed ora passiva: nel primo caso egli ci *ascolta*, nel secondo ci *sente*, e noi, dal modo con cui mostra di ascoltare e di sentire, desumiamo la di lui capacità di attenzione ed appercezione, e quindi lo stato della sua coscienza. Sotto questo aspetto le varietà cliniche dei pazzi sono numerose. Vi sono quelli che sentono, comprendono, ascoltano e reagiscono in conformità ed in proporzione dei fonemi uditi (tutte le psiconeurosi, le demenze incomplete, le paranoie, ecc. in istato di calma e di « lucidità »). Vi sono altri che sentono, comprendono e reagiscono, ma poco o niente ascoltano (stadî di eccitamento, mania acuta). Vi sono alienati che sentono, comprendono, fors' anco ascoltano, ma non reagiscono (stati attoniti). Certuni invece sentono i fonemi, forse li comprendono, ma non li ascoltano, e reagiscono solo con moti reflessi (stati di stupore e di demenza. Un gruppo particolare è dato da quei rari malati, in cui la percezione uditiva sembra ridotta al suono sem-

plice, senza comprensione del suo significato verbale (demenze organiche, sordità verbale), e un ultimo da quelli che non comprendono più i fonemi perchè non sentono affatto (sordità psichica più o meno assoluta).

Queste divergenze dei casi individuali dimostrano che la lesione della ricettività di fonazione dipende da cause differenti: 1.° dalle condizioni fisiche e funzionali degli organi uditivi (vedi Vol. I, p. 334 e segg.); 2.° dalle condizioni anatomo-fisiologiche dei centri percettivi acustici (lobo temporo-sfenoidale, vedi la fig. 67, pag. 152); 3.° dallo stato di emotività; nelle emozioni profonde anche l'uomo normale o non sente più i fonemi altrui, o se li sente non li comprende perchè non vi abbada; 4.° dal grado della intelligenza, che evidentemente influisce sulla comprensione del significato emotivo e rappresentativo della parola udita: 5.° dal potere cerebrale di inibizione, che la psicologia designa col nome di attenzione o appercezione volontaria, e che nella pazzia e in tutte le cerebropatie viene profondamente perturbato.

Le lesioni della ricettività del linguaggio fonico emotivo sono, dunque, le stesse che dovremo più innanzi studiare nella ricettività della loquela. E siccome ordinariamente ci serviamo del linguaggio parlato per investigare nel pazzo la capacità di comprendere i suoni (interrogatorio), e siccome sarebbe impossibile sceverare dalle lesioni della loquela quelle riferentisi ai fonemi uditi ed ascoltati (sordità psichica, sordità verbale, « afasia sensoriale » di WERNICKE), così, per non ripeterci, ne riserveremo lo studio al capitolo seguente.

II. La fonazione musicale, che qui esamineremo quale espressione della emotività, ha pure due aspetti funzionali: l'*esecuzione dei suoni* e la loro *comprensione*. Le lesioni della facoltà esecutiva e ricettiva musicale, le dismusie, debbono occupare un posto speciale nella semeiotica psichiatrica: in fatti, noi scorgiamo per questo riguardo negli alienati sindromi caratteristiche, che possiamo riconoscere e classificare in modo non dissimile da quelle della loquela.

La musica non è di origine, nè di natura intellettuale: essa è nata, nella specie umana, dall'imitazione delle modulazioni istintive della voce parlata, dal ritmo e dall'accento involontario della fonazione esprimenti stati psichici piacevoli o dolorosi (Helmholtz), e perciò, rivolgendosi direttamente alla emotività, non sveglia nella nostra mente imagini e rappresentazioni se non per puro accidente associativo Il processo evolutivo dell'arte musicale è evidente: fu la intonazione emotiva della voce che si amplificò, si sviluppò secondo leggi speciali, acquistò forme, segni grafici, grammatica e sintassi equivalenti a quelle della loquela, e così attraversò successivamente le fasi di tonalità, di cadenza, di ritmo, di misura ritmica, di melodia, e finalmente di armonia. L'educazione musicale dell'individuo ce ne porge una prova.

Gli elementi percettivi e mnemonici che costituiscono la loquela e la musica, sono sostanzialmente gli stessi: 1.° Udizione dei suoni (memoria acustica); 2.° Esecuzione dei movimenti atti a riprodurli, dapprima per imitazione, indi per abitudine (memoria motrice); 3.° Lettura e comprensione dei segni grafici, con cui i suoni sono convenzionalmente rappresentati (memoria visuale), 4.° Scrittura dei segni medesimi (memoria visuale-motrice). Tutto ci porta a credere che la localizzazione, fino a un certo punto autonoma, di questi elementi linguistici e musicali sulla corteccia del cervello, cioè sull'organo della percezione e memoria cosciente, sia ad un dipresso la medesima; cioè rispettivamente le circonvoluzioni temporo-sfenoidali, la terza frontale, la regione occipito-parietale e la rolandica col piede della circ. frontale media. Si deve pertanto ricordare una differenza notevole fra musica e linguaggio parlato. L'uomo, alle modulazioni della voce (canto, zuffolamento), potè aggiungere la produzione di suoni mediante mezzi fisici esteriori (strumenti, musica strumentale); e questa scoperta, sempre più perfezionata dai popoli civili e moderni, produce notevoli divergenze individuali, non solo nella capacità esecutiva e ricettiva, ma anche nella localizzazione dei centri destinati alla memoria dei movimenti strumentali (strumenti da fiato, a corda e a percussione). Ond'è che le dismusie per amnesia motrice debbono essere più varie delle afasie pure motrici. S'aggiunga che mentre la loquela è as-

solutamente necessaria per la convivenza umana, la musica invece non ha carattere utilitario sotto il riguardo sociologico: la coltura musicale è soltanto estetica, si svolge in un relativamente piccolissimo numero di individui, e se ci può servire come criterio di viva emotività e di ricca fantasia evocatrice di imagini, nulla ci fornisce invece per giudicare delle facoltà psichiche più alte (intelligenza, associazione delle idee, giudizio, raziocinio, carattere, sentimenti astratti).

Queste differenze fisiopsicologiche fra musica e loquela ne creano altre sotto l'aspetto psicopatologico. Nella dissoluzione della facoltà musicale si va certamente, nel più dei casi, in senso inverso al processo evolutivo, cioè dal composto al semplice, dall'ultimo e più alto acquisto all'elemento primordiale: gli stati morbosi della mente tolgono dapprima la facoltà esecutiva o ricettiva dell'armonia, che richiede sempre sforzo mentale, lasciano perdurare più a lungo quella melodica, e in ultimo riducono la capacità musicale del malato alla semplice misura ritmica ed alla pura cadenza, cioè la dissolvono fino al prisco e atavico fenomeno dell'intonazione vocale. Ma la corrispondenza fra sviluppo nella specie e sviluppo nella psiche individuale non è più così precisa. — In prima, bisogna ricordare che vi sono normalmente individui, che hanno una più intensa rappresentazione dei suoni (« tipo uditivo ») e dei movimenti atti a produrli (« tipo motorio »). — Secondo, vi può essere incompleta formazione della personalità per rispetto all'intelligenza, al sentimento, alla inibizione o volontà, e persino una assoluta mancanza di sviluppo nei centri della loquela, e ciò malgrado svolgersi istintivamente, per ancora ignote attitudini degli organi sensorî e dei centri mnemonici acustici, una singolare capacità di percepire, comprendere, ritenere ed eseguire canterellando per imitazione, e anche con nuove associazioni, i suoni melodici e ritmici (microcefali, idioti afasici, imbecilli, WILDERMUTH, ZILLNER). Ma anche il bambino normale gusta i suoni ritmici prima di comprendere la parola articolata (B. PEREZ). — Avviene pure che la capacità musicale persista a lungo negli indebolimenti psichici secondarî, malgrado lo sfacelo della intelligenza e del sentimento (demenza), e che individui divenuti afasici possano cantare e, cantando, pronunziare le parole (H. JACKSON). — Tut-

tavia, la deficienza congenita assoluta del senso musicale, restringendo il numero delle impressioni emotive atte a svolgere e a raffinare il sentimento (senso estetico ed etico), è indizio di imperfetta evoluzione individuale, ed ecco perchè la troviamo così spesso nei degenerati e pazzi morali.

I cangiamenti morbosi della facoltà musicale nella pazzia furono fin qui poco studiati, sia perchè essi hanno solo una indiretta relazione con la intelligenza, sia perchè l'indagine clinica sull'emotività e sui sentimenti possiede fonti più cospicue di dati ejettivi o semeiotici, sia perchè le nostre induzioni circa la fisiopsicologia della musica, e soprattutto circa le sue relazioni con quella del linguaggio parlato e scritto (teoria delle localizzazioni), non ebbero ancora una sufficiente conferma sperimentale e anatomo-patologica. Non pertanto gli alienati ci offrono ipermusie, amusie sensoriali e motrici, amnesie musicali, agrafia m., alessia m., e finalmente paramusie di diversa natura, equivalenti alle consimili alterazioni della loquela.

Il merito di avere distinte le varietà cliniche della Dismusia per riguardo alla dottrina delle localizzazioni cerebrali spetta ai recentissimi lavori di Kohlbach, Wallascheck e Brazier. Nella semeiotica psichiatrica ci dobbiamo però limitare a pochi cenni sulle forme che più strettamente dipendono da lesioni degli elementi psicologici della musica.

a) La *ipermusia*, cioè l'esagerazione della facoltà musicale, è rarissima. Si può designare con questo nome, fino a un certo punto, la tendenza eccessiva al canto, al fischio, alla modulazione ritmica della voce, che vediamo in molti pazzi: codesti sintomi non indicano però quasi mai un aumento della capacità di percepire e sentire emotivamente i suoni, bensì un'eccitazione abnorme dei centri psicomotorî, e corrispondono al fenomeno che più innanzi descriveremo col nome di « impulsione verbale ». Questi malati non possono rap-

presentarsi internamente un canto senza obbiettivarlo. Un'acutezza maggiore della ricettività musicale si scorge talora nella mania, nell'esaltamento dell'isterica e del paralitico, in certi stati ipnotici: ma è dubbio che possa presentarsi morbosamente una più grande abilità esecutoria dei suoni vocali e strumentali; tutto al più si avrà una tendenza impulsiva a produrli, in quanto rispondono, come impressioni vivaci o come effetti di forti movimenti ritmici, ad una disposizione particolare dell'animo (euforia fisica, buon umore, amenomania). Riguardo ai movimenti ritmici, la predilezione per i tempi affrettati e per l'intervallo di *quarta* e di *quinta maggiore*, che sembrano esprimere decisione, comando, desiderio violento e minaccia, indica uno stato di esaltazione piacevole (mania): la predilezione per i tempi lenti, per l'*adagio*, per la *quinta minore* e la *sesta*, che esprimono preghiera, sentimentalismo, affettività, passione e dolore, denota invece uno stato di tristezza e di *pathos* (melancolia).

b) Le *amusie* sono assai più frequenti, poichè, senza riparlare delle incapacità congenite a distinguere e sentire emotivamente i suoni (daltonismo acustico, imbecillità musicale dei frenastenici e parafrenici, ad es. pazzi morali ed epilettici), quasi tutti i perturbamenti psichici provocano una vera anestesia musicale, sia perchè il pazzo non percepisce o non ascolta più i suoni, sia perchè le impressioni sonore hanno perduto per lui i loro caratteri sentimentali, sia anche perchè vi è distruzione dei centri mnemonici (amnesia musicale). Il maniaco distratto e irruente, il melancolico addolorato, lo stupido, il paranoico allucinato, ci offrono la prima specie di anestesia psichica musicale: il demente ed il paralitico la seconda (esempio classico, l'infelice Donizetti). La perdita della facoltà di leggere e di scrivere i simboli grafici della musica (alessia e paralessia, agrafia e paragrafia musicali), la scomparsa più o meno completa della facoltà di vocalizzare i suoni o di eseguirli mediante strumenti (afasia motrice o afemia musicale, aprassia musicale), sono sintomi di processi distruttivi corticali la cui sede non fu per anco ben determinata, ma che opportunamente ricercati si trovano nelle periencefaliti, nelle demenze organiche, nelle pseudo-paralisi.

Fra le varietà cliniche di queste dismusie la più elementare

consisto nel permanere la coscienza del ritmo semplice e nel perdersi quella della melodia.

c) Fra le *paramusie* troviamo, in primo luogo, il piacere morboso che producono i suoni aspri, i rumori violenti, le dissonanze (idiosincrasie delle isteriche, clamorosità del maniaco e dell'idiota). In secondo luogo, l'aborrimento di ogni specie di suono, la fonofobia, che può dipendere da disordine costituzionale della psiche (es. certe pazzie del dubbio), oppure da dolorosa impressionabilità (stato psichialgico dei melanconici): molti soggetti ipnotizzabili perdono la coscienza e cadono in catalessi quando sentono un suono o rumore improvviso (esperimento del *tam-tam*, CHARCOT). Una terza varietà clinica, analoga alla parafasia, è lo scambio dei suoni percepiti ed eseguiti, e la si verifica nelle gravi irritazioni e lesioni della corteccia: così il paralitico eccitato ed il maniaco perdono la capacità di distinguere i suoni (il così detto « avere orecchio »), e si deliziano dei loro canti stonati e disarmonici e delle loro vociferazioni tumultuose a squarciagola; perdono, cioè, la memoria tonale e il sentimento estetico dei percetti uditivi. Un' ultima varietà riguarda il fenomeno della così detta « udizione colorata », quando i suoni musicali risvegliano l'imagine di dati colori (rosso, porpora, giallo, ecc.); qui abbiamo forse anastomosi abnormi fra il centro cerebrale acustico e il centro cerebrale ottico.

§ 2.

LINGUAGGIO FONICO ARTICOLATO.

(Loquela).

88. **La loquela ed il suo valore semiologico nelle psicopatie.** — Il linguaggio fonico articolato, che costituisce la loquela, è la fonte più ricca e sicura di dati ejettivi per la diagnosi dei disturbi della mente umana. Essendo la parola la veste assunta dai nostri pensieri nell'evoluzione della specie e dell'individuo, in ne deduciamo quasi tutto quello che si riferisce ai di-

sturbi delle funzioni psichiche più alte, di quelle che possiamo dire *rappresentative*, perchè basate sulle rappresentazioni interne dei fenomeni sensoriali (imagin , ricordi, idee, concetti), e che, riferendosi ai processi di elaborazione e di associazione del materiale proveniente dai sensi, costituiscono la intelligenza (memoria, imaginazione, ideazione, raziocinio, giudizio). Di più, siccome gli stati nostri *sentimentali* contengono sempre due elementi, uno emotivo ed uno rappresentativo che è dal canto suo pensato ed espresso con simboli verbali, la loquela ci porge dati per valutare anche le condizioni del sentimento, sebbene questo ci sia rivelato soprattutto dal linguaggio mimico e fonico emozionale. Per ultimo, la parola esprime anche atti o, meglio, rappresentazioni di atti, che noi abbiamo eseguito o prevediamo di eseguire o stiamo eseguendo: dal che avviene che ne raccogliamo pure criterî diagnostici per determinare le condizioni delle facoltà *volitive*, o di attuazione, che pur ci si fanno più chiaramente palesi nella condotta. In sostanza, il linguaggio parlato è il massimo rivelatore delle anomalie e morbosità interiori della coscienza.

La loquela è il grande distintivo zoologico del genere *Homo*, quale fino ad ora lo conosciamo attraverso tutte le epoche del suo sviluppo fisico e storico (Cfr. la mia *Antropologia generale,* Parte IV). Nulla ci impedisce dal supporre che in un periodo antichissimo, forse alla fine del terziario, siano esistite specie umane, o meglio « preumane », ancora poco differenziate dallo stipite pitecoide degli Antropini e prive di una vera favella, ossia del linguaggio articolato (gli *Homines alali* del Haeckel, gli « Antropopiteci » degli antropologi evoluzionisti); ma nessun avanzo anatomico ce n'è pervenuto, e malgrado le ardite deduzioni tratte dall'esame di alcune mandibole d'età posteriore, sulle quali appariscono poco sviluppate le apofisi genie (G. D. Mortillet), noi, per risolvere il gran problema dell'origine del linguaggio umano, siamo obbligati

a servirci di dati analogici indiretti. A molti animali, e più particolarmente ai Primati superiori, non manca la facoltà di articolare i suoni e di emetterli variamente articolati secondo alle loro emozioni e rappresentazioni (*linguaggio intenzionato naturale*), e soprattutto secondo le circostanze della vita collettiva in famiglia, branco ed orda (*linguaggio intenzionato convenzionale, emotivo e dimostrativo*). Questa facoltà deve essere stata il germe della parola umana, che si è svolta unicamente come fenomeno sociale (SAYCE), cioè come manifestazione esterna della coscienza individuale, resa più intensa e costretta a specificarsi dalle necessità e dagli effetti della convivenza (*linguaggio intenzionato convenzionale, intellettuale, denotativo e connotativo, denominativo e predicativo*, ROMANES).

Il linguaggio parlato si basa su due fatti fisiologici: l'uno è *attivo*, e consiste nella esecuzione d'un suono vocale: l'altro è *recettivo*, ed è la udizione del suono medesimo. Questi due elementi, pei quali si rende possibile la trasmissione delle impressioni sensoriali fra i conviventi, si svolsero in modo parallelo, agendo mutuamente l'un sull'altro nel loro progressivo perfezionarsi. Quanto più le impressioni uditive si differenziavano e si raffinavano, tanto più diventaya agile e varia l'articolazione della voce. Studiando lo sviluppo della voce e della parola nel bambino, possiamo ancora assistere alla ricapitolazione di questo duplice processo specificativo di comprensione e di esecuzione del linguaggio articolato (Cfr. i lavori di TAINE, DARWIN, EGGER, VIERORDT, PREYER, SCHULTZE, SIKORSKI, L. FERRI, A. DE LA CALLE, B. PEREZ, A. GARBINI ....); laddove gli arresti di sviluppo del cervello ce lo mostrano talvolta regresso alla antichissima ricchezza dei fonemi istintivi, che dovè precedere la loro naturale specificazione e si ridusse poi a forme stabili convenzionali.

La sola teoria scientifica, che ci possa schiarire l'origine della loquela umana, è quella dell'evoluzione (SCHLEICHER, STEINTHAL, GEIGER, FR. MÜLLER, NOIRÈ, JAEGER, ROMANES, ecc.). Il linguaggio nacque dai fonemi, che l'uomo emetteva per la stessa ragione fisiologica da cui era tratto a compiere gli altri suoi movimenti di espressione, che tutti muovono da regioni vicine del cervello: il linguaggio si può giustamente dire un « gesto

vocale ». Come poi sia divenuto parola, abbia cioè acquistato il suo carattere « verbale », è problema che, dopo tanti studî di glottologia e filologia comparata, può considerarsi già verosimilmente risolto. Le teorie naturalistiche parziali sono molte ingegnose, ma nessuna esclusiva delle altre: io ritengo con MAX-MÜLLER che il linguaggio, fenomeno bio-psicologico straordinariamente complesso, abbia avuto parecchie sorgenti. E queste furono: 1.° l' *interjezione*, emessa per reflesso nei moti dell'animo (DE BROSSES, JAEGER); 2.° la *onomatopèa*, intesa nel senso ampio di una imitazione fonica delle qualità fisiche degli oggetti e dei movimenti umani (STEINTHAL, WHITNEY, WEDGWOOD); 3.° la *simpatia fisiologica* fra dati movimenti, massime se eseguiti in comune, e date emissioni foniche che li accompagnano (NOIRÈ); 4.° il *mimetismo sociale*, che condusse di grado in grado l'uomo a restringere la articolazione fonetica ad un numero relativamente limitato di vocali e di consonanti labiali, dentali, linguali, palatine, gutturali e nasali, ora esplosive pure, ora soffianti o tremule, che servirono a comporre i primi segni radicali e via via tutti gli idiomi (A. POTT, SCHLEICHER, TYLOR, WHITNEY, ecc.).

L'uso intenzionato dei suoni formantisi con questi quattro processi vinse le altre modalità di espressione, perchè la voce è facile e rapida, più ricca di sfumature, più comprensibile a distanza e nell'oscurità che non siano i gesti e le movenze del viso, e perchè il tempo psichico delle percezioni acustiche è più breve di quello delle visive (come meglio vedremo altrove). Dall'uso di un segno fonico particolare si passò alla idea del segno in generale, avvenendo allora la trasformazione del fatto biologico in psicologico: si riprodussero ed imitarono le interjezioni spontanee e i suoni esteriori per designare gli stati interni, gli oggetti, le loro qualità, gli atti. Così vennero formate le *radici*, il primo grossolano materiale del linguaggio: esse, dallo stato monosillabico (persistente tuttora nelle 500 parole di cui si compone la lingua Cinese), passarono poco a poco al plurisillabico, sia per l' allungarsi ed il raddoppiarsi dei fonemi, sia per l'agglomerarsi con altre a mo' di suffissi e di prefissi. Le radici non significavano già concetti particolari, ma, per confessione dello stesso MAX-MÜLLER acerrimo antievoluzionista, concetti generali in forma

metaforica: e primitivamente dovettero essere pochissime, se si pensa che per le lingue a flessione delle Razze Caucasiche, che sono le più perfette e letterarie, i progressi della filologia ne provarono bastevoli dalle 4 alle 5 centinaja (anzi pel sanscrito soltanto 121, riducibili a meno). Lo sviluppo ulteriore del linguaggio avvenne mediante applicazioni analogiche delle parole ad altri oggetti e stati di coscienza, in virtù del loro carattere di generalità; ma quanto più si estendeva il senso delle parole, tanto più si modificava la loro forma, giac hè la evoluzione ideologica o semasiologica e la morfologica dovevano procedere parallele. Forma e senso, immedesimandosi nel simbolo verbale, diventarono la materia e il contenuto del pensiero, il « Logos », e quindi costituirono la ragione umana.

Certo non è la parola che abbia generata l' intelligenza umana, bensì questa che ha inventato quella. Prima di avere appreso a parlare (infanzia), noi possiamo pensare con imagini sensoriali tattili, visive, acustiche, motorie, come fa il bruto (Cfr. PREYER, *Die Seele des Kindes*, Cap. XVI), e come riesce a fare l'afasico privato della parola articolata interna (LORDAT). Ma più tardi pensiero e linguaggio diventano indissolubili, e per pensare dobbiamo rivestire i concetti, le idee, d'una forma verbale: « pensare, dice lo STEINTHAL, è solo il lato interno d'un processo, il di cui lato esterno è il suono vocale ». La razionalità del pensiero umano, quale si è svolta nei secoli, viene da ciò che il linguaggio è un sistema di segni generali, o simboli, applicabili ad un gran numero di oggetti: è questo che lo rende atto al pensare, di guisa che i poteri pensanti d'una razza, o d'un individuo, crescono in proporzione con il grado di complessità e di elaborazione del linguaggio. Un contadino ignorante non usa più di 300 vocaboli; ma la *Bibbia* è composta con 5642 parole, la *Divina Commedia* con circa altrettante, i drammi di SHAKESPEARE con 15,000, e mentre il dizionario inglese del WEBSTER ne conteneva 70,000, quello moderno del FLUEGEL ne registra 94,464.

Noi vediamo che nel fanciullo la capacità di pensare, ciò che chiamasi intelligenza, si svolge *pari passu* con la facoltà di parlare. Le parole da lui udite e a poco a poco comprese sono ritenute nei centri mnemonici delle imagini acustiche, quindi imitate per mezzo dei suoni vocali: l'esercizio trasforma in

abitudini quelle articolazioni che il bambino, in mezzo ai suoi conati fonetici, impara essergli utili pei suoi rapporti con l'ambiente, ed esse si organizzano nei centri mnemonici delle imagini motorie in sistemi sempre più facili di movimenti articolatorî. Più tardi, la lettura, almeno nelle classi colte, gli fa apprendere altri simboli esteriori abbreviativi delle idee; un nuovo elemento, l'impressione delle parole rappresentate in segni alfabetici, fissandosi a sua volta nei centri mnemonici delle imagini visive, viene ad accrescere il materiale del pensiero. Se egli poi impara anche a scrivere, un'ultima serie di impressioni, di quelle derivanti dai moti della scrittura, si deposita nei centri cinestetici. Alla fine il fanciullo non può più pensare se non parlando e, in un certo modo, anche leggendo internamente (*linguaggio interiore* o *inudibile*), nè può più esprimere i proprî stati di coscienza e farsi comprendere dagli altri, se non mediante la riproduzione dei suoni o dei segni grafici delle parole (*linguaggio esteriore* od *udibile*).

Tutta questa elaborazione filo- ed ontogenetica del linguaggio pensato e del pensiero parlato ci rischiara la patologia della loquela, che dal Bouillaud e dal Broca in poi ha occupato tanti clinici e neuropatologi illustri; ma, cosa ben più importante per noi, essa illumina un numero straordinario di fenomeni della semejotica psichiatrica. Se, come abbiamo fatto per la espressione mimica, vogliamo qui riassumere le leggi precipue della psicopatologia della espressione parlata, troveremo quanto segue:

1.° *Lo stato di una coscienza umana può giudicarsi ejettivamente dalla capacità di comunicare con altre coscienze mediante la parola.* — Ascoltare è indizio di percezione corretta; discorrere è indizio di ideazione regolare. In ambi i casi il decorso del pensiero consta di fenomeni sensoriali e rappresentativi, che occupano successivamente il punto di mira della coscienza, cioè l'attenzione, in conformità delle reali impressioni esterne e delle leggi interne di associazione. Nella pazzia, per contrario, il potere di comunicare cogli altri mediante la parola è più o meno alterato dagli errori della percezione e dai disordini della ideazione.

2.° *Le alterazioni del linguaggio esteriore sono la prova ejettiva di quelle del linguaggio interiore.* — Questo significa

che possiamo diagnosticare le anomalie, le deficienze e le morbosità del pensiero dalle corrispondenti perturbazioni della parola; poichè la facoltà complessa di pensare, cioè di ideare, ragionare e giudicare, si basa sulla facoltà di fare delle proposizioni (HUGHLINGS-JACKSON). Ora, le proposizioni si compongono con i segni generali delle idee, che sono per l'appunto i verbali; e così si formano la frase e il discorso.

3.° *Il linguaggio articolato può manifestarsi, negli stati morbosi del cervello, in forma incosciente.* — La parola, come simbolo dell'idea, è acquistata con un lungo esercizio cosciente; ma alla fine, anche in causa delle predisposizioni ereditarie della specie, essa diventa un' abitudine dello spirito che si effettua all' interno o si esplica in forma articolatoria per un processo puramente organico, o, in altri termini, inconscio. Anche nel pensare e nel parlare fisiologico noi non prestiamo più attenzione al modo con cui si formano i suoni letterali e sillabici, i vocaboli, le proposizioni, le frasi o il discorso: tutto questo lavoro, pel quale occorre la attività di tanti centri disparati e di tante fibre di associazione, si esegue al di sotto del campo della coscienza, e questa, al rappresentarsi delle parole nel suo punto di mira, non ne coglie più la forma materiale, ma solo il contenuto significativo. Certi stati morbosi della coscienza si rivelano per un' esagerazione di questo automatismo della parola, che mantiene il suo carattere morfologico, ma perde il semasiologico.

4.° *Lo sviluppo dell' intelligenza può valutarsi da quello del linguaggio.* — Il materiale della intelligenza è dato dalle traccie delle impressioni sensoriali e delle verbali: queste ultime sono tanto più importanti pel pensiero umano, in quanto corrispondono a concetti generali, ed abbreviano e facilitano straordinariamente le funzioni rappresentative del cervello: se esse mancassero, mancherebbe anche il potere generalizzatore dello spirito. Si aggiunga la considerazione del valore sociale della parola. Nelle forme inferiori di integrazione della personalità il linguaggio resta deficiente e monco (idioti, imbecilli, degenerati): così che il grado di imperfezione mentale può, fino ad un certo punto, essere stabilito dalla maggiore o minore capacità di esprimersi con la parola e di comprendere quella degli altri (ESQUIROL, WIDERMUTH).

5.° *Il processo di dissoluzione della loquela avviene in senso inverso a quello della sua ontogenìa.* — In molti pazzi il linguaggio soggiace ad una semplificazione che lo riduce nuovamente ai suoi caratteri embrionali; ma vi è qui pure la solita legge. Il linguaggio, come il pensiero, si dissolve perdendo dapprima il materiale più alto, che corrisponde ai concetti razionali astratti: alla fine non persiste che il materiale inferiore, il cui contenuto ideativo si limita a rappresentazioni sensoriali semplici; cioè non rimangono più che i segni indicativi, e poi gli emotivi (i radicali del linguaggio).

6.° *La durata dei simboli verbali è in ragione diretta della loro antichità nella specie e della loro primordialità nell'individuo.* — Questa legge è conseguenza della precedente. Sono le forme interjettive che resistono più a lungo e si mantengono, anche quando ogni altra categoria di parole sia perduta o intralciata nel suo processo riproduttivo ed esecutivo: e questo avviene perchè il loro contenuto è più sentimentale che concettuale. Allo stesso modo e per la stessa causa perdurano talvolta certe forme verbali complesse, che vennero acquistate fin dalle prime fasi della loquela e che, organizzandosi, si sono profondamente radicate nelle personalità (esclamazioni, bestemmie, evocazioni).

7.° *Le deformazioni patologiche del linguaggio sono analoghe ai cangiamenti cui esso soggiace nell'evoluzione naturale degli idiomi.* — Come ogni altro capitolo della patologia, anche questo del linguaggio non ci presenta fatti nuovi che non siano spiegabili con le leggi della fisiologia e psicologia normali. Gli idiomi si modificano, per leggi selettive analoghe a quelle biologiche, mediante quattro processi: 1.° si perdono le parole e le forme del discorso (*involuzione*, *atrofia*); 2.° si cangia la parte esteriore o materiale delle parole (*degenerazione morfologica*); 3.° si cangia il significato o contenuto delle parole (*degenerazione semasiologica*); 4.° si creano nuove parole e nuove forme (*neoproduzione*). Il medesimo avviene negli stati patologici della mente, quando il linguaggio individuale debba servire a significare condizioni nuove ed insolite della personalità (paranoia, delirii).

8.° *Il puro simbolo verbale può sostituirsi alla idea.* — Questa sostituzione avviene anche in certe condizioni normali

della mente, quando si tende ad esagerare il potere generalizzatore o si presta attenzione solo alle forme ultime assunte dalle parole, e non alla loro origine empirica: e bell'esempio ce ne dà la storia della filosofia, dove molti sistemi metafisici sono costrutti sulla debole trama delle analogie verbali. Per sè stessa, la parola non ha valore: il suo contenuto ideativo esisterebbe sempre, anche se il suo aspetto materiale si modificasse o si surrogasse con altro; e lo prova il fatto che tutte le razze umane hanno le stesse rappresentazioni, gli stessi bisogni individuali e sociali, eppure li esprimono in forme verbali assolutamente diverse. L'ipertrofizzarsi della parte formale a scapito della concettuale è indizio di simbolismo esagerato o morboso: così avviene che molti delirî di pazzi sono costrutti sulla fragile base della consonanza o della analogia fonetica delle parole, del cui contenuto essi perdono la memoria o alterano il senso.

Per ben comprendere le alterazioni del linguaggio nei pazzi e scoprirne i rapporti con quelle del pensiero, dobbiamo partire da due principî fondamentali: 1.° il linguaggio verbale (parlato e scritto) è una funzione complessa dell'encefalo, che si effettua mediante l'associazione funzionale di molti centri particolari; 2.° la loquela e la scrittura, che sono le manifestazioni ejettive di questa funzione, constano di elementi diversi, suscettibili di alterarsi singolarmente.

A) Il linguaggio, come funzione dei centri nervosi, è paragonabile ad ogni altro atto reflesso, poichè comprende tre fasi: — 1.° una fase *centripeta* o *ricettiva*: certe impressioni fatte sugli organi di senso (gesti, suoni vocali e segni) sono trasmesse lungo i nervi che servono all'udizione ed alla vista; — 2.° una fase centrale od *elaborativa*: entrano in attività i centri acustici ed ottici, dove sono state percepite e raccolte in forma di ricordi le impressioni uditive e visive delle parole, e i centri psicomotori o cinestetici, dove si trova la memo-

ria dei movimenti atti ad articolare i suoni o a scrivere i segni; — 3.° una fase *centrifuga* o *esecutiva*, che comprende l'attività dei veri centri motorî subcorticali e basilari, la conduzione dell'impulso attraverso le fibre motrici, e la funzione estrinseca degli organi della loquela e scrittura. La fase centrale si può svolgere isolata dalle altre due, e soprattutto senza la prima, dando luogo al « linguaggio interno » (*endofasia*): in tal caso lo stimolo eccitatore non è più la impressione sensoriale diretta della parola udita o letta, ma il ricordo di essa che si è accumulato nei centri della corteccia. Questo ricordo però non è semplice: consta di varî elementi che l'esercizio e l'abitudine associarono e fusero insieme, e che sono la memoria dei suoni uditi, quella dei gesti o segni veduti, quella delle articolazioni foniche pronunziate, e quella dei movimenti grafici eseguiti (*memoria acustica, visiva, psicomotoria vocale* o *verbomotoria*, e *psicomotoria grafica* o *grafomotoria*).

Se i centri, in cui vengono raccolte e depositate le singole categorie di ricordi *verbali*, si alterano, si distruggono, oppure, eccitandosi abnormemente, si inibiscono l'un l'altro, anche il linguaggio interno, cioè la parola pensata e formulata dalla coscienza dell'individuo, soggiace a cangiamenti morbosi che ne ledono la compagine, la dissolvono nei suoi elementi primordiali, o ne esagerano qualcuno a scapito degli altri. Così si spiegano, in primo luogo, le comuni lesioni del linguaggio che designansi sotto il nome di *Afasie*, e che sono frequenti anche nelle malattie mentali di indole organica e con evidente substrato patologico (cerebropsicopatie ed encefalopatie); in secondo luogo, certi disturbi della loquela affatto caratteristici della pazzia, e consistenti ora nella esagerazione del linguaggio interno (allucinazioni ed impulsi verbali), ora in una sua sospensione più o meno completa (amnesie parziali, anideismo), ora anche in una disassociazione del suo contenuto idealivo (dislogie).

Le nozioni odierne sulle Afasie sono forse la conquista più gloriosa della Neuropatologia: esse valsero, più di tutte le elucubrazioni dei filosofi, ad illuminare la formazione della meravigliosa facoltà umana della parola, e a schiarirci la genesi del pensiero razionale. Furono le ricerche dei clinici sui disordini patologici del linguaggio (Broca, Broadbent, Ch.-Bastian, Kussmaul, Tamburini, Charcot, Wernicke . . . .) che, sottoponendo la intricata funzione della parola ad un paziente lavoro analitico, mostrarono come essa si forma e si svolge nell'individuo mediante l'integrazione di elementi fisiologici molto semplici: questa ontogenìa deve ripeterci gli stessi fatti che la filogenía ha attraversato nelle fasi dello sviluppo. Noi sappiamo oggi che la parola non è un' unità, ma un composto, formato dall' associazione di quattro imagini diverse: 1.° l'imagine *uditiva*, cioè la parola intesa come suono vocale emesso dagli altri conviventi per designare determinati oggetti esterni, o azioni, o stati psichici; 2.° l'imagine *visiva*, cioè la parola letta come segno grafico in sostituzione convenzionale dei suoni corrispondenti; 3.° l' imagine *motoria vocale*, cioè la parola articolata dal soggetto e da lui acquistata dopo un lungo esercizio degli organi fonici; 4.° l'imagine *motoria grafica*, cioè la parola scritta pure in seguito ad un paziente esercizio di dati gruppi muscolari. Le due prime imagini appartengono alla fase centripeta o ricettiva, le due ultime alla centrifuga od esecutiva: la loro integrazione, che dà origine al fenomeno complesso della parola, ha luogo nel nostro fanciullo con un processo graduato che passa per quattro stadî: Udizione, Parola articolata o Loquela, Lettura e Scrittura.

Quando il fanciullo comincia a riflettere, cioè a pensare, può farlo bensì per mezzo delle imagini particolari delle persone e cose che lo circondano, o degli atti che vuol compiere, o dei proprî stati interiori; ma a poco a poco egli si abitua a pensare per mezzo delle imagini verbali, con cui si è venuto rappresentando le sue impressioni e che oramai sono indissolubilmente associate con esse. Egli evoca davanti alla coscienza i suoni uditi, i segni visti, le articolazioni dei suoni stessi, ed anche la formazione dei segni corrispondenti; in altri termini, finisce col pensare udendo, o leggendo, o pronun-

ziando, o scrivendo le parole. I quattro elementi non sono però sempre di uguale intensità: quantunque esista un vincolo associativo che li rinvigorisce a vicenda, essi possono acquistare una certa autonomia, e ciascuno isolatamente acquistare preponderanza sugli altri. Tutti gli individui non sono mentalmente costrutti ad un modo; e come vi è differenza notevole nella facoltà di rappresentarsi internamente le imagini di co-

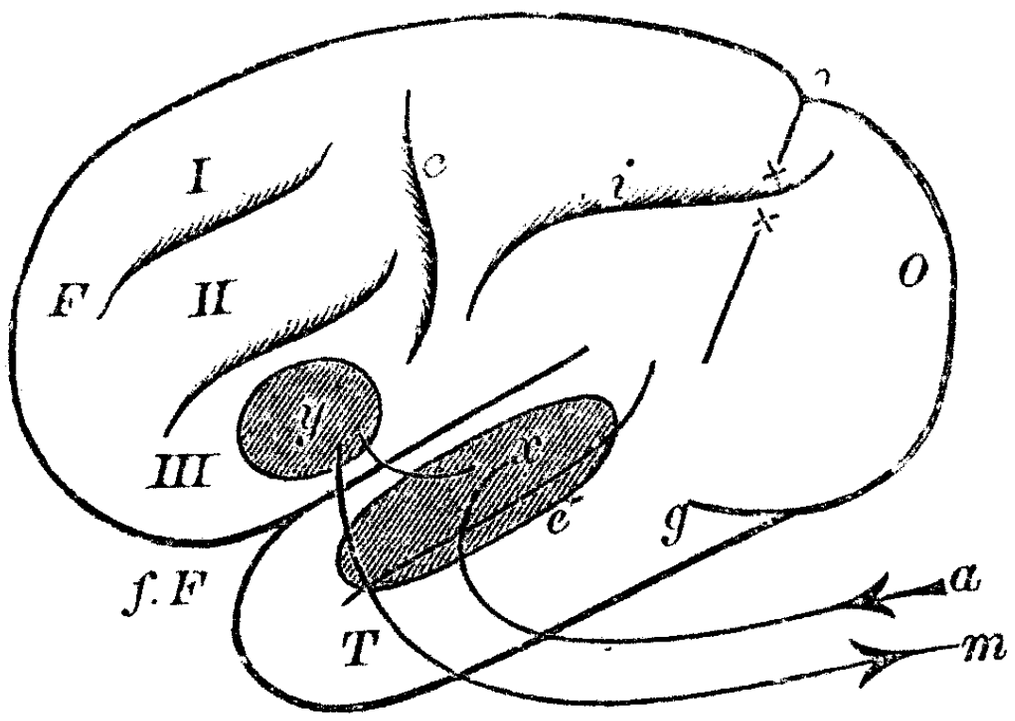


Fig. 99. — Schema del meccanismo corticale della favella nel tipo acustico-motorio, secondo WERNICKE.

[*F. I, II, III*, Circonv. front. sup., media e infer. (terminologia del GIACOMINI); *f. F.* Scissura del Silvio; *c*, Scissura del Rolando; *i*, Scissura interparietale; *O*, Lobo occipitale; *T*, Lobo temporo-sfenoidale; *e*, Scissura temp. super.; *a*, Fibre sensitive acustiche; *x*, Centro delle imagini acustiche verbali; *y*, Centro delle imagini articolatorie verbali; *m*, Fibre motrici dell'apparato vocale].

lore, di suono, di resistenza, di movimento, così anche per rispetto al linguaggio interiore ognuno di noi, nella serie delle operazioni intellettuali, si serve in prevalenza di una determinata categoria di imagini verabli. Sotto tale riguardo si sono descritti tre tipi caratteristici: 1.° l'*uditivo*, che pensa le parole come se le sentisse risuonare internamente: è il tipo più generale, perchè il linguaggio d'ordinario si acquista da tutti mediante l'udizione; 2.° il *visuale*, che pensa le parole come se le vedesse, o meglio, le leggesse: è il tipo predominante negli studiosi che molto appresero con la lettura; 3.° il *motorio*, che pensa le parole come se le articolasse con la voce o anche, più raramente, come se le scrivesse o le gestisse con la mano: è il tipo che si accentua in tutti noi quando pensiamo molto intensamente, poichè allora la rap-

presentazione verbale esagera la sua forza ideo-motrice e tende a trasformarsi in atto. Gli individui incolti si giovano esclusivamente delle imagini uditive e motrici articolatorie (tipo *acustico-motorio*, fig. 99); quelli che hanno sviluppata la loro intelligenza con la lettura e scrittura, si giovano per lo più di tutte insieme le quattro sorta di imagini (tipo *indifferente* o *completo*, figura 100). Si comprende da ciò come le divergenze individuali nella facoltà rappresentativa delle parole, che sono i simboli delle idee, e quindi il materiale del pensiero, debbano dar luogo ad una straordinaria varietà clinica degli alienati rispetto ai disturbi del linguaggio interiore (veggasi §. 91).

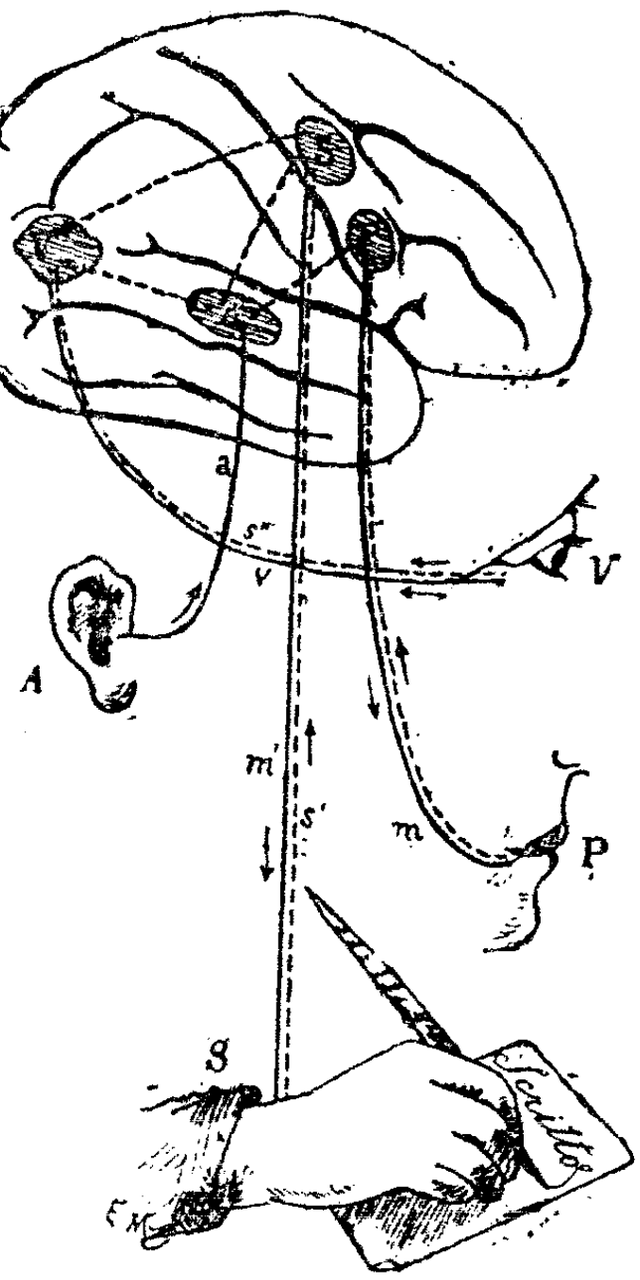


Fig. 100. — Schema del meccanismo corticale della favella nel tipo indifferente completo, secondo J. Ross.

[A, Organo dell'udizione; *V*, Organo della visione; *P*, Apparato della favella; *S*, Apparato della scrittura; *A'*, Centro acustico verbale; *V'*, Centro visivo verbale; *P'*, Centro motorio fonico; *S'*, Centro motorio grafico; *a*, *s'*, *s''*, *s'''*, Decorso delle sensazioni uditive, visive e muscolari; *m*, *m''*, Decorso degli impulsi motori dell'articolazione, scrittura e lettura] — (Per semplicità di raffigurazione, i centri furono disegnati sull'emisfero destro).

Secondo le osservazioni cliniche, convalidate dai reperti anatomici, i quattro elementi fisiologici del linguaggio avrebbero sede in parti ben distinte della corteccia, allo stesso modo che esistono tutte le altre localizzazioni funzionali del cervello (cfr. le fig. 67-68, pag. 130-131). Le rappresentazioni dei suoni del linguaggio, cioè le imagini acustiche verbali, sarebbero conservate nella prima circonvoluzione del lobo temporo-sfenoidale (centro della memoria uditiva delle parole); quelle dei segni gratici letti, cioè le imagini visive verbali, nel lobulo parietale inferiore e piega curva dell'angolo (centro della memoria visuale delle parole); le rappresentazioni dei mo-

vimenti di articolazione dei suoni, cioè le imagini motorie foniche, nella parte posteriore della terza circonvoluzione frontale (centro della memoria articolatoria della « favella » o « loquela » propriamente detta); infine, quelle dei movimenti della scrittura, nel piede della seconda frontale e nel terzo medio della prerolandica o frontale ascendente (centro della memoria grafica). Queste localizzazioni non sono tutte egualmente certe; la più sicura è quella delle imagini motorie di articolazione, la cui scomparsa è dovuta a lesione organica del così detto *centro di* Broca, e costituisce il disturbo più comune del linguaggio (« afasia » nello stretto senso, *afemia*).

Per quella legge suprema di associazione che domina tutta la psicologia, e in virtù della quale i fatti coscienti simultanei, contigui e successivi hanno la proprietà di saldarsi fra loro e poi di evocarsi a vicenda, anche i quattro centri del linguaggio operano ordinariamente insieme: così che le rappresentazioni verbali componenti il nostro pensiero risultano dal fondersi di quattro diverse attività funzionali della corteccia. La varietà individuale di rappresentarsi il linguaggio interno più vivamente come suono, o come segno grafico, o come articolazione verbale, deriva dalle differenze di sviluppo e di struttura delle singole regioni cerebrali: noi siamo tutti diversi nell'attitudine di percepire, di conservare e di rievocare un dato ordine di sensazioni, di ricordi e di imagini. « A ciascun senso corrisponde una memoria che gli è correlativa, e l'intelligenza ha, come il corpo, i suoi *temperamenti* particolari, che risultano dalla predominanza di un dato ordine di sensazioni (esterne od interne, cioè imagini) nelle abitudin della mente » (Gratiolet, *Anat. comparée*). Non pertanto, l'equilibrio perfetto del pensiero è rappresentato da quelle individualità normali, dove nessun gruppo particolare di imagini prende il dominio sugli altri, e dove tutti i gruppi hanno nell'associazione formatrice delle idee un ufficio corrispondente alla reale loro importanza nella vita psichica individuale e sociale. Così ci spieghiamo perchè in certi individui alienati prevalgano date rappresentazioni del linguaggio interno, ad esempio quelle uditive, la cui ipertrofia (allucinazioni acustiche) danneggia il meccanismo logico del pensiero e può giungere financo a scomporlo.

La legge di associazione e la genesi della parola ci spiegano fatti psichici normali e morbosi ancor più importanti. La parola, con cui designiamo ciascuna nostra idea, è come un nucleo attorno al quale insorgono e si sovrappongono altre imagini non verbali: sono quelle che si riferiscono agli elementi costitutivi della idea, cioè agli oggetti, alle qualità fisiche, alle persone, agli atti, agli eventi interni, che vengono simbolicamente rappresentati con suoni o segni grafici. Quando pronunziamo il nome *rosa*, esso evoca in noi ricordi di sensazioni di colore, di odore, di forma, di tatto, e poi ricordi di persone, di luoghi, di avvenimenti, di libri letti, di fatti storici, ecc. Tanto più grande e svariato è il numero di tali ricordi, quanto più il nome pensato è di indole generica ed astratta (JAMES MILL). Adunque, il nostro pensiero si compone di due grandi gruppi di imagini: 1.° le *sensoriali dirette*, o imagini corrispondenti alle impressioni reali; 2.° le *verbali*, suddistinte in sensoriali ed in motorie. L'attività mentale si esercita esclusivamente su queste imagini: esse sono il materiale della memoria, dell'imaginazione, dell'ideazione, del raziocinio, del giudizio. Per scoprire, adunque, le alterazioni delle « facoltà intellettuali », non abbiamo altro spediente che lo studio del modo col quale le imagini sensoriali e le verbali sono conservate, evocate, associate, combinate e mutuamente inibite fra loro.

La struttura anatomica della corteccia cerebrale ci schiarisce il meccanismo associativo dal quale risulta il pensiero: i centri delle varie imagini sensoriali comunicano tutti insieme la mercè di fibre dette per l'appunto *di associazione* (T. MEYNERT), di modo che l'idea più semplice pensata od espressa in parole è la risultante della funzionalità di parti anche lontane del cervello. È ancora incerto il come e il dove avvenga la integrazione degli elementi percettivi mnemonici dei quali si compone l'idea; è probabilissimo che esistano (come per le altre funzioni del sistema nervoso) centri coordinatori speciali, che sarebbero i veri *centri ideogenetici*. Sembra, intanto, che questa altissima funzione, caratteristica dell'uomo e degli animali superiori, spetti ai lobi prefrontali. In vero, essi hanno un'azione prevalentemente inibitoria; ora, la coscienza si riduce ad essere un'inibizione di sentimenti, di idee e di

tendenze per opera di altri consimili fatti psichici, che occupano il campo appercettivo o di attenzione: da ciò la supposizione assai verosimile che il pensiero cosciente, o processo ideogenetico, risieda nelle parti anteriori del cervello. (fig 108).

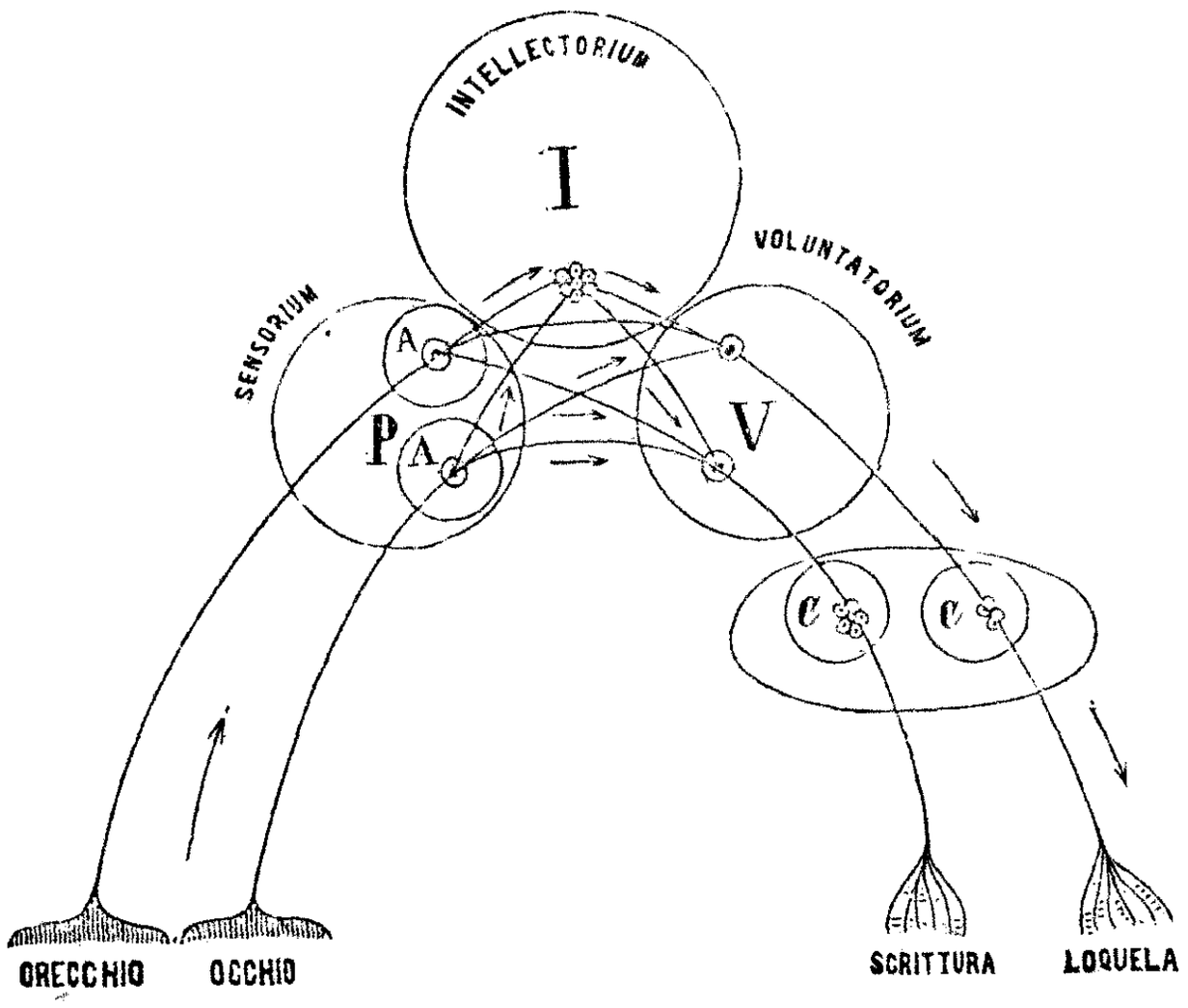


Fig. 101. — Schema dei rapporti fra i centri psichici ideogenetici e i sensoriali e motori del linguaggio, secondo SPAMER.

[*P*, Centri corticali di percezione (*AA'*, Centri mnemonici delle imagini verbali acustiche e visive); *I*, Centri di coordinazione o ideogenetici; *V*, Centri cort. di attuazione volontaria (vi sono contenuti i due centri delle imagini verbali motrici articolatorie e grafiche); *CC*, Centri subcorticali di movimento (coi due centri specializzati per la loquela e la scrittura)].

B) Il processo della parola come espressione fonetica del pensiero, consta di cinque stadî successivi: 1.° la preparazione interna del discorso secondo lo stato del sentimento e dell'intelligenza; 2.° la formazione delle parole, che debbono comporre il discorso, mediante l'evocazione delle imagini verbali nei corrispondenti centri specifici della corteccia; 3.° la disposizione delle parole evocate in frasi e in discorso, conforme alle regole della logica, della grammatica e della sintassi; 4.° la trasmissione del discorso, come atto motorio, attraverso

gli apparati nervosi centrali e periferici, che presiedono alla coordinazione dei movimenti fonici; 5.° la emissione e formazione dei suoni negli apparati fonatori esterni. Possiamo sinteticamente considerare questi cinque stadî come Pensiero, Linguaggio interiore, Dizione, Articolazione, Pronunzia; dal che nascono cinque classi di disturbi della facoltà del linguaggio, le *Dislogie*, le *Disfasie*, le *Disfrasie*, le *Disartrie* e le *Lislalie*. La prima e la terza sono specialmente sintomatiche delle alterazioni nella sfera intellettuale e sentimentale, poichè possono accompagnarsi con una relativa integrità della « funzione linguaggio »; la seconda è soprattutto sintomatica delle alterazioni nel « meccanismo formale del linguaggio interiore »; le due ultime concernono le alterazioni del « meccanismo estrinsecatore della parola », e non sono per sè manifestazioni d'un cangiamento morboso della attività mentale. Non pertanto, tutte le cinque classi di disordini della loquela si osservano negli alienati, e noi le studieremo singolarmente.

La classificazione da me adottata è in gran parte quella classica del KUSSMAUL (*Die Störungen d. Sprache*, 1.ª edizione 1876, 3.ª edizione 1885), che altri alienisti pure accolsero più o meno integralmente (KRAFFT-EBING, L. BIANCHI, SÉGLAS). Le distinzioni progressive avvenute nel campo delle disfasie pure, o altrimenti delle « afasie », per opera di WERNICKE, di CHARLTON-BASTIAN, di LICHTHEIM, di CHARCOT e dei numerosi suoi allievi, di GRASHEY, di J. ROSS, ecc. e che ormai sono diventate patrimonio sicuro della Neuropatologia, non hanno potuto modificare sostanzialmente lo schema dell' insigne clinico di Strasburgo: esse pure vi trovano il loro posto, e lo vedremo, senza distruggere l'esistenza delle altre quattro classi di disturbi del linguaggio come sindromi cliniche, e senza diminuire menomamente il loro valore semejotico per rispetto alle psicopatie.

Nell'esaminare il linguaggio noi procediamo però, praticamente, in senso inverso a quello con cui disponemmo le cinque

classi di disturbi della loquela. La nostra attenzione si rivolge dapprima al modo con cui il pazzo emette i suoni vocali, ed al modo con cui articola le parole: passando poi al lato subbiettivo della loquela, cerchiamo se esistano o siano in qualche maniera alterate le varie imagini verbali di cui si riveste il pensiero: per ultimo, studiamo questo pensiero nel suo processo formativo grammaticale e logico, e nel suo contenuto. In queste successive indagini semejotiche, che si fondano sull'interrogatorio del malato (cfr. questo vol. II°, p. 100 e seg.), noi abbiamo agio di studiarne una condizione subbiettiva importantissima: se egli, cioè, sia in grado di comprendere il significato materiale ed ideativo delle nostre comunicazioni verbali. Le indagini cliniche sulla facoltà ricettiva e sulla esecutiva del linguaggio si compiono, in vero, nello stesso tempo e con gli stessi metodi: ambedue ci sono necessarie per apprezzare il *potere di attenzione* dell'alienato; ora, chi dice « attenzione » dice anche « coscienza », e così il linguaggio riesce la sorgente massima di criterî diagnostici nella Patologia mentale.

89. **Esame dei disturbi nella emissione e pronunzia della parola** (« **Dislalie** »). — Le dislalie sono dette anche Lalopatie periferiche (Kussmaul, Preyer): esse molificano il linguaggio nel suo aspetto estrinseco e materiale di fonema, e non hanno in verità un significato diagnostico diretto in rapporto con gli stati psichici; possono, cioè, coesistere col regolare funzionamento della intelligenza (*balbuzie* in genere, *mogilalia*, *paralalia*). Tuttavia, essendo le dislalie esse per la massima parte di origine congenita, o dipendendo da vizî diversi di formazione e di esercizio negli apparati periferici della loquela, o nei ricettivi delle impressioni acustiche, sono spesso per l'alienista un valido criterio per stabilire il grado di fisico e mentale sviluppo della personalità. Noi le troviamo, infatti, con grande frequenza nelle frenastenie (idioti, imbecilli, cretini), e con mediocre frequenza nelle parafrenie costituzionali degenerative (ereditarî, delinquenti-nati) e nelle neurosiche (epilettici).

In alcuni casi manca del tutto la facoltà di emettere suoni articolati: si ha allora la così detta *alalia*, che però è di due sorta. — Il tipo più genuino sotto il riguardo psichiatrico ci è presentato da quegli individui, nei quali è lesa la ricettività centrale del linguaggio in causa di un completo arresto di sviluppo dell'organo psichico; essi forse percepiscono i suoni, ma stante le misere condizioni della loro coscienza, che non è capace d'attenzione, non ne comprendono il valore sociale, e quindi non li imitano (microcefali, idioti privi di favella): questa alalia è, dunque, l'effetto della alogia. — Un altro tipo è dato da coloro in cui è deficiente la ricettività periferica del linguaggio: essi non imparano a favellare perchè i fonemi altrui non vengono raccolti dagli apparati esterni ed interni dell'udizione, e così non risvegliano nei centri la imagine generica del suono, e tanto meno quella dei suoni che si dovrebbero imitare con la articolazione (*sordità*). Questa deficiente ricettività, sebbene sia di indole puramente sensoriale o centripeta, diminuisce il materiale dell'intelligenza: se è congenita (sordomutismo), provoca assai spesso una limitazione più o meno grande dei poteri mentali (imbecillità, insufficienza e fatuità di spirito); se è acquisita (paracusie), restringe il campo delle espressioni intellettuali, e può anche alterare la pronunzia (paralalia da ipocusia).

I fonemi articolati, di cui si compone la loquela umana e che derivano da una specificazione filogenetica dell'apparato deglutivo-respiratorio, consistono propriamente nei suoni producentisi nel tubo addizionale respiratorio (cavità sopra-laringea, faringea, boccale e nasale) e combinati coi suoni laringei propriamente detti: essi si dividono in *vocali* e in *consonanti*. Le vocali sono suoni perfettamente musicali, di altezza apprezzabile anche con l'orecchio, formati nella laringe, e di cui certe armoniche sono rinforzate dalla risonanza del tubo addizionale: le consonanti sono rumori discordanti, disarmo-

nici e aritmici (nel senso fisico), formati nel tubo addizionale e rinforzati dal suono laringeo (HELMHOLTZ, DONDERS, KEMPELEN . . .). Il numero delle vocali fondamentali oscilla intorno a sei, che però possono essere pronunziate in modo diverso a seconda che sono aspirate od espirate, lunghe o brevi, senza o con comunicazione delle fosse nasali e della faringe, isolate oppure agglutinate fra loro (dittonghi), così che se ne potrebbero descrivere circa trenta nell'alfabeto chiamato « antropologico »! (COUDEREAU, « Bull. Soc. Anthrop. », 1875). Il numero delle consonanti è ancora più variabile nelle diverse razze: sono 48 nella lingua indostanica, 37 nella sanscrita, 28 nell'araba, 20 nell'inglese e nell' italiana, 17 nella greca antica, 10 in certi idiomi polinesiani, 8 soltanto nel dialetto australiano. Esse cangiano di natura a seconda che l' atto fonico è accompagnato da particolari movimenti delle regioni mobili del tubo addizionale, donde una loro prima classificazione anatomica basata sulla sede dell'articolazione: quattro ne sono i tipi, cioè le *labiali*, le *linguali*, le *gutturali* e le *nasali*, ma essi pure sono divisibili in almeno diciotto varietà, ad es. le *prolabiali* od *amforiche*, le *labio-dentali*, le *prolinguali*, le *linguo-palatali*, le *stafiline*, le *faringee*, ecc. (COUDEREAU). Un'altra classificazione prende di mira il modo di formazione: sonvi le consonanti *continue* (**F**, **V**; **S**, **SC**, **Z**; **J**), le *esplosive* (**P**, **B**; **T**, **D**; **K**, **G**), le *vibranti* (**L** e i varî **R**), le *risonanti nasali* (**M**, **N**, **GN**), ecc. In sostanza, la trascrizione di tutti questi suoni in segni grafici, ciò che si dice l' « alfabeto fonetico » (LEPSIUS), è estremamente difficile, poichè non solo esistono differenze etniche di razza, di nazione e fors'anco di clima, e differenze storiche dovute alle alterazioni perenni degli idiomi, ma esistono pur anco divergenze puramente individuali di pronunzia. Tuttavia, le variazioni fonetiche ubbidiscono, così negli individui come nelle razze, a principî biologici determinati (« leggi di GRIMM »), che hanno giustamente fatto paragonare l' evoluzione selettiva delle lingue a quella delle specie organiche animali e vegetali (SCHLEICHER).

a) Per la corretta ed esatta pronunzia occorre che gli apparati produttori della voce e i rinforzativi o modificatori dei suoni siano normalmente conformati, e soprattutto la cavità orale nelle sue parti ossee e molli. I nervi che agiscono

nella parola sono, oltre a quelli degli organi respiratorî e della laringe, i nervi motori della lingua, del velo pendolo e delle labbra: dunque, il facciale, l'ipoglosso, il glosso-faringeo ed il pneumogastrico. La balbuzie è dovuta ad un' insufficiente tonicità o paresi muscolare che può essere corretta con l'attenzione: nel balbo il processo del pensiero non è, per regola, alterato, salvo il caso che il vizio di pronunzia si combini con l'imbecillità e la epilessia. Questo serve a distinguerla dai disturbi *pselliformi* organici (CHERVIN).

b) I disordini della pronunzia si esaminano praticamente in due modi: 1.° si ascolta il soggetto mentre parla, facendo attenzione al succedersi dei fonemi di cui si compongono le sillabe, parole e frasi pronunziate spontaneamente, senza considerarne, pel momento, la disposizione grammaticale-logica e il contenuto ideativo (*processo auricolare sintetico*); 2.° si fanno pronunziare al soggetto varî suoni alfabetici, sia singolarmente, sia associati insieme (*processo auricolare analitico*, WILLIS, DONDERS, GRASSMANN). Nei gradi miti di dislalia l'incapacità fonetica riguarda solo le combinazioni e successioni letterali più difficili, dove predominano le così dette liquide o vibranti e le esplosive, quali la **TR**, la **SPR**, la **GR**, la **PL**, la **PS**, la **SC** italiana, la **DT** tedesca: è impossibile, per esempio, ad alcuni dislalici ripetere il suono **brrrrr** indicante la sensazione di freddo, poichè vi si trova la **R** labiale dopo l'esplosiva aspirata molle **B**.

Se si vogliono eseguire ricerche scientifiche più accurate, si useranno i procedimenti descritti in tutti i trattati di fisica acustica, di fonologia e di fisiologia (cfr. TECHMER, nell' « Internat. Zeitschr. f. allg. Sprachwissenschaft », Bd. I-V, 1884-89; BEAUNIS, *N. Élem. d. Phys. hum.*, 3.ª ed. 1888). I più utili per la clinica consistono: — 1.° nel raccogliere i suoni articolati mediante speciali apparecchi registratori (i *fonografi* di EDISON, MAYER, FLIK, BLAKE; i *fonoautografi* di SCOTT e di HENSEN; il *microfono* di BOUDET de Paris; il *logografo* di BARLOW): — 2.° nel riprodurre le vibrazioni aeree dei singoli fonemi vocali mediante processi ottici (ad es. le *fiamme manometriche* di KÖNIG [fig. 102]; il *foneidoscopio* di SEDLEY-TAYLOR; gli *anelli colorati* di GUEBHARD): — 3.° nell'applicare apparati grafici ai diversi organi della loquela, fra cui:

a) il velo pendolo (le *ampolle* ed il *tubo nasale* di ROSAPELLY; il *palatomiografo* di HARRISON-ALLEN; il *manometro nasale*, di HARTMANN); *b*) le labbra (l'*esploratore labiale* di MAREY-ROSAPELLY rappresentato più innanzi nella fig. 103); *c*) la lingua (le *impronte colorate* di GRÜTZNER; il *glossografo* di GENTILI; il *glosso-dinamografo* di FÉRÈ; il *palato artificiale* di NORMANN-KINGSLEY).

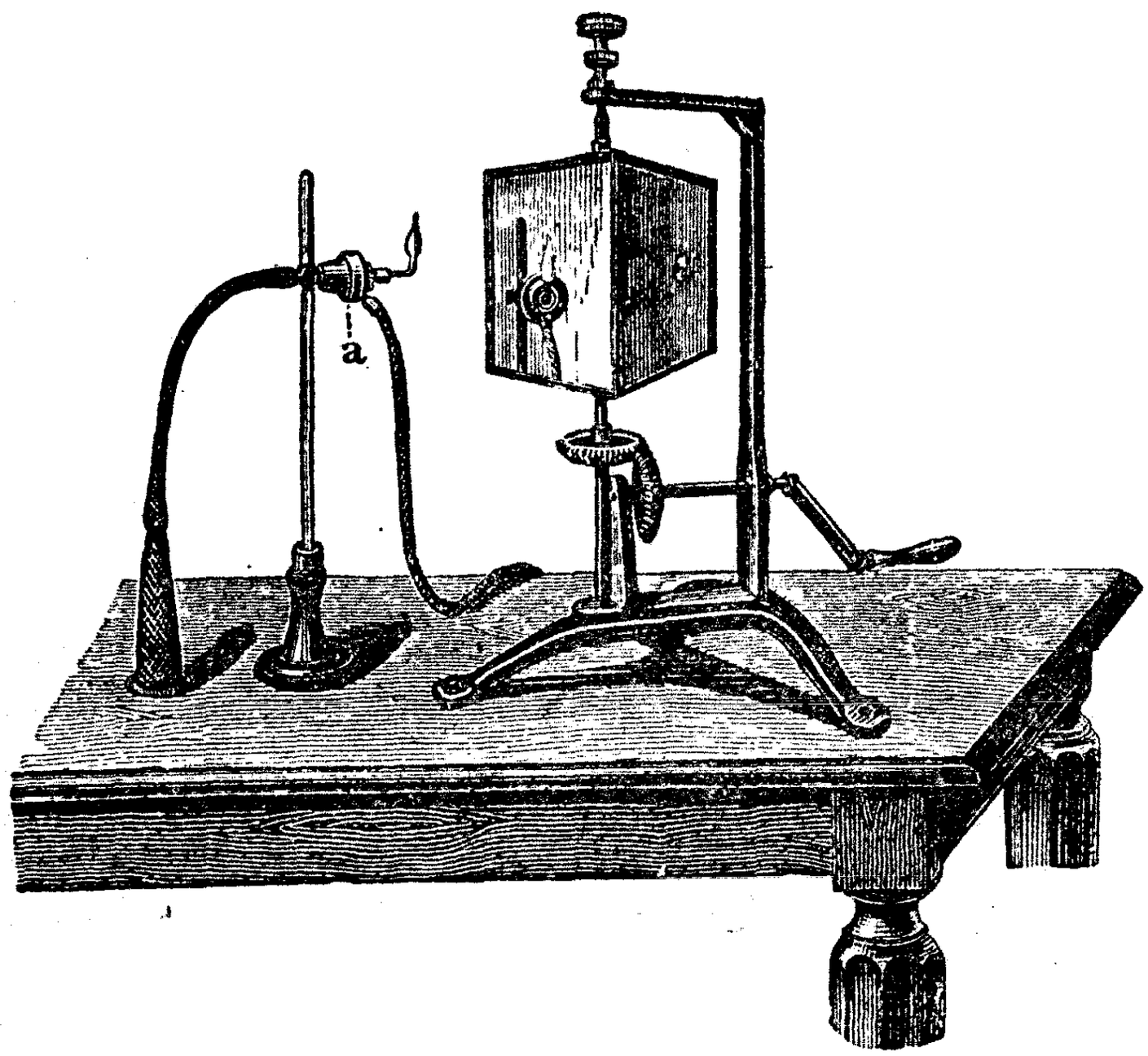


Fig. 102. — Apparecchio di KÖNIG per le fiamme manometriche.
[*a*, Capsula manometrica, una parete della quale è costituita da una membrana vibrante mossa dall'aria espirata nella parola].

Le dislalie, che possono presentarci gli alienati, sono di due sorta: le congenite e le acquisite.

A) Le congenite, che sono dovute ad una imperfetta ontogenesi anatomica e funzionale dell'apparato della favella, e quindi caratterizzano gli stati di arresto mentale (idiotismo, imbecillità, degenerazione eredi-

taria), comprendono le varie forme di *balbuzie*, o di anartria letterale: la *mogilalia*, ossia l'incapacità di pronunziare determinati suoni; la *paralalia*, cioè lo scambio dei suoni; la *bradilalia*, o lentezza della pronunzia; e l'*alalia*, cioè l'impossibilità assoluta di formare suoni articolati.

Il KUSSMAUL, nel suo classico studio sui disordini della favella, ha data una descrizione così particolareggiata di tutte queste dislalie (loc. cit., Cap. XVIII, XXXV, XXXVI), che stimo affatto inutile esporla qui di nuovo. Mi limiterò ad un brevissimo cenno.

a) Le dislalie meccaniche, che dipendono da un grossolano difetto degli organi esterni della favella, sono piuttosto frequenti negli idioti e imbecilli. Molti di costoro non sono capaci di emettere suoni chiari ed alti: la voce non si forma bene nella loro laringe, chè i ventricoli del MORGAGNI sono abnormemente grandi (carattere pitecoide, sec. GIACOMINI). Altri « parlano nel naso », ossia pronunciano impure le vocali, e danno alla **N**, alla **G**, alla **Gn** un suono sordo: il loro velo pendolo non chiude nè apre perfettamente la comunicazione faringo-nasale, oppure il palato è bifido per arresto embrionale, o la vôlta ossea palatina è troppo alta a mo' di arcata gotica (BOURNEVILLE). Vi sono poi i difetti di pronunzia che riguardano le lettere linguali e dentali (**R**, **D**, **T**, **S**, **F**, **C** italiana): essi dipendono spesso da ipertrofia o atrofia congenita della lingua (macro- e microglossia), da brevità o rigidità del frenulo, da difettosa disposizione delle arcate dentarie, da eccessivo prognatismo, da progeneismo, da pessima dentatura, dal labbro leporino, ecc. (cfr. Vol. I, pag. 171-174).

b) Le dislalie funzionali, consistenti in una difettosa o mancante azione dei nervi e muscoli della favella, sono pure caratteristiche della imbecillità e dell'idiotismo. Talune volte la loro causa è patologica, ma risale alle prime fasi dello sviluppo (meningite, idrocefalo, poliencefalite, sclerosi diffusa): più spesso però si tratta di una incapacità originaria nel coordinare i fini e delicati movimenti che occorrono per la pronunzia di certi suoni, o d'una mancanza d'esercizio e im-

perfetta educazione della favella. Moltissimi frenastenici sono balbuzienti, perchè conservano per tutta la vita i caratteri infantili della favella; altri presentano corruzioni fonetiche che rispondono ai suoni strani e disarmonici, gorgoglianti e gargarizzanti, aspirati o di gorgia, degli idiomi inferiori (Ottentotti, Cafri, Polinesiani). Taluni di essi emettono fonemi che mancano nel nostro alfabeto e non sarebbero suscettibili di trascrizione letterale; o masticano, per così dire, i suoni, oppure li scambiano fra di loro, massime se si tratta di dittonghi o di consonanti labiali, linguali e gutturali. In sostanza, la loro ricettività nell'apprendere a parlare è così scarsa che la esecuzione dei fonemi resta allo stato confuso dell'infanzia. Infine, si sentono tutti quei difetti parziali di pronunzia limitati a taluni suoni (mogilalie), che i fonologi trovarono normali nelle razze diverse dalla nostra, ma che nell'italiano costituiscono veri vizî di pronunzia: 1°. il *rotacismo* (l'**R** strisciata, l'**R** grassa, l'**R** gutturale, lo scambio della **R** con la **L** come fanno i Chinesi, oppure dell' **F** con la **V**, l'aggiunta di un suono sibilante **sR**); 2.° il *lambdacismo* (l'**L** sostituita dall' **N** o dall'**R**, come fra i Giapponesi e nel volgo Toscano); 3.° il *sigmatismo* (l'**S** aspra, l'**S** sibilante, l'**S** dura, l'**S** sostituita da un **F** o dalla **Z**, la **Z** sostituita da un **S** come fanno Genovesi); 4.° il *gammacismo* (la **G** pronunziata sempre gutturale o scambiata con la **D** e con la **T**, la **K** ted. non distinta dalla **C**, ecc.).

c) La bradilalia, cioè lentezza della pronunzia, caratterizza soventi volte il discorrere degli imbecilli ed epilettici: costoro hanno l'elocuzione corretta, ma i suoni sono emessi a distanza l'uno dall'altro, sullo stesso tono, senza modulazioni della voce. Talvolta la pronunzia è fatta per esplosioni staccate di sillabe, calcando sulla prima sua lettera, oppure esagerando le esplosive naturali: sono casi che formano passaggio dalla balbuzie al tartagliamento, dalla bradilalia alla bradiartria, e spesso derivano da processi morbosi centrali.

d) L'alalia congenita, se non è sintomo di sordo mutismo, è dovuta a ciò che l'individuo non potè imparare a parlare per un arresto di sviluppo del cervello (microcefalia, idiotismo): quindi essa è soltanto la manifestazione più appariscente di uno stato intellettuale infimo (anideismo), e di una deficienza assoluta della facoltà del linguaggio (afasia-

alogia). Certi idioti emettono appena suoni inarticolati, rauchi, animaleschi: altri arrivano alle due vocali primitive, **A** ed **E**, che rispondono anche nel bambino ai due sentimenti opposti di piacere e di dolore (TAINE); un terzo gruppo più progredito giunge alle consonanti, ma non oltrepassa la fase del monosillabismo semplice, o tutto al più raddoppiato e prolungato (es.: **ba-ba**, **mu-mu**, **pu-u-uh**). Gli alali accompagnano spesso i loro movimenti automatici con mormorii monotoni, cadenzati, che ricordano le prime onomatopée acquistate dall'uomo per esprimere dati movimenti (NOIRÈ).

B) Le dislalie acquisite provengono da lesa funzionalità dell'apparato fonico per materiale deformazione delle sue parti esterne (denti, lingua), o per lesioni dei nervi periferici (ipoglosso, facciale), o per alterazioni paralitico-trofiche dei muscoli (lingua, labbra, gote, velo pendolo, laringe), o, infine, per degenerazione morbosa dei centri e vie subcorticali della favella (nuclei bulbari, protuberanza, fibre conduttrici dalla corteccia al ponte). Esse si veggono nei pazzi che subirono mutilazioni degli organi esterni della favella, e poi nelle fasi terminali delle psicopatie paralitiche, nelle psicosi con encefalopatie, nelle demenze organiche, massime senili, nelle compressioni cerebrali; ma si veggono pure in certe neurosi accompagnate da disturbi locali di innervazione (isterismo).

a) Il tipo delle lalopatie periferiche da causa meccanica è dato dalla pronunzia « barbogia » dei vecchi (*dislalia senile*): essa è causata per lo più da perdita dei denti e consecutiva atrofia dei mascellari. Sotto il riguardo psichiatrico, dovremo cercare se il disordine di pronunzia non sia dovuto a ferite e a mutilazione della lingua, a strappo volontario dei denti, come si avvera in certi melancolici. In taluni di questi la lunga silenziosità porta rigidezza della lingua, che resta contusa e ferita nei bordi applicati spasticamente contro i denti; e in allora il disturbo della loquela si compone di dislogia, disartria e dislalia associate insieme.

b) Quanto alle forme che dipendono da lesioni dei nervi e muscoli, l'esame clinico ci permetterà di scoprire la causa e la sede del disturbo di innervazione (glossoplegia, spasmo idiopatico della lingua, paralisi del facciale, processi amiotrofici varî).

c) Dislalie e perfino alalie dipendenti da paralisi funzionale negli organi di fonazione parlata (BALLET, ROSENBACH, KRAMER), si veggono nell'isterismo e nella neurastenia, e sono certo della stessa natura molte di quelle che ci presentano lo stupore e la melancolia attonita. Possiamo anche provocarle artificialmente per suggestione negli stati ipnotici, come faceva il celebre « magnetizzatore » DONATO nei suoi soggetti.

d) Per le dislalie organiche di origine bulbare e infracentrale è opportuno avvertire che esse ordinariamente sono l'estrema manifestazione del processo dissolutivo della favella: il malato non diventa dislalico, cioè incapace di pronunziare ed emettere i suoni articolati, se non dopo avere attraversata la fase disartrica, che studieremo in appresso: la successione dei disturbi è progressiva, ed essi si combinano in mille varietà cliniche, così che risulta assai difficile determinarne gli stadî. Questi però sono: 1.° la disfrasia; 2.° la disartria verbale; 3.° la sillabica; 4.° la letterale (mogilalia, paralalia); 5.° la anartria totale od alalia; e 6.° la afonia. Tutto ciò si scorge nella paralisi generale progressiva, nella sclerosi disseminata, nella sclerosi bulbare o paralisi glosso-labio-faringea, nell' alcoolismo cronico, nella stessa demenza epilettica.

90. **Esame dei disturbi nell' articolazione delle parole (« Disartrie »).** — Noi dobbiamo restringere la denominazione di Disartrie a quei disturbi della favella, che dipendono dalla difficoltà di articolare i suoni nella loro connessione di sillabe e parole, dopo che la funzione linguaggio, come espressione del pensiero, è formata negli organi corticali. La causa di tale difficoltà risiede nella deficienza di coordinazione o trasmissione centrale degli impulsi necessarî alla favella; per cui, o non viene acquistata completamente la facoltà di integrare le pa-

role mediante l'opportuna unione e successione delle sillabe; oppure la stessa facoltà, sebbene acquistata in grado normale ed utilizzata durante una parte dell'esistenza, si altera morbosamente e in fine si perde, di modo che la parola viene disgregata nella sua struttura fonetica. Negli alienati sono possibili queste due eventualità; ma la prima, che potremmo dire fino a un certo punto *disartria funzionale*, è di indole congenita (intoppamento, tartagliamento), e però non ha stretto rapporto coi perturbamenti mentali, malgrado che la si possa osservare in certe personalità imperfette (imbecilli, degenerati): la seconda, per contrario, da designarsi come *disartria organica* (imbarazzo, scandimento della parola, ecc.), ha un significato diagnostico di somma importanza, perchè si manifesta in una forma ben determinata di psicopatia (la paralisi generale progressiva), ed in molte cerebropatie accompagnate da psicosi (pseudoparalisi tossiche, alcooliche e sifilitiche, demenze apoplettiche, sclerosi disseminate, sclerosi bulbare, ecc.).

a) Per l'articolazione normale delle parole, cioè per la connessione delle vocali e consonanti costituenti ciascuna sillaba in conformità delle leggi formative dell'idioma parlato, occorrono più momenti: — 1.° una esatta rappresentazione interna del simbolo verbale (integrità dei centri mnemonici di udizione e anche di visione); — 2.° una esatta rappresentazione degli impulsi muscolari necessarî per articolare ciascun suono al suo tempo opportuno, in successione e in anticipazione di altri, e con la intonazione, la intensità, l'accento che gli spettano (integrità del centro mnemonico delle imagini cinestetiche); — 3.° la regolare formazione dell'impulso che deve dar luogo all'emissione della voce (integrità dei centri motorî encefalici e delle fibre associative); — 4.° una regolare trasmissione di questo impulso fino agli apparati esterni della favella (integrità delle fibre di projezione centrifuga); — 5.° il facile passaggio dell'apparato fonico, della cavità orale e delle regioni articolatorie da un movimento all'altro, e da

un atteggiamento determinato pure ad un altro (integrità della coordinazione funzionale dei nervi e muscoli periferici); — 6.° la regolare emissione dell'aria a seconda dei bisogni della voce (cooperazione dell'apparato respiratorio e della laringe); — 7.° l'azione muscolare formatrice delle consonanti dev'essere sobordinata a quella formatrice delle vocali (vocalizzazione delle sillabe); — 8.° infine, nella pronunzia dei diversi suoni deve osservarsi un certo ritardo (accentuazione delle sillabe, pause del discorso).

Tutti questi momenti fisiologici sono acquistati dal fanciullo con un lungo, faticoso esercizio della favella. Egli percepisce e ritiene le vocali e consonanti secondo la disposizione che hanno assunta nel suo idioma materno; impara a vocalizzare le sillabe, ad emetterle in connessione come se fossero un solo suono variabile, ad accentuarle, a intercalarvi le pause intraverbali; apprende a regolare i moti respiratorî, parlando durante la espirazione (salvo i rari casi già accennati a p. 303), e giunge così a coordinare le sillabe e parole in forma di frase continua. L'ontogenia del linguaggio fa sì che alla per fine la articolazione diviene incosciente, quasi automatica: parlando non badiamo più ai moti respiratorî e laringei, boccali e labiali, nè al suono delle lettere, nè alla formazione delle sillabe; se vi ponessimo attenzione, forse incespicheremmo facilmente. Soltanto negli stati emotivi intensi di paura, di collera, di gioia, noi perdiamo all'improvviso e per qualche tempo la facoltà di articolare.

b) I disturbi dell'articolazione sillabica si esaminano con gli stessi procedimenti obbiettivi e sperimentali già descritti per quelli della pronunzia letterale (§ 89): salvo che qui l'esame ha una importanza clinica assai più grande.

α) Ci giova, in primo luogo, ascoltare attentamente il malato che parla. Certe volte il fenomeno disartrico non si manifesta se non in mezzo ad una frase, ad un periodo; altre volte può essere così lieve da sfuggire ad un orecchio non esercitato. Posso dire che l'alienista ed il neuropatologo giungono a percepire disturbi di articolazione, che bene spesso passarono inosservati per lungo tempo ai parenti e amici dell'infermo e al suo stesso medico curante, i quali propendono a interpretarli come effetti emotivi. Ma basterà por mente

ai seguenti caratteri: — 1.° Il *fenomeno disartrico* è per sè stesso indipendente dalle condizioni psichiche del soggetto: per esempio, avviene anche fuori di ogni emozione: questa può esagerarlo, ma non lo crea mai; — 2.° esso ha caratteri particolari in ciascuna malattia, e ciò in conformità della sede e natura del processo morboso; — 3.° esso consiste in una difettosa formazione delle sillabe indipendentemente da qualsiasi alterazione del meccanismo fonetico: il paziente disartrico non è incerto sui suoni singoli che deve emettere, ma sulla loro concatenazione e successione (spasmo, oppure imbarazzo della parola); — 4.° non è la vocalizzazione in sè che sia alterata, bensì quella delle consonanti, anzi di *certe* consonanti in collegamento con le vocali o in successione fra loro; — 5.° l'individuo disartrico cerca sempre di superare le difficoltà delle associazioni sillabiche, sia ommettendo i suoni più complicati e difficili (elisione), sia sostituendoli con altri affini più facili, ad esempio i duri coi molli e gli esplosivi coi continui (raddolcimento), sia cangiando i suoni nella loro connessione normale (traslazione).

β) In secondo luogo, per meglio scoprire il fenomeno disartrico, noi lo provochiamo artificialmente: facciamo, cioè, ripetere al malato quelle associazioni sillabiche dove l'esperienza ci ha insegnato esistere più evidente il disturbo della articolazione. Sono specialmente le consonanti che male s'agglutinano fra loro in un suono continuato, quelle che occorre far pronunziare. Le associazioni d'una esplosiva (**B, D, T**), d'una continua (**F**) o d'una nasale (**N**) con una vibrante (**R**), e quelle d'una continua (**F, S**) con una esplosiva (**T, B**), sono difficili anche nella favella del sano: e ancor più lo è il passaggio dalla vibrante alle altre consonanti, massime esplosive, poichè sono allora necessarî rapidi passaggi nei movimenti della lingua e delle labbra. Il WESTPHAL dimostrò che nella pronunzia della parola **artiglieria** si univano tutte queste difficoltà: essa deve, dunque, farsi ripetere da ogni infermo in cui si sospetti l'esistenza di una disartria. Altre parole consimili, e di somma utilità nel diagnostico, sono **tremilatrecentotrentatre, repnblica, precipitevole** (più che « precipitèvolmente » in causa dell'accento sulla quart'ultima, che obbliga ad attenzione e facilita la pronunzia), **costanti-**

nopolitano, suonatore di cornamusa, ecc. Io uso per lo più queste due frasi: — **tremila trecento trentatre pezzi d'artiglieria — trentatreesimo squadrone di cavalleria,** — dove credo sia impossibile al fenomeno disartrico di celarsi.

γ) Buoni dati ci fornisce, in terzo luogo, l'analisi dei tracciati grafici della parola. I glossografi traducono in curve visibili gli spostamenti dell'apice linguale: l'apparecchio di MAREY e ROSAPELLY (fig. 102) ci mette sotto gli occhi i

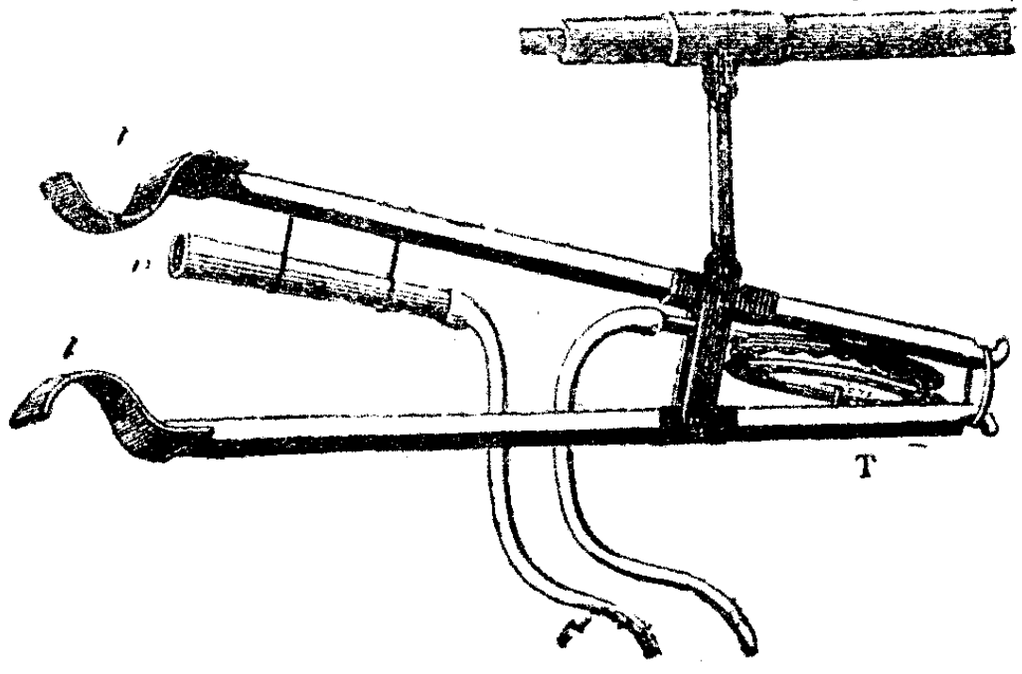


Fig. 10.3 — Apparecchio per la registrazione grafica dei movimenti orali (MAREY-ROSAPELLY).

[S, Sostegno; T, Tamburo del MAREY; *t*, suo tubo per la trasmissione delle vibrazioni; *ll'*, i due bracci di leva che vengono applicati sulle labbra; *v*, Imbuto che serve a ricevere il soffio aereo durante l'emissione del fonema; e *t'*, suo tubo trasmissore].

movimenti e i tremolii delle labbra, non che la correlazione fra il soffio aereo e i moti fonetici (cfr. GOLDSCHEIDER, « Berl. klin. Woch. » 1891): e col glossodinamometro investighiamo la potenza muscolare della lingua, e differenziamo le disartrie paralitiche, amiotrofiche, dalle funzionali (FÉRÈ). Tutte queste ricerche sono utilissime nella Clinica per le demenze paralitiche, le postapoplettiche e senili, l'alcoolismo, l'epilessia, la sclerosi multipla, la paralisi labio-glosso-faringea, ecc.

Le disartrie degli alienati possono dividersi, come vedemmo, in funzionali ed organiche, secondo la natura del processo morboso che loro dà origine e secondo la loro indole sintomatica.

A) Le funzionali hanno un carattere prevalen-

tomente convulsivo-spasmodico (*logoneurosi spastiche* del KUSSMAUL): sono, cioè, neurosi di coordinazione, che colpiscono per lo più lo sviluppo della favella nella età infantile e permangono poi come abitudine viziosa quasi irrimediabile (*tartagliamento congenito*), oppure sopravvengono a certi periodi della vita e in seguito ad esaurimento del sistema nervoso (*tartagliamento acquisito*). La prima forma è frequente nelle frenastenie (imbecilli, insufficienti); la seconda si presenta come disartria transitoria nelle psicosi degenerative della pubertà (ebefrenia, pazzia masturbatoria), nelle psicopatie neurasteniche (successive a malattie gravi infettive), nelle neurosiche (epilessia) e talune volte negli intossicamenti cronici (da alcool, da tabacco), o come disartria abituale nei profondi e cronici indebolimenti mentali con dissoluzione del pensiero (demenza). In alcuni rarissimi casi la disartria può dipendere da uno spasmo localizzato nei nervi motori della favella, soprattutto nell'ipoglosso (*aftongia*).

Queste disartrie sono, dunque, assai diverse di origine e natura: da una parte abbiamo i vizî di articolazione, il *tartagliamento*, l'*intoppamento*, l'*incheccamento* e simili; dall'altra, quelle lesioni acquisite della favella, cui sarebbe da darsi la qualifica di « disturbi pselliformi » (CHERVIN).

a) Il tartagliamento, cioè la incoordinazione spasmodica nella congiunzione di una consonante con la vocale successiva (forma *labbio-coreica*, COLOMBAT), l'incheccamento nel suo stretto significato, cioè la difficoltà di vocalizzare le sillabe dove entrino le consonanti gutturali (forma *gutturo-tetanica*), e l'intoppamento, cioè la intercisione delle sillabe con pause respiratorie (forma *pneumo-spastica*), si distinguono dalle balbuzie per le turbe respiratorie cui si associano, per l'intermittenza del fenomeno disartrico, per la loro attenuazione nel parlare ad alta voce, nel declamar in tono patetico, nel parlar sommesso bisbigliando e nel canto, per la mancanza di lesioni permanenti nell'apparato della favella,

e soprattutto per lo stato psichico di inquietudine e di ambascia che li accompagna: si direbbe che i soggetti abbiano una esagerata coscienza dello sforzo muscolare. La frequenza di questi disturbi negli imbecilli, la loro origine tante volte ereditaria, la loro stessa indole emotiva sono indizio di una debolezza nella sfera psichica, più che di una vera lesione del meccanismo della parola (MERKEL, WYNEKEN, SCHRANCK). Il tartagliare implica una certa inibizione nel pensare alle parole che si debbono pronunziare (TRAMMER): si può, anzi, ritenere che in molti casi l'incespicamento psichico (il « *Gedankenstottern* » di STRICKER) preceda l'incespicamento del parlare (e dello scrivere, poichè vi sono anche individui che « tartagliano » nella scrittura): dal che discende l'importanza psicologica del fenomeno.

b) L'aftongia ha pure molta affinità con la mogigrafia: essa è un crampo di coordinazione, che ricorda per certi riguardi le contrazioni iniziali toniche dei muscoli nella « malattia di THOMSEN », quando il soggetto vuole cominciare un atto o un movimento. Essa è molto rara, e non mi ricordo di averla osservata se non tre o quattro volte.

c) Certi tartagliamenti passeggeri sono indizio di epilessia: converrà indagare con somma attenzione se insieme col fenomeno disartrico accessuale vi sia contemporaneo obnubilamento della coscienza (vertigini, assenze, equivalenti epilettici). Altre volte sono fenomeni morbosi di origine isterica. Se sopravvengono verso la pubertà, si può sospettare la masturbazione: se in un adulto, l'abuso di alcoolici e di tabacco. Ed a questo proposito si ponga mente a non confondere colle disartrie dei paralitici i loro frequenti accessi transitorî di afasia motrice, che certe volte trovai diagnosticati per errore come « tartagliamenti emotivi ».

d) L'abburattamento delle parole, che caratterizza certe demenze croniche consecutive, è un fenomeno assai complesso, dove è difficile sceverare gli effetti della debolezza mentale (alogia) da quelli dell'esaurimento dei centri coordinatorî per la favella. Alcuni dementi biasciano le parole, come se avessero la bocca ripiena di alimento: altri le frastagliano e le cincischiano: vi è chi parlando da solo barbuglia suoni inintelligibili, e anche nei discorsi intoppica, fa pause inspi-

ratorie, travolge le sillabe, scambia le consonanti e le vocali, ecc. Qui abbiamo disordini misti, dove si confondono tutti i disturbi possibili della parola, dal semplice balbutire per debolezza di innervazione labio-linguale alle parafasie, catafasie e verbo-amnesie di origine corticale.

B) Le disartrie organiche degli alienati consistono nella diminuzione e perdita della facoltà di connettere i suoni in forma sillabica, perchè è alterata la formazione degli impulsi motorî nei centri (corteccia, corpi striati, nuclei bulbari), o perchè essi incontrano ostacoli nel trasmettersi all'apparato della favella (fibre di conduzione centrifuga, centro ovale, peduncoli, ponte, piramidi). In questi casi esiste spesso una perturbazione primitiva dei poteri mentali, che è, per così dire, connaturata al fenomeno disartrico, perchè il medesimo processo morboso altera i centri del pensiero e quelli del linguaggio (nella paralisi generale progressiva e sue varietà cliniche). Altre volte il disordine psichico è collegato alla disartria per semplice concomitanza fortuita di alterazioni, o per diffusione ascendente del processo patologico dalle parti inferiori dei centri nervosi alla corteccia (sclerosi disseminata, malattie del ponte, sclerosi nucleo-bulbare, malattie del midollo, e soprattutto sclerosi sistematica dell'apparato sensitivo o « tabe dorsale »).

Non abbiamo criterî clinici bastevoli a differenziare i disturbi articolatorî dovuti alla perdita delle imagini cinestetiche nei centri corticali delle parole, i quali sarebbero piuttosto *disfasie* nel vero significato del termine (veggasi al § seg.), da quei disturbi consimili che dipendono da un'imperfetta trasmissione degli impulsi motorî per le vie intracentrali soggiacenti, dal centro ovale, per le vie piramidali, sino ai nuclei del bulbo (Cfr. MARKOWSKI, « Arch. f. Psych. u. Nerv. », XXIII, 1890). Io credo col WERNICKE che i disordini della favella nella paralisi generale progressiva non siano solo di in-

dole disartrica, come credono altri alienisti (ad es. L. Bianchi e il Séglas), ma anche di indole strettamente disfasica, cioè derivanti dalla diminuzione della memoria motrice del linguaggio: e ce lo prova il fatto indiscusso che il processo patologico comincia d'ordinario nella corteccia (periencefalite), e da principio non incoglie le vie di conduzione, nè i centri subcorticali (Westphal). Nè vale obbiettare che in taluni paralitici morti precocemente si sia trovata degenerazione primitiva nei nuclei bulbari del nervo ipoglosso e facciale (Lubimoff): il fatto più comune è che il processo vi si diffonde solo in uno stadio avanzato della malattia, o, tutto al più, vi si svolge contemporaneamente a quello corticale.

Le disartrie organiche hanno un carattere essenzialmente *paralitico* od *atassico*, e si distinguono dalle funzionali, perchè non hanno turbe respiratorie, nè sentimento esagerato di sforzo muscolare: moltissime volte non sono neppure avvertite dalla coscienza dell'infermo. Ora la articolazione sillabica è lenta, tremula, sforzata (*bradiartria*); ora è intercisa e scandente (*mogiartria*); ora anche è spostata la normale collocazione delle vocali e consonanti di che si compongono le sillabe (*parartria*); ora, in fine, è più o meno abolita la facoltà di formare le sillabe e quindi le parole (*anartria*). Così la disarticolazione della favella, pur cominciando ordinariamente dai disturbi più miti che non hanno bisogno della paralisi vera per manifestarsi, giunge ai più gravi che si confondono con le dislalie, e sono di indole propriamente paralitica: sull'aggravarsi dei sintomi si può anzi, fino a un certo punto, stabilire le fasi progressive della malattia (per es. nella paralisi generale, nella sclerosi multipla, nella bulbare, ecc.). Tuttavia, la pratica mostra nello stesso infermo le combinazioni più intralciate e le successioni più varie di fenomeni disartrici, disfasici e dislalici: la classificazione dei disturbi del linguaggio è puramente teorico-scolastica.

a) La bradiartria consiste in una lenta sillabazione: le parole sono costituite normalmente, i suoni semplici si connettono in sillabe esatte, ma esistono pause intersillabiche: il malato parla come se compitasse (**ar..ti..glie..ri..a, - tre..mi..la tre..cen..to**). Spesso ciascuna sillaba è strascicata (parola esitante), o vi è tendenza a porre sulle vocali un accento lungo (parola esplodente); certe volte l'allungamento del suono è reso con un leggero tremito della voce (parola imbarazzata).

b) Quando la sillabazione, oltre di essere lenta, è accompagnata da una leggera esplosione con tremito sul principio di ciascuna sillaba, si ha lo scandimento della parola, come se il malato misurasse dei versi secondo le norme della prosodia (**ar..ti..gliè..rì..a, - trè..mi..là..tré..cèn..to**, ecc.). Questo disturbo, apparendo di indole spasmodica, merita il nome di mogiartria, è caratteristico della sclerosi multipla, ma lo si osserva anche nell'epilessia di vecchia data, nella compressione cerebrale da tumore, ed in alcuni alienati paralitici.

c) La parartria si presenta in più modi, ed è sempre importantissima per la diagnosi. Talora è uno spostamento semplice delle lettere che formano una sillaba, e si confonde facilmente con una parafasia (**ra..ti..glie..ri..a**); tal'altra è la sostituzione di suoni consimili (**artaglialia**); spesso consiste in pleonasmi letterali, cioè nell'aggiunta inutile di lettere, massime vocali (**artriglieria, tetearo, trerecento**), o anche in pronunzie confuse di sillabe che hanno una certa consonanza con quelle costituenti la parola (**ratraglialia, rartreglia, artreraja**, ecc.). Più significativa ancora è l'elisione parziale o totale di sillabe (**tremila trecento tre**, o **tremilatrentatre** per 3333); ma in allora sembra piuttosto dovuta ad una amnesia verbale, e dovrebbe descriversi fra le disfasie.

d) La impossibilità della sillabazione, l'anartria, è l'ultima tappa nella dissoluzione del linguaggio articolato: al di là non esiste più che la facoltà di formare qualche suono confuso, gutturale, palatale o labbiale (barbugliamento, brontolio inintelligibile), e per ultima rimane la semplice funzione fonetica (gridi inarticolati, interjezioni puramente vocali senza consonanti). È la fase raggiunta negli stadî paralitici estremi, ed è per lo più associata con lesioni di nutrizione dei muscoli (amiotrofie linguali, labbiali) e con degenerazione dei nervi pe-

riferici (ipoglosso, laringeo). Ma gli indizî di queste condizioni morbose organiche dell'apparato fonetico si mostrano già nelle precedenti più miti forme di disartria. La lingua è tremula, percorsa da contrazioni fibrillari, deviata da un lato, retratta sul piano della cavità orale o verso la glottide, incolta da atrofia totale o da emiatrofia, talvolta invece ingrossata, irrigidita, senza capacità di moti propulsivi. Le labbra pure sono tremolanti, oppure si contraggono sardonicamente: altre volte stanno pendule e cascanti. La faccia è ora affatto immobile ed inerte come una maschera, ora percorsa da spasmi muscolari paramimici, ora è asimmetrica per emiparesi ed emiatrofia (Cfr. Vol. I, pag. 251-254 e 266; Vol. II, pag. 266).

Tutti questi fenomeni disartrici, massime quelli del terzo e quarto ordine, si osservano nella paralisi generale degli alienati: ne sono, quasi, un sintomo patognomonico (Brosius, Zenker, A. Voisin, Mickle . .). In una prima fase, vi è semplice incespicamento accessuale: il malato intoppa in certe sillabe, massime se parla sollecitamente o sotto un'emozione, ma nel lento discorrere il difetto si corregge. Più avanti, si ha l'imbarazzo continuo della parola: questa diviene strascicata, esitante, e già presenta caratteristici intralciamenti sillabici. In una terza fase appare lo scandimento e la deformazione della parola: questa è intercisa, e sempre più vi si confondono e spostano i suoni. Poscia, si ha l'abburattamento, cioè la confusione intrasillabica e la deformazione dei suoni, ultimo viene il barbugliamento inintelligibile. I disordini logici del linguaggio e i perturbamenti di innervazione camminano *pari passu* con quelli di articolazione; di guisa che la guida classica per il diagnostico precoce della paralisi è data dall'imbarazzo della parola, dalla rigidità e disuguaglianza delle pupille, dal tipico delirio che nasconde fin dai primordî il progressivo indebolirsi della mente. Da prima, intanto, non v'è propriamente paralisi (lo si vede col glossodinamometro), ma disturbo piuttosto atassico: più tardi compare e sempre più si accentua l'indebolimento motorio. Pel diagnostico differenziale gioverà rammentare quanto segue: 1.° nella sclerosi multipla si ha soprattutto parola lenta, monotona, scandita, con pause intrasillabiche ed intraverbali; 2.° nell'alcoolismo cronico la parola è imbarazzata per tremollo della lingua,

ma il tremore è più grossolano di quello della periencefalite; 3.° nella paralisi labio-glosso-faringea il tono della voce è nasale, difettano soprattutto le labiali e linguali, non vi è però mai inciampo sillabico e vi è deflusso della saliva dalla bocca (certi stadî avanzati della paralisi ci dànno però lo stesso quadro); 4.° nei reliquati apoplettici e nei rammollimenti parziali la parola appare pronunziata come se la bocca fosse piena di cibo ed il bolo alimentare poggiasse sulla base della lingua: per di più, vi sono frequentemente le sindromi disfasiche (amnesia, sordità, cecità verbale); 5.° nella epilessia di vecchia data vi è lentezza della parola senza incespicamento, talvolta con balbuzie e tartagliamento coreico-labiale.

91. **Esame dei disturbi nel meccanismo formale del linguaggio interno (« Disfasie »).** — Secondo le opinioni oggidì prevalenti nella patologia cerebrale, noi riserviamo il nome di Disfasie a quei disordini della parola, che dipendono da un' alterazione del linguaggio in quanto esso è costituito di imagini verbali depositate nei centri mnemonici della corteccia. Noi abbiamo visto quali sieno, come si acquistino e dove risiedano le imagini, dalla cui evocazione ed associazione risulta la nostra capacità di pensare internamente in parole, di comprenderle quando le udiamo e leggiamo, e di eseguirle esprimendoci colla voce o con lo scritto. Se i singoli centri di questi elementi formatori del *linguaggio interno* (la cui attività differisce in ciascun individuo) soggiacciono ad un processo patologico, che può essere distruttivo od irritativo, organico o funzionale, sarà pure alterata in perdita od in eccesso la partecipazione loro al meccanismo della parola pensata od espressa.

Codesti disturbi della « funzione linguaggio » (Simon, Séglas) corrispondono a ciò che la Clinica da lungo tempo designa come *Afasie*, ma la loro esatta descrizione è di data recente. Essi stanno in un campo intermedio fra la Neuropatologia e la Psichiatria, e si possono presentare all'alienista in tre casi diversi: 1.° *Disfasici alie-*

nati, o, meglio, afasici con sindromi simulanti i disturbi mentali; 2.° *Alienati divenuti disfasici*, con sindromi della comune « afasia » complicante i disturbi mentali 3.° *Alienati disfasici* propriamente detti, nei quali il disordine mentale si basa in tutto o in parte su di un disturbo nella funzione corticale rappresentativa delle imagini sensorie e cinestetiche verbali, cioè del linguaggio interno (disfasie psichiche).

a) Le differenze individuali per rispetto al linguaggio interiore, di cui parlammo in un paragrafo precedente, non devono essere senza influenza sulla sintomatologia clinica delle alienazioni mentali, allo stesso modo che agiscono sui caratteri dell'afasia comune. È evidente che negli individui di tipo uditivo i disturbi della funzione linguaggio toglieranno di preferenza l'udizione mentale, in quelli di tipo visivo la visione mentale, ed in quelli di tipo motorio la articolazione interna della parola, e fors' anco (fatto poco studiato) la scrittura interna. Esaminando le alterazioni disfasiche nel pazzo, sarebbe dunque opportuno una ricerca preliminare sul suo tipo personale di linguaggio interiore; ma è ricerca che, esigendo una minuta introspezione, incontra gravi difficoltà anche nei sani di mente e non sempre è possibile negli alienati, poichè la maggioranza di costoro non ci sa dare ragguagli precisi sui fenomeni di coscienza. Tuttavia, ricorderò qui i caratteri precipui, dai quali si riconosce ciascun tipo secondo la mia osservazione personale, e secondo quanto ce ne dicono gli psicologi appartenenti all' uno o all'altro (Cfr. i primi risultati d'un'inchiesta su ciò in G. SAINT-PAUL, *Essais s. l. Langage intérieur*, Lyon—Parigi, 1893).

1.° L'*uditivo* ha generalmente buona ed acuta la percezione dei suoni: il suo orecchio musicale è più o meno fino: egli si ricorda bene di ciò che ha inteso, delle conversazioni tenute davanti a lui, delle arie e melodie ascoltate, e i suoi ricordi uditivi si presentano colle qualità vere (altezza, intensità, timbro) delle sensazioni sonore percepite: ritiene più agevolmente ciò che gli si dice, e meno ciò che legge: impara con facilità le lingue straniere che ode parlare. Quando pensa,

ode internamente, mentalmente, le parole: se medita, si sottrae soprattutto ai rumori esterni, ed allora sente come una voce interiore che gli parla (*udizione verbale*): i suoi sogni assumono specialmente un carattere di rappresentazione sonora (i personaggi vi parlano, più che non vi agiscano). Egli ha attitudine alla musica: nel discorrere, si ascolta volontieri: la sua oratoria è più faconda che eloquente, in quanto si giova soprattutto delle conoscenze acquistate coll'udizione nei rapporti sociali. — [Si può determinare sperimentalmente l'energia dell'udizione mentale, facendo fare all'individuo esercizî di memoria su brani che gli si leggono, su arie musicali che gli si cantano, ecc.].

2.° Il *visuale* ha la vista acuta, o per lo meno abituata a osservare minutamente le cose (lettere); in lui il senso dei colori e delle forme e l'occhio geometrico son molto sviluppati: le sue attitudini sono per le arti figurative e plastiche. Egli si ricorda meglio di ciò che ha visto e letto, che di quanto ha udito: ha una eccellente memoria delle fisonomie, dei luoghi, dei quadri, dei libri letti, dei disegni osservati: pensando a una cosa o ad una persona, se le rappresenta come se le vedesse davanti: le idee astratte assumono nel suo pensiero una forma ed una estensione (così pensando all'infinito avrà la imagine di un grande spazio nero od azzurro, ecc.). Egli si ricorda degli avvenimenti, ricomponendo la scena e disponendo i personaggi nei modi e negli atti veduti. Pensando, legge mentalmente come se le parole fossero scritte, per lo più in caratteri di stampa (*visione verbale*), e però ha una eccellente memoria per le date storiche, per le cifre, per la geografia, perchè ne ha acquistata la nozione colla lettura: se recita una poesia, ne vede mentalmente i versi: se medita, cerca sottrarsi alle impressioni luminose (chiude gli occhi): i suoi sogni assumono più spesso il carattere di scene attive, dove i personaggi appajono distinti sul fondo di paesaggi vivaci: egli ha il gusto delle scienze esatte, perchè tende ad osservare. — [Si sono imaginati varî processi sperimentali per stabilire l'energia della visione mentale (« mental imagery » degli inglesi). Il GALTON, l'HÈRICOURT, il LACASSAGNE, le Società per le ricerche psichiche di Londra e Parigi, hanno diffuso questionarî adatti: in sostanza, l'individuo interrogato deve dare

ragguagli: *a*) sul modo con cui ricorda le figure geometriche, i disegni, le cose e persone vedute: *b*) sul modo con cui si rappresenta mentalmente, in forma visiva, certe idee astratte.

3.° Il *motorio* ha sviluppato il senso muscolare, e si ricorda facilmente le qualità fisiche dei corpi (peso, resistenza): ha una buona memoria degli atti compiuti, e così acquista con grande agevolezza attitudini meccaniche e tecniche (calligrafia, disegno, scherma, nuoto, giuochi ginnici, esecuzione musicale). Se ne hanno due varietà: il motorio per *articolazione verbale*, e il motorio per *rappresentazione dei movimenti grafici*. — Il primo parla mentalmente ciascuna parola: meditando, prova una sensazione di sforzo nei muscoli della loquela, ed è tratto a pronunziare piano le parole rispondenti al suo pensiero: così discorre soventi volte da solo, ciò che gli avviene soprattutto per le lingue straniere. Nel sogno imagina per lo più di parlare e di agire, ed emette inconsciamente esclamazioni e moti. Per imprimersi una cosa nella memoria, ricorre all'artifizio di ripeterla ad alta voce: leggendo con attenzione, ha bisogno di articolare le parole di cui vede i segni grafici. — Il secondo (che è raro) ha una grande memoria dei movimenti della scrittura: volendosi rappresentare una cifra, una data, una parola di idioma straniero, la pensa come se la scrivesse, e soventi volte esegue inconsciamente i moti muscolari della scrittura. — [Io ho, pel primo, imaginato metodi sperimentali per lo studio della rappresentazione mentale dei movimenti (cfr. Vol. I, pag. 409 e 413): dopo di me fecero analoghe ricerche il Beaunis, l'Hèricourt (« Rev. philos. », passim), il Galton, e altri psicologi, massime nell'ipnotismo (Binet, Fèré, Paolo Janet). Il prof. Charcot ha inventato un ingegnoso apparecchio, col quale è permesso diagnosticare la amnesia cinestetica di determinati movimenti, ad es. la scrittura, e di sceverarla dalle anestesie semplici].

Come varietà individuali, che stanno sul confine della morbosità (neuropatici), meritano qui menzione quelle curiose associazioni rappresentative, in cui, ad esempio, l'imagine acustica risveglia una data imagine luminosa (*udizione colorata*), oppure la visiva una uditiva (*visione sonora*). L'individuo connette ad un suono letterale sillabico o verbale un dato colore, rosso, azzurro, nero, bianco; oppure un segno grafico, una

parola scritta gli evocano l' imagine di un dato suono, acuto, grave, armonico, disarmonico, ecc. Lo stesso fenomeno si verifica, del resto, normalmente nelle sensazioni inferiori dell'olfatto, del gusto, del tatto (*olfazione sapida, gustazione odorosa, contatto voluttuoso, voluttà dolce* o *amara*, ecc.): sarebbe, dunque, un regresso della sensibilità. Vi è oggi, massime in Francia, un' intera scuola letteraria, quella dei mistici « decadenti » o « simbolisti », che ha assunta a criterio estetico l'impressione colorata del suono o segno grafico, e che senza dubbio è di origine isterico-degenerativa (MAX NORDAU).

b) L'esame clinico delle disfasie degli alienati dev'essere diretto a scoprire come ciascun malato si comporti nelle seguenti parziali manifestazioni del linguaggio parlato (dello scritto tratteremo più avanti): — 1.° *Comprensione delle parole dette da altri:* noi interroghiamo il pazzo, gli dirigiamo ordini, gli designiamo persone ed oggetti, e poniamo mente se egli comprende il significato delle nostre frasi e delle nostre designazioni: questo ci dimostra lo stato della sua udizione verbale, e quindi la capacità funzionale dei suoi centri acustici; 2.° *Parola articolata volontaria:* si indaga come parli il malato, tanto dopo provocazione dei nostri discorsi, quanto nelle sue manifestazioni spontanee della loquela: ne desumiamo lo stato della memoria motrice verbale, e quindi la condizione del centro corticale motorio della favella; — 3.° *Parola ripetuta:* osserviamo se il malato ripete esattamente le parole udite, e da ciò rileviamo se la memoria acustica e la motrice verbale siano in lui conservate, e se sia mantenuta la comunicazione fra i centri uditivo e motorio della corteccia.

Per determinare i disordini subbiettivi della funzione del linguaggio (paralisi o spasmo ideo-verbale; allucinazioni; imagini ossessive ed impulsi verbali), ci gioviamo dei varî procedimenti di indagine ejettiva già descritti in precedenza, cioè dell' interrogatorio, delle comunicazioni spontanee orali (e scritte), e degli atti del pazzo in quanto sono collegati alla rappresentazione ed all'articolazione interna delle parole (mutismo, esclamazioni, parole e frasi pronunziate in mezzo al discorso, intercalari, monologhi).

Le disfasie degli alienati potrebbero dividersi, secondo il punto di vista anatomo-patologico, in *organiche* ed in *funzionali* (SÉGLAS); ma per una descrizione semejotica, mi sembra preferibile partire dal criterio psicopatologico. La « funzione linguaggio » può dissolversi in due modi: — 1.° perchè si perde o si sospende in tutto o in parte l'attività dei singoli centri mnemonici del linguaggio, e con ciò si cancella o si oscura qualche categoria particolare di imagini verbali (*Afasie amnestiche* propriamente dette); — 2.° perchè l'attività degli stessi centri si esalta, si perverte, e ne nasce una sovraeccitazione patologica delle corrispondenti categorie di imagini verbali (*Disfasie ipermnestiche*).

Una questione preliminare, che interessa la ricerca sulle disfasie del pazzo e sulla loro importanza nel quadro sintomatico delle psicopatie, è quella della *localizzazione della funzione linguaggio nell'emisfero cerebrale sinistro*. È a tutti noto che questa localizzazione riguarda specialmente il centro verbo-motorio (BROCA) e quello grafo-motorio (EXNER), e che l'essersi trovata a destra la lesione causante il disordine afasico negli individui mancini (KUSSMAUL, CHARCOT . . .) è una conferma della normale prevalenza funzionale della metà cerebrale di sinistra nella memoria delle imagini motrici verbali. La stessa prevalenza, quantunque più incerta, sembrano avere i centri del medesimo lato per la memoria delle imagini acustiche e visive (NOTHNAGEL, SEPPILLI, BIANCHI . . .); per cui si potrebbe affermare che rispetto all'udizione verbale, alla parola, alla scrittura e lettura noi siamo ordinariamente mancini di cervello. Questo unilateralismo cerebrale è forse l'effetto di una specificazione adattiva delle cellule psichiche, la quale è stata nella specie ed è tuttora nel bambino preceduta da un periodo di omogeneità funzionale. In prova di ciò sta il fatto che l'azione mancante o deficiente di un dato centro verbale può essere assunta da zone finitime della corteccia o dalla corrispondente regione del lato opposto (« supplenza funzionale », rieducazione degli afasici, scrittura con la mano sinistra, ecc.). Ad ogni modo, ci dobbiamo chiedere: — la loca-

lizzazione del linguaggio esercita qualche influenza sui fenomeni psico-patologici?

La risposta a tale domanda dev'essere senza dubbio affermativa per quanto concerne le cerebro psicopatie, cioè le malattie mentali svolgentisi su base anatomica conosciuta (paralisi generale progressiva, demenze organiche, demenze senili, frenosi tossiche, idiotismi convulsivi . . .). Ma per quanto concerne le vesanie semplici, cioè le psiconeurosi e le psicosi, le nostre nozioni sulla possibile unilateralità dei disturbi endofasici sono assai scarse, quasi nulle. Sappiamo che vi sono allucinazioni verbali acustiche, e forse anco visive, da un solo lato, e che in casi rarissimi si può osservare una diversità bilaterale delle stesse allucinazioni (per es. due voci o due fantasmi differenti); ma le induzioni cliniche si limitarono fin qui ad ammettere la possibilità che nel primo caso l'eccitazione abbia incolto i centri di un solo emisfero, forse prevalentemente del sinistro, e che nel secondo esista uno sdoppiamento o un antagonismo funzionale fra i centri dei due lati, dove a me pare si tratti, invece, d'una semplice associazione di contrasto, cioè di una rappresentazione successiva di imagini ed idee opposte.

Si potranno chiarire questi punti oscuri di psico-patologia quando venga determinato in ciascun caso il tipo individuale di prevalenza centro-corticale, cioè se nell'attività del cervello prevalga l'emisfero sinistro oppure il destro. A tale scopo servono le indagini sullo sviluppo fisico delle due metà del corpo (craniometria, antropometria, volume delle ossa e dei muscoli, sulla forza muscolare (dinamometria, ergografia), sulla coordinazione dei muscoli (atti delicati eseguiti con l'una o con l'altra mano), sulla scrittura (possibilità di scrivere con la sinistra, scrittura a specchio), sulla sensibilità tattile e termica (estesiometria), sulla acutezza dei sensi specifici (vista, udito, e fors'anche l'olfatto).

I. I caratteri clinici delle Afasie amnestiche sono oggidì ben conosciuti. Arrestandoci qui al solo linguaggio parlato, noi possiamo avere nei pazzi i due tipi nosografici della *afasia sensoriale* (tipo Wernicke-Kussmaul) e dell'*afasia motrice* (tipo Bouillaud-Broca).

Nel primo caso sono diminuite o cancellate del tutto le imagini acustiche verbali in causa di una corrispondente alterazione del loro centro, ed il malato ci offre i caratteri delle tre forme di sordità corticale: dell'assoluta, della psichica, della verbale. Nel secondo caso è distrutto o alterato il centro delle imagini motrici, ed il malato ha perduto più o meno completamente la facoltà di articolare le parole. Naturalmente nei pazzi-afasici e negli afasici-dementi i sintomi sono assai complessi: ai disordini della parola si connettono quelli dell'intelligenza, e si ha un quadro clinico intricatissimo, dove spesso risulta vano cercare la precisa riproduzione dei tipi nosografici schematicamente descritti nei trattati.

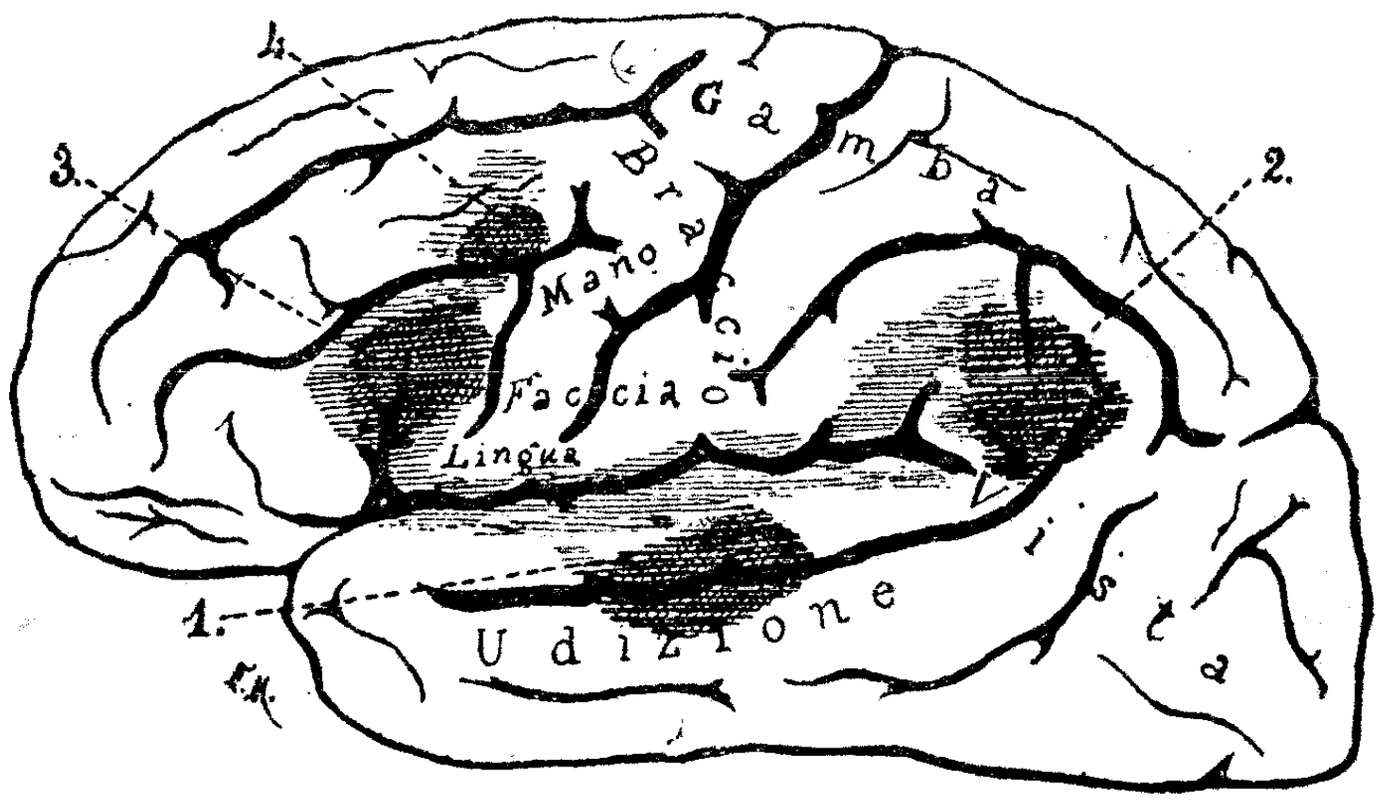


Fig. 104. — Schema raffigurante le lesioni corticali nei quattro tipi puri di afasia, secondo le ultime osservazioni anatomo-patologiche.

a) Non è mio còmpito dare qui la descrizione nosografica delle Afasie amnestiche: rinvio lo studioso ai trattati generali di Neuropatologia (WERNICKE, NOTHNAGEL, SEELIGMULLER, GRASSET, STRUMPELL, L. BIANCHI, HIRT, BLOCQ-ONANOFF, ecc.), e più ancora alle monografie speciali (KUSSMAUL, LEGRAND-DU-SAULLE, CHARCOT, LICHTHEIM, BATEMAN, BERNARD, BALLET,

Ross, SEPPILLI . . .). Tenendo conto di tutti gli studî in proposito, le afasie comprendono tre gruppi sintomatici diversi:

1.° Le afasie centrali, in cui la lesione è limitata ai singoli centri o aree corticali del linguaggio. — Si ha allora l'abolizione o sospensione di una data categoria di rappresentazioni verbali, e il quadro clinico si mostra in tutta la sua purezza (CHARCOT e la scuola francese): sono però casi rarissimi. Le afasie centrali pure, cioè le abolizioni dei singoli gruppi di imagini verbali, sono chiaramente distinte nel seguente prospetto e nelle aree ombreggiate della fig. 103:

FUNZIONI ONTOGENETICHE DEL LINGUAGGIO	ELEMENTI MNEMONICI DEL LINGUAGGIO	FORME DI AFASIA PURA
Ricezione (*Funz. centripete*)	1. Udizione delle parole.	I. Afasia sensoriale. — Sin.: sordità verbale, afasia del WERNICKE.
	2. Lettura delle parole.	II. Alessia. — Sinon.: cecità verbale, sindrome del KUSSMAUL.
Esecuzione (*Funz. centrifughe*)	3. Articolazione delle parole.	III. Afasia motrice. — Sinonimi: afemia, afasia del BROCA.
	4. Scrittura delle parole.	IV. Agrafia. — Sinonimi: sindrome di OGLE-EXNER.

2.° Le afasie di conduzione, quando il processo morboso lascia intatti i centri e altera invece le vie associatrici che collegano ciascun centro ai suoi congeneri. — In allora l'afasia non dipende dalla perdita di un gruppo di imagini, ma dalla rottura delle relazioni che le imagini dei varî gruppi mantengono fra loro, in conformità delle leggi filogenetiche ed ontogenetiche del linguaggio (WER-

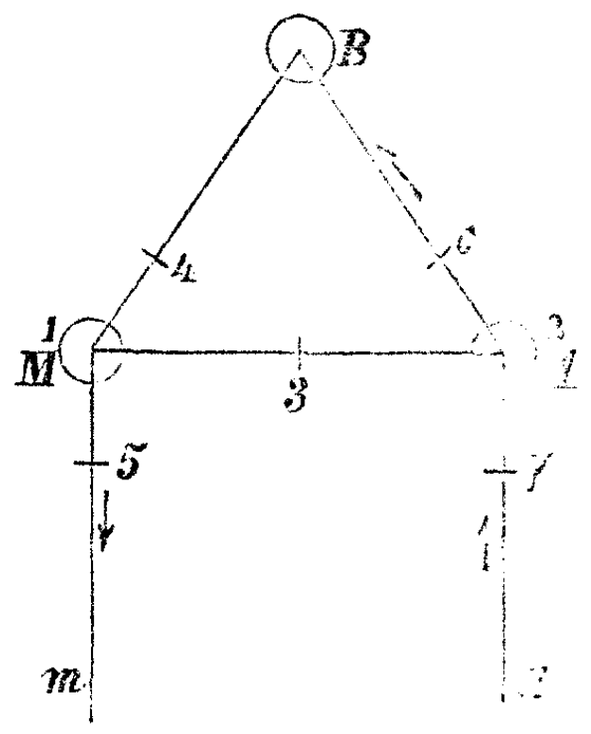


Fig. 105. — **Schema dell arco riflesso del linguaggio parlato, secondo LICHTHEIM.**

[*a*, **Via centripeta del nervo acustico**; **A**, **Centro delle imagini acustiche verbali**; **B**, **Centri ideogenetici**; **M**, **Centro delle imagini motrice verbali**; *m*, **Via centrifuga ai muscoli della loquela**].

NICKE, LICHTHEIM e la scuola tedesca). — Le afasie di conduzione sarebbero teoricamente sei, poichè due delle forme descritte dal LICHTHEIM, e raffigurate nei suoi ben noti schemi, corrispondono a due delle afasie pure, alla sensoriale ed alla motrice (fig. 104, M_1 , A_2). Le altre sei forme sono date: — 1.° dall'interruzione della via di comunicazione fra il centro delle imagini acustiche e quello delle motrici verbali ($AM_{,3}$); — 2.° dall'interruzione delle vie che collegano i centri ideogenetici col centro ideo-motore della loquela ($MB_{,4}$), — 3.° dalla intercezione degli impulsi motorî sulle vie di conduzione centrifuga verso gli apparati della loquela ($Mm_{,5}$); — 4.° dalla rottura dei vincoli associativi fra il centro acustico verbale e i centri ideogenetici ($AB_{,6}$); — 5.° dall'impedimento delle percezioni sensoriali uditive lungo le vie centripete ($Aa_{,7}$); — 6.° dalla perdita delle comunicazioni fra i due centri sensoriali, l'acustico e il visuale (cfr. al § 95).

3.° Le afasie combinate, in cui il disordine cerebrale non si limita a punti precisi dell'area di localizzazione e delle vie conduttrici del linguaggio, ma ne lede parecchi più o meno profondamente in un sol tempo. Queste afasie combinate sono in realtà le più comuni: in esse le lesioni cerebrali occupano due o più centri in una volta, oppure le lesioni dei centri si associano a quelle delle loro vie di comunicazione, o anche la lesione si approfonda e prende le fibre sub-corticali, i nuclei dei corpi striati, e le linee di trasmissione verso il ponte e il bulbo. Le sindromi cliniche sono svariatissime e quasi sempre molto complicate (combinazioni della sordità verbale con la afasia motrice, dell'afasia atassica con l'agrafia, della cecità con la sordità verbale, della sordità psichica o verbale con l'afasia e l'agrafia, ecc.).

b) Per distinguere clinicamente i tipi dell'afasia noi ci serviamo dei criterî semejotici forniti dalla contemporanea abolizione e conservazione di determinate facoltà ricettive ed esecutive del linguaggio. E così, limitandoci qui alle forme pure riguardanti il linguaggio parlato, porremo attenzione ai fatti seguenti:

1.° Se sono *abolite* la parola volontaria spontanea, la ripetizione esatta delle parole, la lettura ad alta voce, la scrit-

tura spontanea e la scrittura sotto il dettato; e sono *conservate* la comprensione acustica delle parole, la comprensione delle parole scritte, la possibilità di copiare: — avremo l'afasia motrice (tipo BROCA) con integrità della mente.

Notiamo però che l'afasia organica assoluta è rara, e questo può servire a differenziarla dall'afasia funzionale che assume ordinariamente nei pazzi i caratteri del mutismo completo. Gli afasici conservano per lo più qualche suono articolato, o monosillabo, o esclamazione (**eh eh, ahà, sì sì, no no, mah**), qualche parola o brano di frase (p. es. **mamma, papà, grazie, Dio mio, Ave Maria**, ecc.). Certuni emettono soltanto parole storpiate e grottesche, associazioni di suoni senza senso, che costituiscono tutto il loro vocabolario (p. es. **cusì cusisi, papan, macassa-macassa**). Altri conservano la facoltà di articolare i singoli suoni costituenti le parole, ma le invertono, le confondono, le spostano: sono cioè affetti da « afasia atassica ». Vi sono pure gli afasici, nei quali il disturbo si limita a scambiare le parole che vorrebbero esprimere con altre, sia di diverso significato, sia consimili nell'assonanza fonica (diranno **penna** per « forbice », **bastone** per « cappello », o **crata** per « carta », **biglietto** per « bigliardo », ecc.): è la così detta « parafasia » che ha numerose varianti. Un gruppo di altri malati ci offre invece il curioso fenomeno di elidere parte della frase e di concentrarla in un solo termine: per dire « *ho veduto un uomo* », oppure « *questa minestra è calda* », diranno semplicemente **uomo, calda**. Tale sindrome, che ebbe da STEINTHAL il nome di « acatafasia », rientra piuttosto nella classe delle disfrasie, e così vi rientrano il *disgrammatismo* (KUSSMAUL) e l'*asintattismo* (STEINTHAL), che consistono nella perdita delle norme grammaticali e sintattiche.

Più strettamente in rapporto coi disturbi della coordinazione motrice centrale della loquela, sono quelle afasie specifiche che riguardano le singole categorie di ricordi verbali, e dovrebbero dirsi ipomnestiche. Può essere perduta una parte sola di ciascuna parola (per es. le consonanti, le lettere iniziali, l'ultima sillaba, cioè i fonemi di flessione); oppure tutta una classe di vocaboli (per es. i nominali). Sotto quest'ultimo riguardo le afasie per amnesia specifica hanno avuto un'importanza suprema nella Psicologia moderna, dimostrando che

noi abbiamo diverse memorie, cioè categorie particolari di ricordi accumulati nel nostro cervello, e non già una facoltà generale astratta della memoria. La dissoluzione della memoria verbale soggiace alla solita legge: è inversa alla sua evoluzione nell'individuo (e nella specie). Dapprima si perdono i nomi proprî individuali, poi i nomi concreti delle cose, quindi i sostantivi, infine gli aggettivi e i verbi che esprimono qualità, modi di essere ed azioni (cfr. T. RIBOT, *Les Maladies de la Mémoire*, 7me édit., 1891). Nell'ipnotismo si possono artificialmente provocare tutte queste amnesie parziali.

2.° Se sono *abolite* la comprensione del linguaggio, la possibilità di ripetere le parole, cioè la parola in eco, la possibilità di scrivere sotto dettato, la lettura ad alta voce; e sono *conservate* la parola spontanea, la scrittura volontaria, la facoltà di copiare: — noi avremo l'afasia sensoriale acustica, cioè la sordità verbale (tipo WERNICKE).

Anche questa forma offre in pratica le più varie apparenze, a seconda che l'individuo serba più o meno la facoltà di comprendere i suoni in genere e i diversi suoni verbali. Alcuni malati non intendono più alcun suono, e di conseguenza non posson comprendere neppure le parole: è la *sordità corticale assoluta* (MUNK). Altri intenderà i suoni, ma non ne comprenderà il significato, e però non comprenderà neanco le parole: è la *sordità psichica*. Un terzo gruppo, assai raro del resto, corrisponde alla *sordità verbale* tipica: essi intendono i suoni verbali, ma hanno perduta la facoltà di rappresentarsene il significato, e li sentono come rumore, come mormorìo indistinto e confuso. Pertanto, e lo abbiam visto anche per l'amnesia motrice, l'amnesia uditiva è di rado completa, cioè non riguarda quasi mai tutte le imagini verbali: nel più dei casi la perdita tocca soltanto una parte od una categoria di esse, cioè è parziale; sussistono soprattutto le rappresentazioni acustiche verbali emotive, ad esempio le musicali. Si noti che le impressioni visuali (quando è intatta l'area delle imagini visive) possono supplire la mancanza di quelle acustiche: l'individuo affetto da sordità verbale guarda i moti delle labbra dell'interlocutore, o legge la parola scritta, ed in tal modo si aiuta per rispondere alle domande, giungendo anche a celarci il suo disordine cerebrale.

L'afasia si associa alla pazzia in due modi. — Talvolta la *precede;* e allora si tratta di afasici comuni, nei quali il processo morboso cerebrale induce, oltre al disordine del linguaggio, un più o meno profondo perturbamento mentale (demenza post-apoplettica). — Oppure la *sussegue*; e allora si tratta di alienati che diventano afasici, perchè la psicopatia è legata per sè stessa ad una affezione cerebrale organica diffusa (periencefalite della paralisi generale progressiva), o perchè nel decorso cronico d'una pazzia si ha una degenerazione morbosa della corteccia e dei suoi vasi (processi necrobiotici e disturbi apoplettoidi delle pazzie sistematiche consecutive, delle demenze terminali, delle epilessie di lunga data, ecc.).

Tutte queste afasie sono di indole *organica*, hanno cioè un substrato anatomico ben netto: ma durante lo svolgimento d'una psiconeurosi, si può alterare il dinamismo funzionale dei centri della loquela, ed il pazzo presentarci transitoriamente, o finchè dura il suo disordine mentale, delle vere sindromi disfasiche (amnesia e sordità verbale, mutismo, afasia atassica, parafasia). Quest'ultima eventualità soltanto è in immediata dipendenza dal disordine mentale; ne costituisce anzi una manifestazione importante e abbastanza comune, perchè la possiamo osservare nelle melancolie, nell'isterismo, nelle pazzie neurasteniche, nell'ipocondria, nelle psicosi tossiche, e, con modalità ancor più caratteristica, nella epilessia. Non ne conosciamo ancora la causa patologica, e perciò adottiamo il nome provvisorio di *afasie funzionali* (Sèglas): ma è verosimile che esse si producano, ora per spasmi vasomotorî intensi e parziali della corteccia, ora per esaurimento dei centri, ora per accumulo o mancata eliminazione di sostanze di metamorfosi regressiva, ora anche per azioni inibitorie intracorticali d'origine oscura.

A) Rispetto alle Disfasie amnestiche organiche, conviene distinguere, come già abbiamo visto, gli afasici comuni, spesso dementi, dai pazzi divenuti afasici.

a) Certi afasici comuni possono essere, a prima vista, confusi coi pazzi. Il non comprendere le domande, il non rispondere, il pronunziare parole e frasi staccate, il parlare a casaccio, l'invertire i nomi degli oggetti e delle persone, la mimica stravagante, la irritabilità consueta di carattere, sintomi tutti non infrequenti dell'afasia volgare, sono apparenze ingannatrici che simulano talvolta vere e proprie alterazioni dell'intelligenza. Si aggiunga che ordinariamente il processo morboso, causa dell'afasia, provoca lesioni corticali e sub-corticali diffuse, multiple, inguaribili; e così dà origine ad una diminuzione dei poteri mentali (demenza post-apoplettica od emiplegica, demenza senile organica). L'anamnesi accurata basterà a dilucidare il diagnostico.

b) Gli alienati divenuti afasici comuni ci mostrano sindromi complesse, che dipendono dall'innestarsi della disfasia sulla psicopatia preesistente. Quando l'afasia è stabilita da un certo tempo, il diagnostico psichiatrico ci riesce molto difficile, stantechè l'afonia, la sordità verbale e gli altri disturbi consimili del linguaggio possono nasconderci i disordini della mente, le allucinazioni, i delirî, i pervertimenti affettivi. Ci gioveremo anche qui dell'anamnesi e del più scrupoloso esame obbiettivo (sintomi di lesa motilità, di lesa sensibilità, di leso trofismo, ecc.). Con una indagine minuta non ci riescirà impossibile sceverare ciò che riguarda strettamente il lato ricettivo ed esecutivo del linguaggio da ciò che spetta al suo contenuto ideativo; tuttavia incontreremo sempre dei casi molto dubbî. Così certi afasici offrono più o meno alternati fenomeni che più innanzi vedremo caratteristici dei pazzi: ad esempio la emissione di parole oscene, di ingiurie, di bestemmie (*coprolalia*), l'impulso irresistibile a riprodurre le parole e le domande, e ad imitare i suoni (*ecolalia*), la ripetizione monotona di uno stesso vocabolo o d'una stessa frase (*monofrasia*), la mancanza di costruzione grammaticale e di sintassi nel discorso (*agrammatismo, asintattismo*), ecc. Altri afasici, con i loro discorsi incomprensibili e atassici, con le loro parole bizzarramente composte, possono simularci le dislogie di forma e contenuto proprie della pazzia, cioè l'incoerenza del maniaco e del demente, i neologismi del paranoico. La diagnosi differenziale si baserà sulla considerazione che l'alienato ben

raramente è ristretto all'uso di questi motti e modi di dire, i quali invece costituiscono tutto il vocabolario dell'afasico.

c) Gli accessi transitorî di afasia per amnesia verbale sono quasi sempre indizio di grave malattia cerebrale (aneurismi miliari della corteccia, processi di rammollimento, meningite cronica, compressione endocranica da tumori, peri-encefalite iniziale, sclerosi, ecc.). Talvolta l'accesso dura pochi minuti, tal'altra un'ora o due, e anche più. Il malato può conservare la coscienza del suo stato, avere le idee che vorrebbe esprimere, ma non trovar le parole: egli sente nella lingua e nelle labbra una specie di torpore, e nei suoi sforzi giunge ad articolare solo monosillabi e parole incoerenti, supplendo alla mancante loquela col gesto e con lo sguardo. Se non si trova la causa di questi accessi in una emozione (paura, collera), in uno stato di esaurimento (neurastenia cerebrale), o in una intossicazione passeggiera (tabacco, alcoolici), la prognosi è gravissima.

B) Le Disfasie amnestiche funzionali dei pazzi ricordano, pel loro meccanismo, quelle perdite del linguaggio che susseguono talora a malattie acute, particolarmente nell'infanzia (tifo, scarlattina, elmintiasi), oppure sono causate da profonde emozioni (spavento, collera), e che perdurano in modo vario da pochi istanti a più mesi. Sono meritevoli di menzione le seguenti:

a) Certi alienati immersi in una profonda melancolia o nello stupore ci offrono i segni obbiettivi della sordità verbale. Quando loro si parla, guardano in viso l'interlocutore come se non lo intendessero, e o non rispondono o rispondono incongruamente: in essi è offuscata la memoria acustica delle imagini verbali, e se ricuperano la salute ci narrano che udivano la parola altrui come un mormorìo confuso, ma non ne distinguevano il significato, ed in taluni casi non riconoscevano neppure il timbro e la intonazione della voce.

Vi sono dei melancolici stupidi, che si conservano silenziosi in causa di questa vera sordità verbale, ma leggono ad alta voce, con pronunzia buona e corretta, quando si pone loro dinnanzi un libro o uno scritto (Gucci). Qui abbiamo forse uno stato inibitorio del centro acustico verbale e delle vie

che lo collegano al centro motorio d'articolazione, laddove resta integra la funzionalità del centro visivo e delle sue vie d'associazione col motorio. Nel maggior numero di questi casi occorre, però, ricordare che la melancolia, lo stupore e le altre psicopatie depressive con aumento dell'inibizione intracentrale, provocano un affievolimento del potere ideativo, cioè della facoltà di sintetizzare le percezioni attuali e le loro rappresentazioni mnemoniche: può darsi, dunque, che le parole vengano percepite e comprese esattamente nella loro forma verbale, ma che il malato sia incapace poi di vedere quei legami associativi dei loro significati singoli, da cui risultano le idee composte, cioè i concetti.

b) Una sindrome molto affine alla sordità (e cecità) verbale, è prodotta dalla diminuita durata dell'impressione sensoriale. Molti pazzi non percepiscono nettamente i fonemi articolati (e le parole scritte), perchè la loro coscienza è distratta tosto da altri fenomeni percettivi o rappresentativi, da sensazioni organiche, da allucinazioni, da idee coartanti, da concetti deliranti, che si portano con violenza nel punto di mira della coscienza e vi disturbano la attenzione. Questi malati non hanno dunque il tempo, nè di percepire i suoni (e le forme visive), nè di esprimersi in relazione con essi, e quindi non parlano perchè la formazione interna dei fonemi articolati e la loro associazione non giungono a completarsi nel campo attivo della coscienza. È un disturbo che ha molta affinità colla così detta *afasia del* GRASHEY (« Archiv f. Psych. u. Nervenkr. », XVI, 1885), e che si osserva nella mania e in certi melancolici agitati, nella frenosi sensoria, nella pazzia catatonica.

c) In altri alienati abbiamo una sindrome funzionale che merita il nome di afasia motrice. Infatti essi hanno perduta o offuscata la memoria dell'articolazione delle parole, e pur intendendo le dimande, conservando cioè le immagini acustiche, non sono in grado di rispondere nè di discorrere spontaneamente. A seconda dei casi questa amnesia verbo-motoria è completa o parziale, permanente o transitoria.

α. Quando è completa e permanente, si ha una forma speciale di mutismo (*m. spurio*, *pseudo-mutismo vesanico*), che per la sua stessa indole puramente psichica o centrale

assomiglia a quello di certe isteriche (*mutismo isterico*). L'individuo comprende le parole udite o lette, esprime il suo pensiero con la mimica e con la scrittura, esegue tutti i movimenti ordinarî delle labbra e della lingua e ne imita le movenze, sebbene il più delle volte lo faccia con isforzo; ma non è in grado di mettere in azione il meccanismo della parola articolata. Il carattere voluto dallo CHARCOT quasi patognomonico del mutismo isterico, cioè l'afonia e l'impossibilità di susurrare le parole, non si incontra così nettamente nei melancolici e stupidi disfasici: molti di essi, invitati a rispondere e a parlare, muovono le labbra e la lingua, emettono qualche fonema indistinto, talora giungono a susurrare pianissimamente qualche parola staccata, qualche breve frase. Nè il mutismo disfasico del melancolico, dello stupido, della pazza isterica, del neurastenico, potrà essere confuso con l'afasia organica, poichè quest'ultima è quasi sempre combinata coll'agrafia e con sintomi emiparalitici.

β. Quando l'afasia motrice dovuta all'amnesia verbale è transitoria e sopraggiunge ad accessi di breve durata, se non ne troviamo la spiegazione in una delle cause superiormente accennate (pag. 361), siamo indotti a sospettare l'esistenza di un'epilessia, cioè di una *logoneurosi epilettica* (BATEMAN, *On Aphasia*, II.ª ediz., 1891, Cap. IV.°); in vero, l'indagine clinica ci mostra che essa è associata il più spesso ad una perdita o ad una obnubilazione della coscienza. Vi è poi una disfasia ricorrente, di dubbia natura epilettoide, nella così detta *emicrania* o *cefalea oftalmica*. Questa, oltre al dolore di capo, ai caratteristici scotomi luminosi scintillanti, all'offuscamento della vista in forma di emiopia, alle nausee e vomiti, ed ai non rari fenomeni di torpore paralitico nell'una e nell'altra parte del corpo, offre anche disturbi svariati della facoltà del linguaggio: cioè sordità verbale, alessia e paralessia, parola imbarazzata ed atassica, e persino assoluta afasia (CHARCOT, BABINSKI). La cefalea oftalmica con turbe disfasiche è forse dovuta ad ischemie cerebrali momentanee per spasmi vasomotorî: oltre che nell'epilessia, si osserva nella melancolia, nell'isterismo, nell'alcoolismo, nei primi stadî della paralisi progressiva (secondo ricerche compiute nella mia Clinica di Torino dal dottor G. MUSSO).

7. Si può considerare come dipendente da una afasia verbomotrice, o meglio da una amnesia verbale parziale, quella ricerca affannosa delle parole, e sopratutto dei nomi, che si osserva in certi casi di pazzia neurastenica e degenerativa del dubbio con idee fisse (*onomatomania*). Il malato ha l'idea del nome che gli manca, ma « non può trovarlo », cioè pronunziarlo intieramente, e tanto più se ne angustia quanto più la parola cercata gli sfugge. Ciò dimostra la relativa indipendenza dell'idea dalla sua immagine verbale, del pensiero dal linguaggio, e non è che l'esagerazione di quanto avviene nella vita psichica fisiologica. Sono, infatti, notissimi fenomeni la dimenticanza di un nome che « si ha sulla punta della lingua », ma che non si riesce a formulare, e la ricerca frustranea delle parole per esprimere concretamente un concetto di cui si ha una rappresentazione ideale astratta, come spesso succede agli scrittori (è fatto normale nei « decadenti »).

II. Indico col nome di Disfasie ipermnestiche un gruppo particolare di disturbi del linguaggio interno, che malgrado la sua grande frequenza nelle malattie mentali, malgrado anche le sue note caratteristiche, fu sino ad ora confuso con altre lesioni della sfera intellettiva, e sol da poco tempo venne distintamente analizzato. Questi disturbi consistono, come ho detto, nella esagerazione morbosa del linguaggio interno, cioè in una rappresentazione troppo viva delle imagini verbali, per il che queste soggiacciono ad una specie di ipertrofia, che senza dubbio è dovuta ad uno stato di irritazione dei corrispondenti centri mnemonici corticali. In contrasto colle afasie, che consistono nella perdita o nell'offuscamento delle imagini verbali, questi disturbi meriterebbero, dunque, il nome di Iperfasie.

a) Per ben comprendere questi disturbi caratteristici della pazzia, dobbiamo riflettere a ciò che avviene nella vita psichica normale rispetto alla parola pensata, cioè al linguaggio interno. Quando pensiamo intensamente ad una

parola udita o scritta, non solo la sentiamo risuonare entro di noi o la vediamo « cogli occhi dell'anima », ma abbiamo pure la tendenza a pronunziarla e a scriverla internamente. In ogni imagine verbale, come in ogni altra imagine, sono compresi due elementi rappresentativi: la rappresentazione *sensoriale*, che è suono, luce, contatto, resistenza; e la rappresentazione *motoria*, che è il ricordo dei movimenti da noi eseguiti nell' istante in cui percepivamo ciascuna sensazione relativa al linguaggio (atteggiamento dell'ascoltare e del discorrere, movenze dell'occhio nella lettura, movimenti della mano, articolazione dei suoni). Ma l'imagine è, come la sensazione, uno stimolo, e quindi per leggi fisiologiche di innervazione tende a produrre un movimento: cioè l'*idea*, che è un complesso di imagini, tende a trasformarsi in *atto* (« l'idea-forza » di A. Fouillée). Questa tendenza è da noi percepita internamente come uno sforzo: abbiamo, cioè, il sentimento della energia di innervazione che sta per scaricarsi, sotto lo stimolo dell'imagine od idea, nelle vie centrifughe. Se l'imagine e l' idea sono intensamente rappresentate, se, in altre parole, il fenomeno di reviviscenza e di associazione funzionale producentesi nei centri corticali è dovuto ad una loro sovraeccitazione, allora quel sentimento di sforzo si esagera, e lo stimolo rappresentato dall' imagine verbale si attua in forma di espressione pure verbale.

Il funzionamento regolare del linguaggio interno implica da parte della nostra coscienza due fatti: un fatto di *attenzione* ed uno di *ricognizione*. Pensando in parole, ciascuna parola entra nel campo della coscienza e ne occupa il punto di mira: non è possibile pensare due parole ad un tempo, cosicchè quando, ad esempio, recitiamo mentalmente una poesia o una lezione, siamo costretti a udirne o a leggerne nel nostro interno le parole e le frasi una dopo l'altra, in conformità della loro successione ed associazione da noi imparate e ritenute nella memoria. Nello stesso tempo noi riconosciamo ciascuna parola o imagine verbale; vediamo cioè che è giusta, che corrisponde realmente alle impressioni ricevute, che ha il suo posto opportuno nella sintassi, e che pel significato suo si lega con le antecedenti e susseguenti secondo la logica del pensiero. La memoria verbale ha, dunque, effetto mediante

associazioni continue, giacchè le imagini si evocano mutuamente: e tutte debbono avere un'intensità proporzionata. Se qualcuna di esse insorge fuori di tempo o di posto, o se essendo troppo intensa giunge ad offuscare tutte le altre, ad *inibirle*, il meccanismo logico del linguaggio interno è rotto, e si hanno conseguenti alterazioni nel pensiero: ed ecco come la iperfasia parziale diviene dislogia.

b) Certi stati psichici anche normali esagerano il linguaggio interno: e prima di tutti, l'*attenzione*. Quando si pensa profondamente, si riflette o si medita, le imagini verbali acquistano una maggiore intensità: il meditabondo è un forte ragionatore interno. E qui occorre subito notare un fenomeno importantissimo, che trae origine dall'associazione funzionale dei centri mnemonici delle parole. Questi centri sono così uniti fra loro, che il risveglio dell'imagine acustica provoca anche quello della visiva, e più ancora della motoria: il legame più diretto passa però tra il centro uditivo ed il fonetico (Moeli). Se mi immagino di *udire* il suono **B**, sono tratto incoercibilmente a rappresentarmene anche la articolazione fonetica, e se appartengo al tipo individuale motorio, ho anche la sensazione del movimento articolatorio che sta per incominciare nelle mie labbra e nella mia lingua: non solo sento *risuonare* entro di me il **B**, ma sento pure che lo *pronunzio* (Stricker). Questo ci spiega perchè nella meditazione e nella intensa udizione o visione mentale che costituiscono il lavoro della fantasia, siamo tratti a pronunziare ad alta voce le parole.

Un secondo fattore psichico, che esagera il linguaggio interno, è il *sentimento*. Sotto l'influenza della passione la parola interna diviene viva e si estrinseca: noi pronunziamo ad alta voce monosillabi, frasi staccate, discorsi interi (*monologo semplice*). Se pensiamo ad una discussione, siamo tratti persino a formularci le obbiezioni e a rispondere al nostro avversario (*monologo dialogato*). Allo stesso modo, quando ci immaginiamo di essere spettatori di una scena che ci interessa, noi passiamo inconsciamente all'azione che si rappresenta al nostro pensiero (stringiamo i pugni, facciamo gesti di supplica, ecc.). La coscienza assiste come spettatrice a questi « drammi interni dell'anima »; ma la loro traduzione

all'esterno avviene per attività inconscia e subconscia. È un fatto psicologico che venne spinto all'esagerazione nell'arte drammatica, dove i personaggi « parlano da sè ».

Un altro stato fisiologico con vivezza delle imagini verbali e loro estrinsecazione automatica, è il *sogno*. Dormendo, e soprattutto nel passaggio dalla veglia al sonno o viceversa, noi emettiamo voci inarticolate, parole, frasi intere, che dipendono da un'eccitazione dei centri mnemonici, e rispondono ad imagini sensoriali evocate. Queste manifestazioni inconscie del dormiente sono veri « impulsi verbali »; essi stanno a significare spesso delle « allucinazioni verbali », cioè delle percezioni subbiettive molto intense di parole da parte di personaggi fantastici rappresentatisi nel sonno (*allucinazioni ipnagogiche*, A. MAURY). Il passaggio allo stato di pazzia è qui abbastanza evidente (cfr. Vol. II, p. 49-50).

Infine, dobbiamo ricordare che anche nel linguaggio interno fisiologico vi sono imagini verbali *deboli* e *forti:* le prime hanno un'efficacia rappresentativa minore, e quindi poca tendenza a tradursi in movimento articolatorio; le seconde vengono, invece, rappresentate vivamente, e sono quelle che con più agevolezza prendono forma motoria interna, e si scaricano poi per le vie centrifughe. Questa forza e vivezza delle imagini verbali dipende dal loro colorito o tono emotivo.

Nel pazzo abbiamo due eventualità possibili, a seconda che il linguaggio interno, o, altrimenti, l'endofasia, è morbosamente esagerato *in toto*, o nei suoi singoli elementi sensoriali e motorî: abbiamo, cioè, *Iperfasie generali* e *Iperfasie parziali.*

A). Quando l'eccitazione morbosa incoglie tutti i centri mnemonici, ne nasce una esagerazione di tutto il linguaggio interno o endofasico, una iperfasia generale. Allora il malato pensa intensamente in parole: le sue imagini verbali acustiche, visive, articolatorie e grafiche, insorgono vivamente dai loro depositi corticali e si portano con violenza e rapidità nel campo della coscienza, obbligandola ad uno sforzo incessante di at-

tenzione sui proprî fenomeni interiori con scapito di quella esercitata sulle impressioni esterne. La ideazione si fa più rapida, e siccome ogni imagine tende a scaricare il proprio contenuto motorio per le vie centrifughe, il linguaggio interno finisce il più delle volte col farsi estrinseco, restandone così alterato il contegno sociale del pazzo (disattenzione, monologhi più o meno complessi). Queste iperfasie generali, in causa della frequente impossibilità di rettificare le associazioni fra le imagini verbali via via insorgenti, e di regolarne l'efficacia ideo-motrice, in causa anche della disintegrazione che alla lunga portano fra l'idea e il suo simbolo verbale, si trasformano ben presto in disfrasie ed in dislogie, cioè in lesioni di forma e di contenuto del linguaggio. Esse si osservano negli stati psichici di esaltamento e di concitazione (mania, melancolia ansiosa, frenosi sensoriale acuta, delirio febbrile, paranoia esaltata, paralisi progressiva al primo stadio, psicosi isterica ed epilettica di forma maniaca), non che negli stati cronici di dissoluzione della personalità (demenza vesanica o « morìa », pazzie sistematizzate).

Per diagnosticare questi stati morbosi del linguaggio interno ci servono: 1.° le dichiarazioni del malato, fondate sulla sua introspezione (cfr. Vol. II, p. 75); 2.° l'osservazione ejettiva degli effetti indotti dalla iperfasia nel contegno esterno del malato stesso.

1.° La prima sorgente di informazioni è povera e incerta. Pochi sono i pazzi che ci diano contezza dell'esagerazione *in toto* del pensiero parlato internamente, poichè d'ordinario essi non hanno coscienza del loro stato; solo qualche individuo affetto da leggiero esaltamento (ipomania, mania periodica, fasi semilucide della pazzia ciclica) potrà dirci che *sente* formarsi nel suo cervello un tumulto di imagini verbali, e che ne è tratto a parlare ad alta voce, ad essere loquace e garrulo, a polemizzare con sè stesso e cogli altri.

2.° Rispetto ai criterî ejettivi, notiamo quanto segue:

α. La *disattenzione* dei pazzi, con la quale tanto spesso lottiamo per entrare in relazione verbale con essi, o per mantenerla, una volta incominciata, durante tutto l'interrogatorio, è effetto della concentrazione del loro pensiero sui fenomeni morbosi di coscienza. Fra questi emerge, fin dai primordi della malattia, l'esagerazione della parola interna: i pazzi son costretti a intensamente « parlare entro sè » in causa del continuo risveglio di imagini verbali: molti se le sentono risuonare interiormente, e la loro attenzione non si rivolge più ai fatti percettivi esterni.

β. I *monologhi*, che anche secondo l'opinione volgare caratterizzano l'alienato di mente, sono sempre la estrinsecazione di una esagerata parola interna: questa, da *inudibile* perchè articolata solo in rappresentazione mentale, o tutto al più trasformata in sensazione di sforzo muscolare afono negli organi della loquela, diventa *udibile* perchè intensificata e trasformata in reale pronunzia. Nel monologo pazzesco può esservi solo la emissione ricorrente di qualche parola o frase tronca, ma in generale vi è continuità del discorso, talune volte anzi discorso dialogato a *due* o *più* voci aventi altezza, tonalità ed inflessione diverse. I paranoici, i dementi, i melancolici in sistemazione delirante sono i grandi parlatori solitarî dei Manicomî: nella loro camera, durante l'isolamento o nel silenzio della notte, di giorno in mezzo ai rumori delle sale, e in qualunque angolo si trovino, e a qualunque faccenda accudiscano, essi esprimono incessantemente a voce alta le loro riflessioni, i loro pensieri. D'ordinario il soliloquio è incoerente, cioè disfrasico e dislogico, e tradisce allora o una lesione profonda dell'ideazione, o l'esistenza di altri disturbi iperfasici, cioè delle allucinazioni e impulsioni verbali.

B) Quando il processo irritativo incoglie di preferenza un dato centro mnemonico verbale, si ha la sovraeccitazione patologica delle corrispondenti imagini acustiche, visive e cinestetiche del linguaggio interno. — Se l'eccitazione riguarda l'elemento puro sensoriale delle imagini, si avrà il fenomeno morboso designato col nome di illusione interna o allucinazione

verbale. Il malato ode e formula internamente parole e frasi più o meno composte, che per lo più assumono un carattere incoercibile e si impongono alla sua coscienza, disintegrando l'esercizio regolare del pensiero. — Ma l'eccitazione può riguardare, invece, l'elemento verbomotorio, cioè l'articolazione interna della parola; e come succede quando esiste la già accennata esagerazione *in toto* del linguaggio interiore, qui pure avverrà la violenta trasformazione delle singole rappresentazioni verbali in moti effettivi di articolazione e pronunzia: vi sarà, cioè, un impulso verbale.

Stante le cose già dette, è chiaro che la distinzione fra allucinazioni ed impulsi verbali è puramente scolastica: è sempre lo stesso fenomeno che assume una minore o maggiore intensità (TAMBURINI). Essendovi connessione intima fra i quattro elementi sensoriali del linguaggio, ed ogni imagine motrice contenendo già in sè un movimento iniziale, il passaggio dal fenomeno rappresentativo puro al meccanico esterno avviene gradatamente così: — 1.° intensificazione del linguaggio interiore *in toto* (endofasia vesanica); — 2.° intensificazione delle imagini acustiche e visive, senza corrispondente partecipazione dei centri cinestetici coordinatori dei movimenti (allucinazioni verbali sensoriali, o « *psichiche* » di BAILLARGER); — 3.° esagerazione delle stesse imagini sensoriali con diffusione dello stimolo ai centri verbomotorî, ma con articolazione puramente interna del linguaggio allucin. verb. cinestetiche semplici, o psicomotrici); — 4.° irritazione più profonda, oppure anche solamente localizzata agli stessi centri psicomotorî, e quindi con incipiente moto articolatorio degli organi esterni, senza però pronuncia delle parole (allucin. verb. motrici complete); — 5.° nei casi più intensi, scarica della stimolazione centrale per le vie di conduzione fino agli apparati fonetici, e con ciò articolazione completa e pronunzia distinta delle parole (impulsioni verbali, ossia « *impulsi della funzione linguaggio* » secondo M. SIMON).

Lo studio di questi curiosi fenomeni, già scoperti da BAIL-

LARGER e da KAHLBAUM, fu svolto nei lavori speciali di V. EGGER (*La parole intérieure,* '81), di M. SIMON (*Le monde des rêves,* '88), di SÉGLAS (« Progrés mèd. », '88, e *Des troubles d. Lang. chez les aliénés,* '92), di TAMBURINI (« Riv. sper. di Fren. », '89), e ulteriormente in quelli di PIETRO JANET, MAGNAN, KIRCHHOF, G. SAINT-PAUL; ma poichè il trattarne pertiene alla psicopatologia generale, ne dirò qui quel tanto che basti per le indagini semejotiche.

1.° Le allucinazioni verbali sono percezioni subbiettive o endofasiche di parole, sia con ripercussione interna, sia con projezione dell'imagine mentale al di fuori, senza azione esterna che loro corrisponda. Se ne distinguono tre sorta, le *acustiche*, le *visive* e le *psicomotorie*, a seconda dell'elemento sensoriale del linguaggio interno che le costituisce, o, meglio, che vi predomina.

Questa prima classificazione fisiopsicologica ne ammette due secondarie, una per la forma e intensità del fenomeno allucinatorio, l'altra per la condizione della coscienza che lo accompagna. — 1.° Per la forma: le allucinazioni verbali si possono dividere in semplici e composte. Le *semplici*, o *rudimentali,* sono apparenze di impressioni esterne con un minimum di interpretazione da parte del malato; sono cioè simulacri di percezioni reali incompletamente sviluppate (rumori confusi, voci, suoni, udizione interna esagerata; sensazioni luminose vaghe di lettere; formazione di parole interne senza suono). Le *composte*, o *sviluppate*, consistono in percezioni complete di fonemi verbali con interpretazione imaginaria, spesso sistematica, per parte del malato (acusmi verbali assedianti, offensivi, imperiosi, frasi e discorsi completi; iscrizioni minacciose e lusinghiere; pronunzia interna distinta di parole, coazione irresistibile a parlare, sensazione di movimenti articolatorî incoercibili). — 2.° Per lo stato della coscienza vi sono allucinazioni verbali conscie ed inconscie. Alcune

volte il malato ha *percezione della morbosità* del fenomeno, che viene caratterizzato da lui stesso come la conseguenza di un dissesto interno (allucinazioni verbali con lucidità, per lo più di carattere coatto e fisso): il più spesso, pertanto, il fenomeno è accompagnato dalla *credenza nella sua realtà,* con attribuzione di esso ad agenti esterni imaginarî, siano oggetti, siano persone (allucinazioni verbali deliranti allegoriche).

Cotali disturbi del linguaggio interno si osservano in tutte le psicosi allucinatorie con delirio, e, prima di tutto, nella paranoia, nella melancolia, nella pazzia passata a sistemazione, nella demenza consecutiva, dove sono spesso un sintomo fondamentale; secondo, nella pazzia neurastenica con idee fisse o del dubbio; terzo, come sindrome isolata della degenerazione psicopatica; quarto, più raramente, nella epilessia, nella frenosi isterica, nelle stesse psicopatie organiche.

Rispetto alla genesi delle allucinazioni, quelle verbali, pei loro rapporti cogli elementi formatori del linguaggio, porterebbero una particolare conferma alla teoria che localizza il fenomeno allucinatorio nelle zone corticali di percezione e memoria (FERRIER, TAMBURINI). Però le tre specie sensoriali di allucinazione restano raramente isolate in causa dei legami associativi fra i centri: le più facili ad osservarsi nello stato di purezza sono le uditive verbali, ma nella maggioranza dei casi esse sono accompagnate con le psicomotrici, dalle quali non è sempre agevole distinguerle, poichè la parola risonante internamente deve di necessità assumere un carattere articolatorio, cioè essere udita come pronunzia autonoma dei fonemi verbali. Lascio per ora da parte le allucinazioni verbali visuali, che consistendo in una rarissima paralessia illusoria o subbiettiva spettano alle lesioni del linguaggio scritto (cfr. al §. 94-95), e mi arresto sulle due altre categorie.

A) Le allucinazioni verbali uditive ci sono dimostrate dall'esteriore del pazzo e dalle sue dichiarazioni. I pazzi

afflitti da questo disturbo si tengono per lo più in atteggiamento di ascoltazione intensa: se sono in colloquio col medico, interrompono il discorso e sembrano concentrare altrove la loro attenzione: talune volte in mezzo ad una frase, ad una azione, rimangono come interdetti, si arrestano, ascoltano le « voci », e loro rispondono inframmettendo le risposte a quanto dicevano o facevano, per riprenderlo in seguito. Alcuni, per meglio comprendere le loro allucinazioni, preferiscono l'isolamento, e là dialogizzano, intercalando periodi di silenzio ascoltante e di confabulazione. Altri, volendo sfuggire agli acusmi da cui sono angustiati, si turano le orecchie con bambagia, con sugheri, con carta, se le coprono con fazzoletti e con bende, oppure, come vedemmo, si tengono la testa fra le mani, si nascondono negli angoli, si rannicchiano sulle banche o nel letto (vedi fig. 80, pag. 202).

α) Se l'acusma verbale interiore, o fenomeno endofasico verbo-uditivo, è accompagnato dalla coscienza della sua morbosità, si possono avere i casi seguenti:

1.° Il malato ci dice che egli da qualche tempo assiste nella sua mente alla formazione delle idee: tutte le parole pensate si ripercuotono entro la testa, dove egli « le sente risuonare » con sommo fastidio, come se fossero pronunziate ad alta voce. — Questa *eco del pensiero* non è altro che l'udizione mentale esagerata di cui il malato è consapevole: il fenomeno si osserva nella neurastenia cerebrale, nell'ipocondria, nella melancolia con coscienza, e, in genere, nelle pazzie lucide designate impropriamente come « ragionanti ».

2.° Il malato ci dice che ad ogni tratto solo certe parole pensate acquistano questa risonanza interna, tanto più forte e fastidiosa, quanto più tutte le altre ne rimangono offuscate ed arrestate nella loro successione regolare. — Qui si tratta di quelle *allucinazioni verbali assedianti*, che pure si osservano nelle pazzie neurasteniche e depressive.

3.° Altre volte le parole assedianti sono paradossali, strane, oscene, luride, criminose, e il loro periodico apparire all'improvviso nel campo della coscienza dà luogo ad una crisi con sentimento d'angoscia parossistica, che spesso non cede se non pronunziandole ad alta voce. — Sono le *ossessioni verbali semplici* trasformantisi in *impulsi verbali*: fenomeno che

caratterizza la « onomatomania », una sindrome curiosa della follia degenerativa e della pazzia del dubbio.

4.° Certe parole e frasi assedianti hanno, secondo il malato, un significato funesto che bisogna stornare; oppure sono giaculatorie contro la jettatura e il malocchio, da cui bisogna guardarsi ripetendole; o presentimenti di sventure paventate, cui bisogna pensare; oppure problemi astrusi, questioni insolubili, dubbî sugli atti, che bisogna risolvere. Il malato non è capace di cacciare le idee che *gli passano per la testa: queste gli vengono suo malgrado, non gli lasciano requie*, ecc. E qui il parossismo d'angoscia si fa più forte, poichè il malato *deve* ad ogni costo liberarsi da quelle idee, ricacciarle nei fondi dell'incosciente, rispondere all'interrogazione, eseguire o non fare quegli atti, oppure farli a un dato modo, ecc., e la crisi non cessa senza lotte interne tremende fra l'imagine verbale ribelle e tutte le altre antagonistiche. — Si tratta, in allora, di *idee assedianti*, *fisse*, *incoercibili*, trasformantisi per lo più in *azioni coatte*. — Sotto questa rubrica, oltre all' « onomatomania associata », all' « aritmomania » ed alla « pazzia metafisica », si pongono quasi tutte le fobie dei degenerati e neurastenici, di cui le varietà cliniche sono forse tanto numerose, quanto lo sono le costituzioni psichiche individuali e i gruppi di rappresentazioni interrogatorie cui può andare congiunta un' emozione di ansietà, di vaga paura, di aspettazione penosa (v. più innanzi al § 93). E non sempre il malato serba la consapevolezza della morbosità del fenomeno, come teoricamente alcuni alienisti scrivono o credono; ma in molti casi si ha insensibile passaggio dall'ossessione verbale cosciente alla sua interpretazione allegorica, e con ciò ai veri e proprî delirî.

β) Le allucinazioni verbali incoscienti non sono che una categoria più specificata delle allucinazioni acustiche in genere. Queste, nei casi più semplici, che possono del resto conciliarsi con integrità mentale (cfr. Vol. II, pag. 37), e che ciascuno di noi ha forse provato in certe condizioni emotive o nel silenzio notturno, ci sono rivelate da ciò che il malato dice di *sentire* rumori confusi, susurri indefinibili, schianti improvvisi, oppure suoni più determinati, fischi, dindonar di campane, rombi di cannone o di tuono, sibilar di vento, canto

di uccelli, gridi di allarme, chiamate (*ps-ps*). Le allucinazioni acustiche, finchè si limitano a ciò, sono le meno patologiche di tutte (cfr. Vol. I.° §. 58, D): ma nella pazzia le cose assumono carattere generalmente più grave, perchè l'acusma verbale riceve una interpretazione, e questa è o il primo germe, o una conseguenza, o una amplificazione del delirio.

1.° Un rumore o suono esteriore, oppure anche un semplice acusma morboso, risvegliano imagini determinate, quasi sempre per associazione fonica, e il malato li intende ed interpreta secondo lo stato dei suoi sentimenti e le sue idee. — Sono queste le *illusioni sensoriali*, o acusmi interni, frequenti nella pazzia dei carcerati: costituiscono come il passaggio del disturbo percettivo dalla fase illusoria alla allucinatoria.

2.° Il linguaggio interno è *udito* dal pazzo come fosse pronunziato ad alta voce, per cui egli teme o crede che possa pure essere inteso da altri (*si legge il suo pensiero, si spiano le sue idee*). — È un fenomeno abbastanza frequente nella melancolia e nella paranoia durante il periodo sospettoso.

3.° Le rappresentazioni uditive così intensificate sono dal pazzo attribuite ad un fattore più o meno spirituale che rimane entro di lui, ma fa parte della sua stessa persona (*voce della coscienza, voce dell'anima, pensiero di inspirazione, pensiero di intuizione, idee rivelate alla coscienza, senso intimo*). — Molti maniaci interpretano a questo modo i loro disturbi endofasici: nei melancolici e nei paranoici per lo più codesta interpretazione si associa ad un delirio religioso.

4.° Le parole, che risuonano internamente, rappresentano ideo contrastanti colla regolare associazione del pensiero, oppure colpiscono il malato per la novità, bizzarria e abnormità di contenuto logico: ecco perchè ei ne attribuisce la provocazione ad azioni fisiche o spirituali venienti dal di fuori della sua personalità (gli *si comunica il pensiero*, gli *si infiltrano e inculcano idee dannose, oscene, compromettenti*; gli *si fanno commettere peccati di pensiero*, ecc. ecc.). — Anche questa allegorica spiegazione dell'endofasia morbosa si scorge nelle melancolie, nei delirî sitematizzati secondarî, nelle paranoie persecutorie.

5.° Le parole interne son credute il prodotto di un fattore, or misterioso, or ben definito, che non fa parte della personalità

del pazzo, ma vi è penetrato dal di fuori, vi si è accampato da padrone e vi si manifesta a proprio piacere (*voci interne*, *voci dentro la testa, rivelazioni orali divine*, *voci diaboliche*, *voci di personaggi interiori*). — Qui siamo in pieno delirio di possessione con sdoppiamento della personalità.

6.° L'acusma è projettato all'esterno: il pazzo dice di sentire suoni vocali, parole, frasi e discorsi, che non gli appartengono, e sono la manifestazione di oggetti e persone esistenti al di fuori della sua personalità corporea, nello spazio, ed attive per proprio conto. — E qui, finalmente, abbiamo le notissime « *voci* » degli alienati, le vere e proprie allucinazioni verbali acustiche.

Queste « voci », che hanno tanta importanza nella genesi e consolidazione dei delirî, sono *sentite* varie per numero, per altezza, per timbro, ora vicine o lontane, ora susurrate appena o fortemente pronunziate. Esse appartengono a individui conosciuti, oppure a persone ignote, a personaggi misteriosi, ad animali mostruosi: vengono dalle pareti della camera, dal soffitto, dal pavimento, dai piani superiori, dal tetto, dai cortili, dalla strada, da sotterra; escono dai caminetti, da sotto il letto, dai condotti dell'acqua e del gaz, dai fumajuoli, dagli alberi, dai fili telegrafici; si esprimono nel dialetto natìo, in lingue morte o straniere, in idiomi sconosciuti. Per lo più sono esclamazioni, chiamate parole isolate, brevi motti, ma talora divengono frasi intere, discorsi continuati: quasi sempre sono le medesime voci che ripetono le medesime cose, ma possono anche variare e dar luogo a veri colloquî. Il loro carattere, nella maggioranza dei casi, è chiaramente umano, cioè escono direttamente dalla « bocca » degli interlocutori; ma certi alienati le *sentono* di tonalità strana, ora vellutate, ora acri o fioche, come se il suono attraversasse mezzi fisici diversi dall'aria, ad esempio il telefono, o provenisse da apparati elettrici sconosciuti: ed allora l'allucinato crea per designarle vocaboli nuovi (*voci telefoniche* o *magnetiche*, *voci della fisica*, ecc.). Il loro contenuto è quasi sempre persecutorio: sono, cioè, parole offensive, motti osceni, ordini, minaccie, sarcasmi (il pazzo dice che lo *si ingiuria*, lo *si vilipende*, lo *si deride*, gli *si comanda* o gli *si proibisce* di fare determinati atti, gli *si annunzia la dannazione eterna*, gli *si rinfacciano le colpe*, lo

si compromette, lo *si vuol perdere*, ecc.). Rare volte le voci sono lusinghiere, e allora contengono avvisi, consigli, incoraggiamenti, dimostrazioni di stima (il pazzo sente voci che gli *annunziano una grande fortuna*, che gli *dànno titoli*, lo *lodano dei suoi atti*, gli *rivelano* la sua nascita, le sue alte qualità personali, le ragioni della sua condotta, ecc.).

Tutte queste voci non hanno projezione uguale nello spazio. Certi pazzi le sentono *dentro la testa*, oppure *dentro le orecchie*: quest'ultimo caso dipende dalla eccentricità della sensazione, cioè dal riferimento del fenomeno sensoriale, sia esso obbiettivo, sia esso subbiettivo, alla periferia del nervo sensibile, forse in causa della abitudine organizzata (teoria dei « segni locali » di LOTZE), fors'anco in causa del riflettersi della corrente nervea in senso centrifugo (teoria dell' « onda percettiva » di SERGI). Si dànno ancora eventualità più rare: le allucinazioni sono diverse per forma e contenuto dai due lati, ossia il pazzo sente da un orecchio rumori o voci persecutorie, dall'altro parole distinte o voci lusinghevoli (*allucinazioni bilaterali* o *sdoppiate*): il che fu attribuito ad un ipotetico sdoppiamento funzionale dei due emisferi (LUYS), laddove può spiegarsi senz'altro come una associazione ideativa di contrasto. Delle così dette *allucinazioni unilaterali*, che colpiscono il pazzo da un lato solo, gli esempî sono rari, ed è probabile che il fenomeno allucinatorio sia di origine periferica (lesioni dell'apparato uditivo).

Qualsiasi la sua origine, intensità e natura, l'allucinazione verbale, o endofasia verbo-uditiva, ha sempre una potente efficacia disorganizzatrice sulla coscienza. Dal semplice arresto dell'attenzione sui fatti interiori o subbiettivi essa giunge sino a soppiantare le percezioni reali e a dissolvere la personalità: è, insomma, uno stato psichico *forte* che finisce per sopraffare tutti gli altri perchè più *deboli*, quindi a signoreggiare nella coscienza del pazzo.

B). Le allucinazioni verbali psicomotorie, il cui tipo fisiologico è dato dalle allucinazioni motorie degli amputati (WEIR-MITCHELL), e che forse sono in rapporto col tipo individuale motorio dell'endofasia, possono manifestarsi con effetti esterni, quando almeno acquistino una certa intensità.

D'ordinario le allucinazioni verbali psicomotrici si sviluppano dopo le acustiche, ed indicano una fase più avanzata di malattia. I malati, che ne sono affetti, conservano in generale un contegno meno silenzioso di quanto vedemmo a riguardo delle acustiche; essi, infatti, non si ascoltano soltanto, ma sono trascinati a pronunziare più o meno inconsciamente le parole di cui si forma nel loro cervello una troppo viva imagine motrice: sono, insomma, i parlatori solitarî abituali. In taluni casi la rappresentazione sensoriale del movimento di articolazione provoca impulsi centrifughi, che si portano ai muscoli dell'apparato fonetico: questi allora si contraggono, e le labbra e la lingua del pazzo si muovono visibilmente, piano piano, come se egli pronunziasse afonicamente o susurrasse le parole. Certuni, angustiati dalle continue oscillazioni dei muscoli, cercano di irrigidire la lingua, la sporgono e stringono fra i denti, accollano le labbra l'una contro l'altra, si introducono nella bocca sassolini od altri oggetti duri che valgano ad impedire i movimenti, masticano o rivoltano qua e là la cicca, ecc. Altri, costretti sempre a parlarsi internamente, diventano disattenti, oppure si immergono in un profondo silenzio (*mutismo vesanico*).

Ma nella maggioranza dei casi questi dati semejotici obbiettivi sono incerti, e dobbiamo interrogare i malati. Questi allora ci dànno le informazioni seguenti, che dispongo in ordine progressivo di morbosità, sebbene spesso risultino associate nelle risposte di uno stesso individuo.

1.° Il pensiero interno è intensamente articolato: il pazzo ha la sensazione come se parlasse in realtà, cioè pronunziasse le parole con i corrispondenti moti muscolari dell'apparato fonetico (*il pensare gli è faticoso*).

2.° La pronunzia interna è sentita come una voce senza suono, che non ha timbro nè intonazione speciale, ma la cui intensità dipende dal sentimento maggiore o minore di sforzo (egli *pensa troppo fortemente*, le sue idee *si muovono*, ha nella testa una specie di *mulinello che mai si ferma...*).

3.° Il malato, rappresentandosi mentalmente la parola articolata, ha nei muscoli della loquela la sensazione dei moti corrispondenti, il *tactum boccale* di V. EGGER, il *sentimento iniziale* e *potenziale* di STRICKER. Qui il fenomeno endofasico

è projettato senz'altro agli organi esterni, perchè la rappresentazione fisiologica del movimento diviene percezione patologica di esso (il malato *si sente formare le parole in bocca*, le ha *sulla punta della lingua*, *le idee gli partono dal cervello* per *scaricarsi in forma di parola...*).

4.° La sensazione dei moti articolatorî è così viva, che il malato crede di parlare mentre effettivamente non pronunzia sillaba alcuna (egli *si fa capire*, gli altri *debbono intenderlo*, gli altri *sanno già tutto...*).

5.° La projezione delle sensazioni centrali è incoercibile: il malato vorrebbe arrestare il decorso centrifugo dell'impulso, ma non lo può, ond' è costretto a movere i muscoli e a pronunziare pianamente le parole (egli dice che *non è più padrone della sua lingua*, che *gli scappano le idee*, che *gli sfuggono i suoi pensieri interni*, *i suoi segreti.* .).

6.° Il malato non è più conscio della morbosità del fenomeno, ma ritiene di agire contro la propria volontà sotto l'influenza di fattori misteriosi (*gli muovono la lingua*; lo *si obbliga ad esprimere il suo pensiero*, lo *si costringe a parlare*, *a compromettersi*; *è Dio*, *è il diavolo*, *sono spiriti che lo fanno parlare*).

7.° La sensazione articolatoria non è ben localizzata, ma si diffonde dagli organi fonetici alle regioni più o meno vicine del corpo, alla laringe, al petto, allo stomaco, all'addome (il malato *sente parlare nell'interno del suo corpo*, le voci gli *partono dal cuore*, vi è qualcuno che gli *parla nella gola* o *nella pancia*, ecc.). Sono queste le così dette *voci epigastriche* ed *ipogastriche*, che contraddistinguono certi delirî di possessione, sia per invasione d'una personalità estranea, sia anche per sdoppiamento materiale della personalità.

8.° Le parole interne sono in parte udite, in parte formulate: la sovraeccitazione ha incôlto il centro acustico ed il centro psicomotorio, e poichè le rappresentazioni sensoriali e motorie sono ordinariamente di natura, intensità ed indole diverse, la coscienza del pazzo è afflitta da una specie di contrasto interno fra due pensieri che decorrono distinti, ciascuno per proprio conto, che sono ora analoghi, ora eterologhi fra loro, or si associano ed ora si combattono (vi *sono* in lui *due coscienze*, per lo più *una buona* ed *una cattiva*; egli sente *due voci* nella

testa, una pro' ed una contro; la sua personalità *ha cangiato di natura*, è divenuta *doppia*; la sua personalità è *invasa*, vi è *qualcun altro nel suo stesso io.....*).

2.° Le impulsioni verbali, come abbiamo visto, non sono che la conseguenza delle rappresentazioni uditive e psicomotrici intensificate: quando la parola interna è formulata, essa tende a scaricarsi per le vie centrifughe. Si ha, dunque, nella funzione linguaggio il fenomeno correspettivo delle azioni coatte, degli impulsi irresistibili, dei movimenti automatici. Anche qui abbiamo varie eventualità, poichè le impulsioni verbali variano: — 1.° Per la estensione del disturbo: ora il linguaggio interno è esagerato *in toto*, e tutte le rappresentazioni verbali psicomotrici assumono un carattere impulsivo, per cui vengono eseguiti dal malato i moti articolatorî corrispondenti a tutte le parole pensate (*loquacità*, *soliloquio*, *verbigerazione*); ora, invece, si tratta soltanto di alcune determinate rappresentazioni verbali che prendono la via conduttrice all'esterno, e sono ejaculate (*impulsi verbali* propriamente detti); — 2.° Per lo stato della coscienza: in taluni casi il malato è *consapevole* del fenomeno, se ne accora, o, per lo meno, lo dipinge come un effetto di un sovraeccitamento morboso del suo cervello; in altri casi la manifestazione fonetica è *involontaria*, malgrado che il malato ne abbia coscienza; per ultimo, nei casi più decisamente morbosi, poichè la coscienza è oscurata o disintegrata, la ejaculazione della parola diviene *involontaria ed incosciente*.

L'impulsività di tutto il linguaggio interno, ciò che potremmo designare come esofasia generale, caratterizza gli stati di esaltamento e di concitazione dell'animo (mania, melancolia agitata, ipocondria morale, episodî maniaci del paranoico), o anche certi stati di debolezza mentale con perdita dei poteri inibitorî (fre-

nosi allucinatoria, pazzia isterica, demenza agitata caotica). Per contrario, le impulsioni verbali parziali, cioè le esofasie specifiche, sono per lo più un indizio di automatismo psichico: esse compaiono nei profondi dissesti della coscienza (melancolia con delirio di colpevolezza e rimorso, pazzia catatonica), nei profondi esaurimenti (neurastenia cerebrale), nelle personalità che non hanno acquistata o hanno perduta la energia rettificatrice delle rappresentazioni motorie (idiotismo, imbecillità, demenza), nelle anomalie di sviluppo della personalità (degenerazioni psichiche), in fine nelle gravi neurosi costituzionali (isterismo, epilessia, corea).

Il fenomeno dell'impulsione verbale, essendo per sè stesso obbiettivo, è agevole a scoprirsi nei malati di mente. Bisogna però considerare che, per dirsi tale, deve avere i seguenti caratteri: 1.° essere *irresistibile* per riguardo alla coscienza ed alla volontà del malato; 2.° essere *incoercibile* con mezzi fisici e morali di coazione esterna; 3.° essere *autonomo*, cioè non dipendere dalla trasformazione d'uno stimolo sensoriale, bensì da uno stato psichico interiore, sia emotivo, sia rappresentativo. Quest'ultimo carattere manca solo in quei casi in cui la impulsione verbale consiste nel ripetere automaticamente le parole e frasi udite (*ecolalia*): ad ogni modo, anche qui si scorge com'essa non abbia alcuna correlazione proporzionale con lo stimolo di cui è un effetto reattivo.

a) Rispetto all'impulsività verbale generale, ricorderemo che la loquacità interminabile dell'esaltato, la vociferazione del maniaco, l'angosciosa querimonia del melancolico, la confabulazione perenne del demente agitato, lo sproloquio del paralitico esaltato, i monologhi del paranoico e dell'allucinato, la ciarla dell'isterica, il cicaleccio puerile dell'ebefrenico e del pazzo periodico, la verbigerazione del catatonico, la petulanza dell'imbecille, la garrulità dell'idiota, sono tutte sindromi che stanno in mezzo fra la iperfasia e la dislogia. Difficile è distinguere dove termini il disturbo del processo evocativo delle idee e dove cominci, invece, quello del processo formativo delle parole: qui contenuto e materia del

linguaggio interno sono spesso disciolti, e il simbolo verbale viene rappresentato, articolato interiormente ed ejaculato per puro automatismo dei centri corticali. Si notano varianti indescrivibili del fenomeno esofasico: notiamo solo questa, che alcune volte l'impulsività della funzione linguaggio si mostra soltanto in periodi determinati della giornata (di giorno, *emerofonia;* di sera, *esperofonia;* di notte, *nictafonia;* durante il sonno, *sonniloquismo*). È pur notevole il fatto che certi alienati, dopo un più o men lungo periodo di mutismo, presentano a un tratto la tendenza impulsiva a verbalizzare: questa esofasia incoercibile improvvisa appare con molta frequenza nelle psicosi degenerative e catatoniche, nella paranoia, nella stessa melancolia con stupore, e persino nella mania (isterica).

b) Più importanti e caratteristici sono gli impulsi verbali parziali, che per molti riguardi ci portano nel campo delle impulsioni intellettuali: e qui abbiamo casi differenti.

1.° Il malato, che già vedemmo in preda ad allucinazioni psicomotrici verbali, è portato a pronunziare inconsciamente le parole pensate (*parlo senza accorgermene*). — È la prima e più semplice fase del fenomeno, e la si osserva ogni qualvolta vi sia profonda concentrazione del pensiero, come nei melancolici e negli ipocondriaci.

2.° Il malato sente formarsi la parola, ha coscienza della impulsione, lotta con più o meno energia contro la tendenza irresistibile a pronunziarla, ma non può trattenersi: la parola scatta suo malgrado (*mi viene, non posso tenermi, bisogna che io gridi*). — Qui abbiamo pure un sintomo delle forme melancoliche con angoscia, ma anche il maniaco, il paranoico esaltato, il neurastenico con idee coatte impulsive, ce lo presentano. È la « logocinesi » di CRAMER, la quale può assumere l'aspetto dell' onomatomania, della coprofrasia o coprolalia, della « monomania bestemmiante » di A. VERGA od « ossessione blasfemica » di BURNS.

3.° Il malato, pur essendo conscio del fenomeno, ha finito coll' interpretarlo a modo suo: lo attribuisce ad agenti estranei alla sua personalità, i quali vi sono penetrati, l'hanno invasa, vi albergano come ospiti molesti, oppure le si sono del tutto sostituiti (***non sono io, è un altro, è Dio, è lo spirito maligno, è un essere che parla in me***). — Questo è il delirio di

ossessione e di metabolismo, che può svolgersi nel melancolico, nell'isterica, nei deliranti sistematizzati religiosi, e che una volta costituiva uno dei falsi criterî giuridici dell'indemoniamento (demonopatia, demonolatria). In taluni casi vi è « metabolismo deumanizzante », cioè il malato si ritiene trasformato in animali (*zoantropia*, *licantropia, cinantropia,* ecc.), e però l' impulso della funzione linguaggio assume i caratteri dell'abbajamento, dell'ululato, del latramento, del miagolìo, e d'altre specie consimili di gridi animaleschi.

4.° La impulsione è attribuita ad agenti che operano dal di fuori della personalità (lo *obbligano a parlare*, lo *costringono a gridare*, gli *mettono le parole in bocca*, gli *elettrizzano* o *magnetizzano la lingua*). — È il delirio persecutorio del melancolico e del paranoico.

5.° L'impulso dipende da una rappresentazione vivace di parole oscene, luride o grossolane, di insulti, di bestemmie, che vengono emesse inconsciamente dal malato durante certe crisi nervose, dove la sovraeccitazione, oltre al centro della parola, prende pure altri centri psicomotorî, e dove per ciò compaiono movimenti involontarî in forma coreico-clonica o anche in forma coordinata di atti sempre eguali. — È la coprolalia o pornofasia, che accompagna certe neuropsicosi di natura degenerativa o isterica, designate come « malattia dei tic » (sindrome di GILLES DE LA TOURETTE, grande corea, v. p. 295).

6.° L'impulso verbale consiste nel ripetere a guisa di eco le parole dette da altri: l'imagine acustica si ripercuote sul centro psicomotorio delle loquela, e il malato, per una esagerazione inconscia dell'istinto mimetico, pronunzia tutte le parole che sente, allo stesso modo che rifa tutti i gesti che vede (*ecofasia*, *ecocinesia verbale*). — In questi casi la ripetizione è automatica, nè risveglia le idee corrispondenti alle parole pronunziate: è insomma una *ecolalia riflessa*, e la si vede nella suindicata malattia dei tic, nelle afasie organiche, nell'idiotismo, nello stupore, nella demenza. — Altra cosa è, invece, la ripetizione che certi alienati fanno delle domande, o per ritardo di comprensione, o per preparazione ponderata della risposta, o anche per vezzo. Nel primo caso si avrà un' eco perfetta, spesso reiterata, delle domande (Es. alla **D.** *Come vi chiamate?* **R.** *Come vi chiamate?* — alla **D.** *State bene?* **R.** *State bene*,

state bene, *state bene*): nel secondo vi è spesso cangiamento della parola e frase (Es. alla **D.** *Come vi chiamate?* **R.** *Come mi chiamo? chi mi chiama?*, ecc.).

7.° Finalmente, l'impulso verbale viene solo in certi accessi di ansietà emotiva, vuoi spontanei, vuoi provocati da circostanze varie della vita; e consiste nella rappresentazione di parole, di numeri, di frasi giaculatorie che il malato *deve* pronunziare perchè hanno, secondo lui, un senso misterioso di salvaguardia, un'arcana influenza preservatrice: altrimenti egli non avrebbe requie, nè potrebbe pensare ad altro, nè agire a un dato modo (*onomatomania impulsiva, aritmomania*). — Qui abbiamo una resurrezione atavica di vecchie logolatrie magiche, astrologiche, cabalistiche, od una intensificazione patologica di volgarissimi pregiudizî, ed è sintomo delle psicosi degenerative. Il malato può essere cosciente della morbosità del fenomeno (pazzia del dubbio), od anche incosciente (paranoia persecutiva, melancolia in sistemazione del delirio allegorico).

92. **Esame dei disturbi nella Dizione (« Disfrasie »).** — I disturbi della Dizione riguardano il modo con cui l'alienato fa uso delle parole per esprimere i proprî sentimenti e pensieri; sono, cioè, le alterazioni della forma esteriore del discorso, in quanto questo si compone di parole riunite e disposte in frasi secondo le norme ed i precetti che regolano l'organizzazione materiale di ciascun idioma. È chiaro, però, che non si può fare una distinzione assoluta fra le alterazioni estrinseche o formali e quelle di contenuto o ideative del linguaggio, poichè nel pazzo è la preparazione interna del discorso per opera del sentimento dominante e della attività ideogenetica ciò che determina le maniere particolari di servirsi delle *parole*, di costrurre delle *frasi*, e di esprimersi mediante l'*eloquio*. Tuttavia, per agevolare le indagini semejotiche, a me è parso opportuno separare le Disfrasie dalle Dislogie, facendo vedere nello stesso tempo come av-

venga il trapasso dalle une alle altre, cioè dalla più elementare alterazione del discorso, che è il semplice cangiamento nella facilità di esprimersi prodotta da stati emotivi comuni, fino a quella più complicata, decisamente caratteristica della pazzia, la quale consiste nella dissoluzione del significato concettuale della parola.

La dizione dei pazzi è alterata in tre modi: 1.° nella emissione e successione delle frasi costituenti il discorso; 2.° nella struttura interna delle frasi, avuto riguardo agli elementi verbali di cui si compongono; 3.° nella scelta e nel collegamento delle frasi rispetto alla natura dei pensieri che esse debbono esprimere. Dunque, tre gruppi di disfrasie: 1.° di forma; 2.° di grammatica e di sintassi; 3.° di elocuzione.

Questo capitolo della semejotica richiede alcuni schiarimenti preliminari di psicologia del linguaggio.

a) Il pensiero consta essenzialmente di *giudizî*; ma tenendo conto dei legami filo- ed ontogenetici già accennati fra pensiero e linguaggio (§ 88), il risultato di un atto giudicativo è una *proposizione* che verbalmente si esprime come frase. Il linguaggio per mezzo di frasi sintetizza tutta la storia evolutiva dei nostri concetti: il discorso è l'unione della parola col pensiero, ed ogni discorso altro non è se non una successione od associazione di frasi. Ond'è giusto quanto intuì il Waitz (*Anthrop. der Naturvölker*, Vol. I.), che l'unità del linguaggio non è la parola, ma la frase: questa ha preceduto quella nello sviluppo della specie, e la precede tuttora nello sviluppo dell'individuo. Ciascuna parola fu nei primordî una proposizione in quanto enunciava un giudizio, sia per comunicarlo agli altri, sia per immetterlo nel pensiero cosciente individuale.

Questa fase primitiva, che fu denominata della *parola-frase* (« sentence-word ») dai filologi inglesi, si è conservata nelle così dette lingue radicali e tuttora si ripete nel nostro fanciullo. Quando il fanciullo, per manifestarci una sua condizione subbiettiva, ad es. « *io ho caldo* », dice semplicemente **caldo**; o per esprimere un desiderio, ad es. « *io voglio del pane* », chiama elitticamente **pane**; o per denotare una azione propria

o di altri, ad es. quella di battere un cane, formula il fonema imitativo **bum**!, — egli usa l'espediente antichissimo della parola-frase. In essa, come si vede, non esiste distinzione fra l'io e il non-io, nè fra soggetto e predicato, nè fra rappresentazione generica e rappresentazione particolare, nè fra nomi denotativi e nomi qualificativi (GEIGER, SAYCE, MAX-MÜLLER, FR. MÜLLER, ROMANES . . .). La separazione della parola-frase nei tre elementi fondamentali che compongono oggidì la frase propositiva delle nostre lingue a flessione, cioè il *soggetto*, il *verbo* e l'*attributo*, avvenne mercè l'intervento e il sussidio del gesto. Fu un movimento mimico indicativo, che fin dapprima servì a designare tutto quanto conteneva la parola-frase nel concetto di chi la formulava: così, se il suddetto fanciullo pronunziando **caldo** indica sè stesso o la minestra, ci specifica chiaramente il soggetto, perchè localizza la sua sensazione secondo la legge fisiologica di eccentricità (**io-caldo, — pappa-calda**); o se emettendo il **bum** indica il cane, poi sè stesso, poi fa il gesto di percuotere, egli scevera nella sua mente e nel discorso l'azione dall'agente e dall'oggetto (**cane-io-colpo**).

Qui è d'uopo notare che l'uomo, prima di conoscersi come soggetto, si considerò ed indicò come oggetto (FARRAR): la coscienza dell'io fu assai tardiva nell'originarsi, fu lenta nello svolgersi, e senza dubbio si acquistò la nozione della personalità altrui, almeno come *oggetto*, prima di acquistare la nozione della personalità propria. È un fatto che ancora si vede nel fanciullo. È pur d'uopo rammentare un'altra scoperta importantissima della filologia comparata, da cui venne illuminata tutta la psicogenesi sociale e individuale: il verbo *essere*, la così detta « copula » dei grammatici, il pernio di ogni giudizio espresso in proposizione, il legame fra soggetto e predicato, non è già primordiale, ma si separò nella frase ed acquistò indipendenza verbale solo in periodi relativamente avanzati del linguaggio e dell'intelligenza umana. Vi sono molti idiomi inferiori che non impiegano mai il verbo *essere* perchè non l'hanno, e però sono ancora in quello stato di omogeneità, di indecisione, di indeterminatezza che contraddistingue il nostro fraseggiare infantile (*linguaggio aptotico* di LATHAM ed E. SPENCER). Filogenìa ed ontogenìa del linguaggio percorrono, infatti, le medesime vie.

Nello stato etnico primordiale ed in quello fanciullesco di omogeneità, neppure i sostantivi erano o sono molte volte distinti dagli aggettivi: il processo sceveratore, per cui nascono, fu ed è lungo nella razza e nell'individuo. Perchè si formassero negli idiomi, e tuttora si formino nel linguaggio del fanciullo, i *nomi comuni* significanti gli oggetti, i *pronomi* per le persone, i *qualificativi* per le loro qualità, i *verbi* per le azioni; perchè questo materiale soggiacesse, e soggiacia, a quei cangiamenti morfologici che servono a designare e a fissare le nozioni di *numero*, di *genere*, di *persona*, di *tempo* e di *modo*; perchè ai nomi esprimenti il soggetto il predicato e l'azione si aggiungessero poi, e si aggiungano anche ora, le parole corrispondenti a idee di relazione nello spazio e nel tempo, di causa, di condizione, cioè gli *aggettivi indicativi*, le *preposizioni*, gli *avverbî*, le *congiunzioni*, occorsero molti e molti secoli in ciascuna lingua, e molti sforzi deve eseguire ciascuna mente individuale per la loro comprensione e per lo apprendimento del loro uso corretto. Vi è nel fanciullo, come nell'uomo primitivo, la tendenza naturale a formarsi un idioma personale con una grammatica e una sintassi tutta sua (HALE): ma anche qui, come per il materiale fonetico e lessicografico, esiste una continua selezione, che elimina le piccole scoperte e innovazioni individuali. Alla perfine ciascuno di noi è costretto a costituirsi il proprio vocabolario solo coi mezzi fornitigli dall'idioma parlato nel suo gruppo sociale, ed è obbligato ad adottare norme precise per la formazione delle frasi e il loro collegamento in discorso, quando intende estrinsecare i suoi giudizî in proposizioni comprensibili dagli altri conviventi. Così il linguaggio si fissa per un certo tempo nelle sue forme, ma pur si modifica sempre: queste due qualità della parola, cioè *stabilità relativa* e *variabilità continua*, servono a *fissare* il pensiero e a lasciarlo *svolgere* mediante modificazioni successive della sua esteriorità materiale (dizione) e del suo contenuto (idee).

b). Quando la dizione è sana e regolare, le parole si presentano alla mente nelle loro imagini verbali e si esteriorizzano mediante gli opportuni moti fonetici nella forma e secondo l'ordine con cui vennero acquistate. Forma ed ordine delle parole corrispondono al contenuto e al collegamento

mutuo delle idee di cui sono il simbolo; ma, dal loro canto, questo contenuto è dato dagli elementi percettivi che vi sono riuniti e accumulati, e il collegamento è dato dalle circostanze nelle quali le percezioni vennero raccolte (associazione di *contiguità*, di *somiglianza*, di *contrasto*). Ne segue che il discorrere, cioè il rivestire successivamente i pensieri delle forme verbali corrispondenti, e il disporre queste nei loro rapporti normali di successione e di vincolo, che è quanto dire la costruzione *grammaticale*, *sintattica* e *logica*, diventano, dopo il lungo tirocinio dell'infanzia, un'abitudine della mente, un'operazione inconscia del cervello. D'ordinario, noi parliamo badando al significato di ciò che diciamo, non al materiale di cui ci serviamo: quest'ultimo si risveglia automaticamente ogni qualvolta abbiamo un pensiero da esprimere, e si risveglia conformato nel modo in cui lo abbiamo appreso e depositato come ricordo nei centri cerebrali. La grammatica, la sintassi, la logica stessa non sono, dunque, categorie del discorso e del pensiero, che loro preesistano nel senso di leggi astratte, come pretendeva e pretende una scuola arretrata di psicologi (filosofi): noi le adoperiamo senza averne coscienza, ed esse sono soltanto le particolarità stesse del discorso come veste del pensiero, che un paziente lavoro di analisi conoscitiva ha scoperte, definite e descritte. Certo, gli idiomi odierni essendo molto ricchi e variabili col tempo, noi possiamo mediante lo studio perfezionare la scelta corretta dei vocaboli, l'uso delle così dette regole grammaticali e sintattiche, e la disposizione delle parole in frasi e delle frasi in eloquio affinchè sia più atta ad efficacemente esprimere i nostri concetti. Ma la esistenza di popoli antichi e moderni privi di scuole, la storia dei diversi metodi didattici usati nelle varie epoche dell'incivilimento, il fatto che moltissimi individui, anche in mezzo alla società intellettualmente più raffinata, imparano senza studio il loro idioma per quanto loro è necessario ai fini pratici della convivenza, ci provano che può mancare la conoscenza perfetta del meccanismo della dizione normale e dei suoi più alti perfezionamenti, senza che con ciò le venga tolto il valore sociale di manifestazione precisa ed ordinata dei pensieri e sentimenti individuali. Intanto, varî fattori influiscono sulla dizione normale.

α. La dizione diversifica, infatti, secondo il grado dell'intelligenza, e il primo fattore del vario fraseggiare e discorrere dei pazzi, di cui l'alienista dovrà tener conto, è la coltura. Pur essendo provvisto di un lessico poverissimo, il più rozzo contadino è capace di formulare frasi nel tempo, nel modo e nella disposizione necessarî. Le frasi di costui saranno semplici; il soggetto e l'oggetto avranno pochi complementi; non saranno usate tutte le possibili flessioni coniugative dei verbi, nè tutte le parti secondarie della lingua indicanti relazioni complesse; vi sarà un vero abuso degli ausiliarî *essere* ed *avere*, che rendono più agevole la predicazione; vi saranno, fors'anche, errori di lingua, di grammatica e di sintassi: ma che importa? Quell'individuo incolto si varrà di altri mezzi sussidiarî (mimica, fisionomia), userà perifrasi, girerà attorno agli ostacoli; ma il discorso suo non avrà minore precisione ed efficacia rappresentativa, e noi sapremo sempre sceverare ciò che è frutto dell'imperfetta cultura da ciò che si deve ad anomala ontogenesi o a dissoluzione morbosa della dizione. Ed è opportuno che delle indescrivibili varianti individuali per rispetto all'idioma e al suo uso nell'elocuzione ordinaria, l'alienista si ricordi quando deve studiare quelle personalità imperfette, dove per l'appunto anche il linguaggio resta povero, poco flessibile, in condizioni pressochè infantili o barbare (imbecillità, fatuità di spirito), oppure quelle personalità la di cui disintegrazione morbosa ha alterata, ristretta, immiserita, annichilata la funzione espressiva della parola in relazione col pensiero (stati di indebolimento mentale). Ciò gli impedirà di fare apprezzamenti erronei sul grado di sviluppo raggiunto dai poteri intellettivi e sulla loro progressiva distruzione, ossia lo guiderà nel ben diagnosticare le disfrasie intellettive degli alienati.

β. Oltre alla cultura, un'altra condizione psicologica normale influisce sulla dizione: ed è lo stato dell'animo. Quando siamo profondamente commossi, quando ci domina un sentimento di pena, di gioia, di odio, di collera, di paura, noi modifichiamo inconsciamente il nostro modo di discorrere. Non solo la idea si traduce con maggiore o con minore agevolezza in simbolo verbale (facondia e mutismo delle passioni intense), ma spesso non troviamo neppure le parole atte ad esprimerle,

oppure troppe ad un tempo ne insorgono nella nostra mente. In allora « perdiamo il dizionario », preferiamo i motti brevi o poco difficili, le frasi corte o intercise, usiamo parole scorrette, volgari e grossolane, abusiamo della ripetizione, nella foga o nell'arresto del dire trasformiamo le parole, capovolgiamo le frasi, ne elidiamo una parte e spesso non la più inutile (soggetto, pronome), non discorriamo più con chiarezza, nè con proprietà, nè con armonia di linguaggio. Se l'emozione non è tale da conturbare la formazione interna delle parole e la loro emissione, noi possiamo trarre il massimo profitto dalla loro efficacia significativa, ed elevarci alle più alte e più evolute forme di elocuzione (traslati e figure rettoriche, apostrofi, linguaggio poetico). Tutto questo ci dà la chiave per interpretare le disfrasie emotive degli alienati.

c). Determiniamo ora, secondo il consueto, le leggi generali della fisio-psicologia della dizione, per porre in loro raffronto le sue fondamentali alterazioni.

1.° *La frase esprime un'operazione mentale di giudizio, e consiste in una proposizione.* — Un giudizio è un atto intellettivo con cui si assegna un predicato ad un soggetto: ne segue che la frase ha sempre il valore espressivo di una predicazione. Ma per dare un predicato la mente deve partire dalle percezioni sensibili delle cose, delle persone, délle loro qualità, degli atti: se si altera il processo percettivo o il rievocativo delle imagini corrispondenti (ideazione), la mente non scorge più le relazioni normali tra gli stati di coscienza, e la proposizione esprime erroneità o deformità del giudizio predicativo. Tale è l'origine del fraseggiare anomalo dei pazzi.

2.° *La dizione si dissolve in senso inverso alla sua evoluzione.* — La frase primitiva fu semplicissima nella razza e lo è tuttora nel fanciullo. Quando la mente non si sviluppa o la personalità si dissolve, noi vediamo la dizione permanere nel primo caso, e ritornare nel secondo, alle sue caratteristiche primordiali, vuoi filogeniche, vuoi ontogeniche: essa, cioè, permane o torna alla « parola-frase ». L'idiota e l'imbecille da un lato, il demente dall'altro, ci offrono esempî tipici di codesta imperfezione e semplificazione del discorso.

3.° *La mimica può riparare alla insufficienza od alla dissoluzione della frase.* — Se fu il gesto che operò la scis-

sione della parola-frase nei tre elementi, soggetto verbo e attributo, non è a stupire che negli stadî di alterata dizione (condizioni emotive intense) e in quelli di dizione disintegrata (indebolimento dell'energia intellettiva) si vegga un ritorno all'eccesso della gesticolazione. Così il melancolico può supplire con la mimica e con lo sguardo all'incapacità sua di esprimersi; così il maniaco ed il catatonico spesso si mostrano in preda ad un silenzio « mimicamente eloquente »; così il demente e il delirante sistematizzato trinciano larghi gesti e assumono grotteschi atteggiamenti significativi, quando non trovano più la frase atta a rivestire i loro concetti stravaganti.

4.° *Gli elementi del discorso, che si dissolve, si mantengono in ragione della loro antichità nella specie e primordialità nell'individuo.* — Questa legge è conseguenza logica dell'altra da noi precedentemente esposta (cfr. pag. 318). Nel linguaggio del demente si ritorna all'omogeneità originaria, a quando cioè i nomi non si erano differenziati: dapprima sono perduti i nomi astratti, poi i numerali, poi i qualificativi, indi i personali, e ultimi rimangono i generici o comuni. Anche i pronomi personali ed i verbi spariscono abbastanza presto; spesso i primi vengono sostituiti dai nomi proprî, e dei verbi non sono ritenute le flessioni di modo e di tempo, ma si conserva solo l'infinito, cioè l'indeterminato. Contro a ciò sta l'evoluzione imperfetta della dizione nel frenastenico, che se acquista abbastanza facilmente i nomi individuali, non giunge quasi mai agli astratti, nè a tutti i modi e tempi dei verbi.

5.° *La grammatica si dissolve prima della sintassi.* — Molte lingue inferiori non hanno regole grammaticali, ma solo le sintattiche (Cinese), e d'altra parte il fanciullo apprende prima queste e poi quelle. Nessuna meraviglia, adunque, che nella disintegrazione mentale si distruggano dapprima le nozioni che possiamo dire « etimologiche » della parola, e ultime quelle concernenti i loro vincoli e la loro posizione rispettiva nella frase, cioè la sintassi. Del resto la tendenza a semplificare la grammatica è insita in ogni idioma evoluto: certi pazzi, come avviene in altri fenomeni associativi delle idee, sembrano anticipare nel loro discorso la futura fase analitica delle lingue a flessione che già si accentua in talune moderne

(per es. nel francese e nell'inglese rispetto al romanzo e all'anglo-sassone, da cui derivano).

6.° *Anche le qualità dell'eloquio soggiaciono nella pazzia ad una involuzione regressiva.* — Dalla frase semplice e staccata la mente umana passò, e passa nel fanciullo, al fraseggiare complesso, e da questo al discorso sempre più amplificato e connesso logicamente nelle sue parti successive (ragionamento), sino a che si svolse nei popoli aventi una letteratura, o si acquista dagli individui intellettualmente più avanzati, la facoltà dell'eloquio. È coll'eloquio che noi sappiamo esprimere i nostri sentimenti e pensieri in modo da convincere altri delle nostre credenze (oratoria). Ora, per quanto sottile e arguta, la dizione del pazzo non ci convince, non solo perchè mancano i nessi logici fra le sue idee e noi le vediamo in contrasto con la realtà, ma perchè il suo stesso eloquio manca per lo più di efficacia patetica e rappresentativa sulle menti equilibrate.

I. Le **disfrasie di forma** si rivelano con un'alterata successione delle frasi e delle parole che compongono il discorso. Ora questa successione è rallentata od interrotta, fino a sospendersi del tutto (*ipo-* ed *afrasia*); ora essa è più rapida, affrettata, fino al sovrapporsi tumultuoso d'una frase sull'altra e all'intralciarsi dei costitutivi fonetici di esse (*iperfrasia*); ora, infine, è lesa, perchè si perturba il processo rappresentativo dei movimenti verbali che debbono formare le frasi, o perchè vi si introducono elementi estranei che dipendono da un'eccitazione dei centri corticali (*parafrasie*).

Questi disordini della dizione sono in rapporto con stati morbosi diversi del pensiero, sia nel sentimento, sia nell'intelligenza. Possono associarsi coi sintomi già descritti nella pronunzia, nell'articolazione, nel linguaggio interno, cioè con dislalia, disartria e disfasia; ma nel maggior numero dei casi, e particolarmente nelle vere malattie vesaniche, sono affatto isolati, e si presentano all'alienista come prima e diretta manife-

stazione della psicopatia: le dislogie, che sono i disturbi dell'ideazione, vengono per lo più scoperte in una fase ulteriore dell'esame, e spesso noi le desumiamo dalla esistenza medesima delle disfrasie. Noi vediamo, dunque, alterazioni formali del discorso in un gran numero di pazzi: — 1.° nelle psiconeurosi primitive semplici e nelle periodiche, dove esse sono l'effetto del perturbato tono sentimentale e del più agevole o difficile processo ideativo (melancolia, mania, frenosi sensoria o confusione mentale, amenza, stupore); — 2.° nelle psiconeurosi secondarie, dove dipendono dalla diminuzione del potere di sintesi e di verifica sulle imagini ed idee, o dall' affievolirsi dei loro vincoli associativi (demenza); — 3.° nelle parafrenie, dove sono causate dal predominio di determinate imagini ed idee, e dalla dissoluzione della personalità (paranoia, pazzie sistematizzate); — 4.° nelle psicopatie organiche, dove il processo morboso, oltre a ledere in più modi il meccanismo della loquela, distrugge poco a poco l'attività dei centri psichici, e così toglie all' individuo la capacità di esprimerne le modificazioni subbiettive (demenze paralitiche, encefalopatie tossiche); — 5.° per ultimo, nelle stesse psicosi costituzionali degenerative, in quanto la personalità non giunge agli acquisti normali concernenti la facoltà di elocuzione, o vi si hanno insurrezioni morbose dall'incosciente che interrompono e deturpano la dizione (frenastenie, epilessia, isterismo, corea, ebefrenia, pazzia catatonica).

a) La varietà più semplice di ipofrasia consiste in quel rallentamento della dizione che caratterizza gli stati depressivi dolorosi dell'animo (melancolie), e che anche nell' individuo sano può essere provocato da un' emozione penosa, da un avvenimento sfortunato: è una specie di paresi della elocuzione da dolore acuto o profondo. La *bradifrasia* del melancolico è tipica: egli parla lento, come di malavoglia, tra-

scinando in lungo la frase, distaccandone i membri, spesso rispondendo appena alle domande, obbligando chi lo interroga a ripeterle, non parlando a stento se non quando venga reiteratamente eccitato. Talvolta la frase non si completa neppure, e rimane interrotta nel punto culminante, quando cioè stavamo per raccogliere un'informazione o quelle rivelazioni dei concetti deliranti che tanto a noi preme di scoprire (*bradifrasia interrotta*): in certi casi, la soluzione di continuità del discorso è riempita da profonde inspirazioni, da gemiti, da lagni (*br. intercisa*). Altre volte la interruzione e il non completamento delle frasi rendono assolutamente incomprensibile il discorso, e noi possiamo avere l'impressione fallace della incoerenza, cioè di un disordine nell' associazione delle idee (*br. pseudo-incoerente*): questo avviene in massima, quando le idee tristi ed i sentimenti penosi, le illusioni e allucinazioni, insorgono e invadono tumultuosamente la coscienza (melancolia agitata).

b) I casi, in cui i malati non parlano mai spontaneamente, ma solo quando vengano stimolati da altri, servono di passaggio a quelli dove l'ipofrasia diventa afrasia, cioè mancanza di ogni dizione, di ogni estrinsecazione fonica articolata del pensiero. L' afrasia, dunque, altro non è che il *mutismo vesanico*, che si osserva in molte forme di pazzia. A tale proposito, essendo l' argomento assai importante nella semejotica psichiatrica, inserirò qui alcune considerazioni sui pazzi che « non rispondono all'interrogatorio ».

Assai di sovente nella clientela di città o nella Clinica mi sento dire dai medici curanti e dagli studenti che non fu loro possibile trarre alcuna informazione dal malato, perchè questi tace ostinatamente, o risponde con monosillabi e cenni del capo, talvolta senza nessuna congruenza alle domande, e malgrado ogni sorta di eccitamento. Eliminata l'esistenza di una sordità congenita o di una ipocofosi acquisita (sordomutismo, malattie dell'orecchio), noi abbiamo quattro eventualità possibili, quando ci troviamo dinnanzi ad alienati muti.

1.° *Il malato non può rispondere, perchè non sembra neppure comprendere le domande a lui dirette.* — In questo caso, l' atteggiamento, la fisonomia, la mimica del malato non tradiscono nessun tentativo nè per rivolgere l' attenzione verso chi li interroga e verso gli oggetti circostanti,

nè per raccogliere le idee attorno alla risposta da dare: il contegno è passivo, o apatico, o stupido, perchè vi è profondo turbamento della coscienza; e a seconda che l'espressione dominante sia di tristezza o ansietà, di indifferenza, di atonia psichica, di inconsapevolezza, e a seconda dei sintomi fisici concomitanti noi sapremo distinguere una melancolia, una demenza terminale o primitiva, una paralisi progressiva in istato depressivo.

L'afrasia è per lo più preceduta nei melancolici da un periodo di stento maggiore della parola. Dapprima essi spiccicano le frasi, scomponendole nei loro membri, elidendone or l'uno or l'altro, cercando le parole più brevi, e, se è possibile, le monosillabiche; di poi, neppure i monosillabi vengono pronunciati, e per un tempo più o meno lungo, per ore, giorni, settimane e mesi, il pazzo diventa silenzioso. Talvolta l'afrasico non esce dal suo silenzio se non per pronunciare qualche rara parola, qualche breve frase, o per emettere sospiri, gemiti, lagni; certuni tacciono di giorno e si fanno loquaci nella notte, forse per l'acutirsi dei fenomeni allucinatorî. Il maggior numero dei melancolici è muto involontariamente: — o perchè vi è un affievolimento della volontà, cosicchè il parlare diviene uno sforzo superiore alla loro energia, ed essi tutto al più arrivano a movere appena le labbra, malgrado che comprendano tutte le domande (melancolia passiva semplice); — o perchè vi è arresto totale del pensiero, depressione intellettuale sì profonda, da sospendere ogni attività psichica, e prima di tutte quelle d'espressione: il malato non parla allo stesso modo che non pensa (melancolia stupida, stupore); — o perchè vi è concentrazione del pensiero sulle idee tristi, ed il campo della coscienza è aggredito da continue allucinazioni che assorbono tutta l'attenzione (melanconia allucinatoria o delirante). — È importante il fatto che il melancolico e talora lo stupido possono *susurrare* alcune parole o frasi, pronunziandole afonicamente.

2° *Il malato non vuole rispondere, perchè si è proposto di tacere.* — La fisonomia attenta, lo sguardo mobile, spesso un sorriso sarcastico, un movimento di repulsione, un atto od un'espressione fugace di diffidenza, dimostrano l'indole delirante di questo mutismo: lo dimostrano pure il

suo insorgere spontaneo, l'alternarsi con periodi di polifrasia, la sua ostinatezza sotto ogni specie di stimolo, la mancanza degli stessi fonemi emotivi, e specialmente il fatto che l'alienato non susurra neanco le parole in modo afono, o diventa muto solo in certe circostanze di luogo e di tempo (presenza dei medici o parenti, dimande d'una data natura, ecc.).

In questi casi il mutismo dei pazzi è, dunque, volontario (*afrasia paranoica*, KUSSMAUL): ed ora è un' allucinazione imperativa acustica, o, più veramente, visuale, che lo ordina al malato (melancolia con delirio religioso, paranoia); ora è la paura di peccare parlando, o di dir cose che possano recare pregiudizio agli altri (delirio di colpevolezza): ora è il timore di compromettersi, di dare appiglio ai proprî nemici, di tradire i proprî pensieri (diffidenza e delirio di persecuzione del melancolico e del paranoico); ora è l'idea di avere guasto il meccanismo della parola, di esporsi a malattie infettive o a miasmi aprendo la bocca (delirio ipocondriaco); ora è un semplice capriccio o il desiderio di rendersi singolari (isterismo, mania). Così i pazzi arrivano a imporsi il silenzio su per giù per gli stessi motivi, che anche in certe corporazioni religiose fecero inscrivere il mutismo fra le norme del santo vivere, o che inducono i selvaggi a rimanere tacitamente raccolti attorno ai loro idoli o alle tombe degli avi (*afrasia superstiziosa*).

3.° *Il malato non può rispondere, malgrado possa percepire le dimande ed esprimersi con la voce, perchè vi é sovrapposizione e tumulto di imagini nella sua coscienza.* — Questo è il caso del maniaco incongruente, disordinato negli atti e nel contegno, che anche se afferra la domanda è incapace di fissare la sua attenzione sulla risposta, o vi risponde con qualche gesto bizzarro, con una smorfia del viso, con un cachinno irrefrenabile, con una parola o frase senza senso, con cui sembra burlarsi dell'interlocutore. Qui abbiamo un vero pseudomutismo, che molte volte è indizio di cronicità della malattia o tradisce la di lei natura degenerativa.

4°. *Il malato vorrebbe rispondere, ma non lo può perchè si trova nell'incapacità di farlo, e ne è consapevole.* — Qui abbiamo, in primo luogo, le afrasie dipendenti dalle già citate forme organiche di afasie, cioè dalla sordità verbale (p. 361), e dall'amnesia motrice (p. 362): in secondo luogo, il

così detto « mutismo isterico », che noi ponemmo fra i disturbi del linguaggio interiore (p. 363). La mimica e la *scrittura* suppliscono in questi individui all'incapacità di parlare: salvo che nell' isterica vi è anche per lo più una parafonia, rivelataci da ciò che essa porta la mano alla gola per indicarci che vorrebbe parlare, ma non può emettere la voce, e da ciò che non susurra neanco le parole: è, dunque, una specie di paralisi psichica per autosuggestione. L'afasico, invece, fa sempre conati di articolazione.

L'ipo- e l'afrasia possono però dipendere da altre cause: per esempio, da un esaurimento cerebrale (neurastenia e psicastenia), da una sospensione periodica della coscienza (epilessia larvata), e all' ultimo, dalla deficienza congenita o dall' indebolimento acquisito della intelligenza. Certi idioti torpidi, e sopratutto i cretini, si conservano pressochè muti, o discorrono raramente, e allora dispongono lo scarso loro materiale lessicografico in frasi brevi, incomplete, intercalate da pause. E così il demente apatico, in cui la coscienza è offuscata o annientata, non ha più manifestazioni del pensiero o ha appena quelle che gli sono risvegliate dai bisogni istintivi. Lo stesso fenomeno avviene nel paralitico all' ultimo stadio.

È a notare che certe volte l'afrasia è apparente: vi è bensì silenzio immediato del pazzo quando lo si eccita a parlare, ma si tratta solo di un ritardo straordinario a rispondere, sia perchè il tempo psichico di percezione si è allungato, sia perchè occorre uno sforzo per associare il pensiero alla parola (melancolie tendenti allo stupore, demenze acute, demenze croniche). In tali casi la risposta del pazzo può venire tardissima, e arrivarci quando già credevamo spento in lui perfino l'eco delle nostre domande: e di questo curioso fenomeno vidi ora è poco un bellissimo esempio, per cortesia del Dottor VENANZIO, nel Manicomio Dufour di Milano.

c) Dell' iperfrasia il tipo più puro è rappresentato dall'acceleramento della parola, che si vede negli stati di lieve eccitazione mentale con tono aggradevole del sentimento e agevolata formazione delle idee, come avviene nell'uomo allegro (*tachifrasia*). Ed ecco perchè la parola facile e versatile, con frequenti motti spiritosi basati su semplici consonanze (« calembour »), caratterizza l'ipomania e i primi periodi della

mania. Ma poi il discorrere si fa sempre più rapido, i malati non attendono le domande, e si affrettano a interrompervi e a parlare, quasi non avessero tempo per esprimere tutte le nuove idee che insorgono nella loro mente esaltata (*polifrasia*). In un grado più avanzato essi parlano incessantemente, notte e giorno, senza tregua e riposo, alzando la voce, proiettando le parole e frasi con impeto: ogni sensazione, ogni idea, risveglia nuove imagini verbali che si accavallano per così dire le une sulle altre: il malato parla di tutto, su tutto, per ogni cosa che lo colpisca, per ogni suono che intenda (*allofrasia*, *logorrea*). Poscia il discorrere si fa tumultuoso, conforme al tumulto delle idee, e allora la frase non è neppur completata, le parole escono scucite, smozzicate, e talvolta, per fare sempre più presto, strambe al punto da parer parole nuove (*neologia passiva*), tal'altra cincischiate o abburattate (*battarismo*). Così si raggiunge quell'incoerenza della parola, che può a prima vista essere attribuita ad un indebolimento dei poteri associativi, ma dove invece il linguaggio è scucito o frammentario per una eccessiva formazione di imagini e di idee, spesso per un'esagerazione del linguaggio interiore (v. più innanzi, §. 93). E insomma un vero « delirio verbale » (*logomania*).

Lo stesso acceleramento della parola si osserva nel paranoico durante i suoi episodî di eccitazione sentimentale: anch' egli si esprime con grande facilità, ma non si tarda a scoprire, sotto la apparente disfrasia dell' esaltato, il sistema di idee che vi predomina, cioè la dislogia per delirio, Altri malati possono pure discorrere affrettatamente, ad esempio il paralitico esaltato, l' alcoolista acuto e cronico, il demente agitato, il melancolico nei suoi accessi di rammarico e di disperazione, l' isterica nella fase passionale del delirio. l'epilettico nei suoi gravi accessi di irrequietudine allucinatoria, l'imbecille irritato e dispettoso; ma anche qui sarà sempre possibile sceverare il semplice fenomeno disfrasico dagli altri che sotto vi si nascondono e riguardono l' ideazione.

d) La classe delle p a r a f r a s i e, cioè dei pervertimenti morbosi della dizione, è assai più numerosa e complessa delle due precedenti.

α. In un primo gruppo si dispongono quelle elisioni e contrazioni difettose della frase, quelle aberrazioni del di-

scorso, che abbiamo già visto prodursi quando esso troppo si rallenta o si affretta. Nel primo caso, staccandosene soverchiamente i membri, la frase si snoda e diviene incomprensibile, a un dipresso come lo è nel soliloquio del dormiente (*mussitazione*): nel secondo, la frase si raggruppa, le parole si accavallano, e un'idea viene strozzata dalla successiva o amalgamata, deformandosi, con essa, come succede nel fanciullo che cinguetta e ciancia senza costrutto (*coreofrasia*).

β. In un altro gruppo la frase viene emessa senza corrispondenza col concetto che vorrebbe esprimere; il malato non fa attenzione a ciò che dice, e si impappina; il discorso perde la sua correttezza morfologica, e spesso più parole vicine si confondono, o si scambiano fra loro qualche suono letterale o sillabico; la frase esce contorta, quasi capovolta; si introducono nel discorso parole senza senso e senza costrutto; dal soggetto principale si passa inopinatamente agli accessorî o ad altri che non hanno con lui alcun legame. Così, « saltando di palo in frasca », viene detto il contrario di ciò che il malato voleva dire (*scoliofrasia*). È fenomeno degli stati d'incoerenza ideativa e di debolezza mentale.

γ. Un terzo gruppo è più singolare, perchè si tratta di ripetizione incessante delle stesse frasi e parole, talvolta degli stessi suoni sillabici e letterali, la cui emissione sembra produrre nel malato un certo piacere muscolare e un sentimento di soddisfazione, o anche corrispondere ad un vero impulso verbale (*palimfrasia*). Così alcuni ripetono più volte il soggetto o il verbo della frase (**io sono, sono, sono, sono . .**); altri calcano sugli **R**, sugli **O**, sui suoni letterali più sonori, e li fanno vibrare e risonare più fortemente, cercando le parole dove essi abbondano; altri, ancora, rimano tutte le sillabe finali, e, se non trovano le rime nel rimario comune, le inventano storpiando le parole; altri cercano di preferenza le parole fonicamente consonanti, dove sia una data sillaba (es: **po-po, ta-ta**: « *questa porta è posta apposta* »; **u, pu**: « *l'upupa cupa s'imbuca giù giù* »). È curioso a notare che codesto fenomeno patologico sia stato elevato a norma di stile in certe scuole letterarie moderne (i decadenti).

δ. Vi è poi il gruppo dei malati esclamatori, che parlano per interjezioni (**ehi-ehi, oh-oh**); o che si esprimono con

vocali isolate, ora rinforzantisi ed ora decrescenti (*a, a, a, a, ah, — i, i, i, i,*); che emettono suoni sillabici stranamente accozzati (**tralalà, tra la tra la**), o combinazioni vocali imitanti le parole (es. **a i e i a**, per artiglieria). Vi sono anche i malati che avendo scelte o composte parole insensate le gridano reiteratamente, violentemente, nella loro camera, per tutto il giorno e la notte (es. **manca panca, — zucco brucco, — Silvio Pellico! Silvio Pellico! Silvio Pellico!!....**). Come varietà di questo fenomeno disfrasico, che è sempre di natura degenerativa, possiamo considerare l'altro non meno stravagante di raddoppiare tutte le sillabe (es. « **dadatetemimi del del papanene** »); o di introdurre fra le sillabe o le parole della frase suoni particolari che le allungano e le deformano, come praticano i ragazzi in certo lor gergo di scuola (per es. immettendo il suono **pi** ad ogni sillaba: « **ipiopo soponopo vepenuputopo dapa tepe** », per *io sono venuto da te*). Alcuni pazzi si danno a questi mono- e polisillabismi paradossali volontariamente o per capriccio morboso (maniaci), o perchè sono inspirati da un delirio orgoglioso (paranoici): altri, invece, lo fanno involontariamente, automaticamente (infantilismo verbigerante dei catatonici). In certi casi dobbiamo vedervi un'esagerazione morbosa di quel parlare stentato dei ciarloni incorreggibili, che inframettono nella frase suoni aspirati di **an ang** (*angofrasia* di KUSSMAUL).

ε. Questo ci permette di passare ad una ancor più caratteristica perversione del discorso, agli *automatismi verbali*, di cui il tipo fisiologico ci è fornito da quegli intercalari, che ciascuno di noi più o meno possiede e che in certuni raggiungono uno sviluppo grottesco. Gli intercalari dei pazzi sono veri emboli del discorso (*embolofrasia*), che sovente rispondono ad un'allucinazione, ad un delirio. Certi ritornelli fastidiosi dei melancolici deliranti, dei maniaci cronici, dei pazzi sistematici, dei paranoici, e certi ritorni periodici di parole e frasi negli epilettici, dipendono da un'abitudine che spesso fa perdere il senso del fonema. — Abbiamo poi altre varietà cliniche. Alcune volte l'embolo della frase consiste in parole oscene create per impulso verbale (*coprofrasia*). — Più interessante ancora è il caso in cui l'elemento estraneo della frase è una parola, un motto, risvegliato per associazione

ideativa di contrasto (ad es. **bianco . . . nero**; — **cane . . . gatto**; — **bello . . . brutto**; — **Madonna . . . Diavolo**, ecc.).

ζ. Vi è anche non raramente una disfrasia mimetica, cioè con riflesso imitativo esagerato (*ecofrasia*). Molti pazzi ripetono ogni frase dell'interlocutore, oppure l'ultima parola che hanno udita; e allora la mettono a capo della risposta, o la innestano in mezzo ad essa, provando il bisogno irresistibile di farle la rima: talvolta non ripetono delle parole lunghe che le ultime due sillabe o solo l'ultima, ma tutto ciò fanno senza che la loro attenzione sia svegliata dal valore intrinseco del fonema verbale e senza connettervi senso alcuno, su per giù come avviene nei fanciulli (Romberg). Qui abbiamo un vero « delirio onomatopeico », e lo scorgiamo nei maniaci, massime ebefrenici e degenerati, nelle isteriche, nei coreici, talvolta nei paralitici, nei dementi, negli imbecilli.

η. Una forma interessante è il *linguaggio reflesso*: esso consiste nel rispondere casualmente con quelle frasi volgari, che spesso ripetute nel linguaggio famigliare, per convenienza o per saluto, si sono organizzate in ricordi stereotipi e vengono emesse per abitudine semisconcia. Tali sono il *grazie, e Lei?* — *La prego*, — *fa bel tempo*, — *sicuro, perfettamente*, — *infatti, avete ragione*, — *La ringrazio, tanti complimenti*, — *ma Le pare?* . . . e simili volgarità, di cui certi dementi compongono tutto il loro discorso, dicendole con serietà ridicola come se enunciassero profondi pensieri o mantenessero viva una conversazione elevata. — Come varietà del genere, ricorderò anche la irresistibile continuazione di frasi conosciute di cui essi intendano il principio (es. D. *Umberto* . . . R. **primo re d'Italia e Margherita sua consorte** . . .); o di serie numeriche (es. D. *1, 2, 3* . . . R. **4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 20, 30** . . .); o di note musicali (es. D. *do, re, mi* . . . R. **do, re, mi, fa, sol, la, si, do, re, mi, fa, sol, la, si** . . .), ecc. È un altro aspetto dell'automatismo verbale, e corrisponde ad una vera suggestione delle idee.

θ. Finalmente, appartengono per un certo riguardo ai disturbi della dizione quei casi in cui il malato entra in ogni discorso, quasi in ogni frase, nell'argomento prediletto del suo delirio, o vi inzeppa, quando anche non vi sarebbe opportunità o connessione alcuna, qualche accenno ai proprî disturbi sen-

soriali, percettivi e rappresentativi: è la *parafrasia tematica* del KUSSMAUL. Questa non è altro se non l'esagerazione del fatto volgare che ci presenta l'individuo sano dominato da un'idea o preoccupato da un sentimento, il quale trae il discorso ad ogni piè sospinto sul suo tema favorito: così siamo portati in pieno territorio dislogico.

II. Le disfrasie di sintassi e di grammatica consistono in deviazioni della struttura interna della frase, la quale più non ubbidisce alle norme ed ai precetti dell'idioma parlato dal pazzo. Negli stati di imperfetto sviluppo mentale questo fenomeno può dipendere da ignoranza, da deficienza di coltura, da povertà della dizione; ma quando esso si manifesta in personalità, che possiamo supporre già completate e quindi disintegrate dalla malattia, la origine ne è diversa, e si designa allora col nome di *acatafasia* (STEINTHAL). — In alcuni casi la perdita delle regole sintattiche e grammaticali è dovuta ad un infiacchimento della memoria, e tradisce la debolezza mentale acquisita (forme croniche, demenza); — in altri dipende dalla mancanza di attenzione, perchè nel perturbarsi dei suoi sentimenti, nel tumultuare e nel cozzar delle idee, cui più non domina un lavorìo interno di elaborazione e di sintesi, nell'affievolirsi della volontà e del potere inibitorio, il pazzo non bada più alla forma esteriore del discorso, e compone le frasi con le parole che gli si vengono per prime presentando alla coscienza (forme acute, psiconeurosi, pazzie emotive ed allucinatorie, catatonia); — in un terzo gruppo, all'opposto, le regole della dizione sono a bella posta trascurate, invertite e deviate, perchè questa trascuranza, inversione e deformazione corrispondono a determinati concetti deliranti (paranoia).

Nel procedere all'esame di questi disordini della parola, conviene prendere le mosse dalla considerazione della classe sociale cui appartiene il malato, e del grado di istruzione che

egli ha potuto raggiungere in seno alla famiglia o nella scuola: e questo già dicemmo. È chiaro che negli idioti, imbecilli, cretini, fatui e deficienti non si avrà sempre collegamento regolare dei membri della frase, nè formazione corretta delle parole inflessive. Il frenastenico non sa le forme grammaticali, perchè non ha potuto impararle, o le ha subito dimenticate: egli impiega volontieri il soggetto indeterminato, il verbo all'infinito, il participio passato senza l'ausiliario; preferisce le flessioni deboli; ignora o scambia l'articolo, la congiunzione, la preposizione, il pronome; al posto dei pronomi metterà i nomi proprî, oppure anco i nomi generici; talvolta gli aggettivi son collocati subito dopo il soggetto; il senso delle frasi è cangiato secondo il modo con cui si collocano le parole, o secondo l'intonazione, la smorfia o il gesto che le accompagnano. Tutto ciò è infantilità del linguaggio (PREYER), e rispecchia le antichissime fasi evolutive delle lingue a flessione.

a) L'asintattismo acquisito morboso, la vera *acatafasia*, è involontario oppure volontario.

α. Nel primo caso, che è il più frequente, si tratta di una vera dissoluzione incosciente della lingua: il malato perde la memoria dell'ufficio logico delle parole, dimentica di dire il soggetto della proposizione, non collega più il soggetto col predicato, mette il verbo fuori di posto; non coordina i verbi e gli aggettivi col numero dei soggetti, nè i modi del verbo con le congiunzioni; lascia la proposizione senza complementi, o la compendia in una parola-frase, così che il senso ne rimane vago, oscuro e indeterminato; stacca le proposizioni del discorso, scucendone i legami concettuali; subordina la proposizione principale alle accessorie, ecc. È nel linguaggio del demente che noi troviamo la dizione così alterata; ma queste alterazioni non hanno un'indole precisa: sono incoordinate, come è frammentaria la intelligenza.

β. Quando invece l'asintattismo è volontario e cosciente, si hanno sistematiche ommissioni della sintassi: ad esempio, manca sempre il modo o il tempo dei verbi, viene invertita sempre la collocazione del soggetto o del predicato, tutte le frasi hanno un costrutto identicamente bizzarro, ecc. Qui il dazzo ubbidisce ad un delirio di grandezza (« *deve riformare la lingua* », « *deve mostrarsi diverso dagli altri* »); o a

un delirio persecutorio (« *gli hanno fatto perdere la intelligenza* », « *gli hanno cangiato il modo di parlare*» . . .); o a un delirio negativistico o diminutivo della personalità (« *non è più in grado di discorrere* », « *è un ignorante* », « *parla come le bestie* » . . ecc.).

b) Più varî sono i disgrammatismi, perchè più complessa, nelle lingue a flessione, è la parte morfologica ed etimologica della grammatica: ed ancor qui abbiamo due eventualità, conforme alla consapevolezza del malato.

α. Il disgrammatismo *involontario*, o propriamente l'*agrammatismo*, è sintomo di indebolimento psichico. Come si perde la sintassi, così si perdono le desinenze dei nomi e degli aggettivi e le conjugazioni dei verbi: quelle sono poste al singolare, questi all' infinito, e in tal modo l' idioma smarrisce i suoi caratteri inflessivi, poichè vengono errati od ommessi tutti i suffissi (ritorno a periodi antestorici). Certi dementi costruiscono le frasi come se parlassero in una lingua straniera, al pari del Negro che vuol parlare negli idiomi Europei (*etiopismo*). Molti alienati non usano più il pronome di persona prima, ma si designano in persona terza, oppure col loro nome proprio, o più raramente con un pronome dimostrativo o con un qualificativo (es. « *Paolo* [è il soggetto] *ha fame* », « *Questi* [io] *vuole la libertà* »). Altri non sanno più usare i prefissi e gli affissi, nè i peggiorativi, nè i diminutivi, nè i comparativi; delle proposizioni non conservano che le parti elementari, o il soggetto, o il predicato; degli avverbî non usano più quelli indicanti relazioni complesse; dei nomi si mantengono solo i concreti denotativi, non più i connotativi, nè i predicativi astratti, nè i numerali, nè molti fra i proprî; le cose, le persone o gli agenti vengono rappresentati con nomi generici, come nello spirito confuso dei fanciulli; le azioni sono espresse la mercè del participio passato; infine, talvolta si dimentica la pronunzia corretta delle parole, tal'altra la si inverte.

β. Il vero *disgrammatismo* dei pazzi, che potremmo dire *paragrammatismo*, è volontario, legato per lo più a un delirio, e si distingue dal precedente per essere sistematico, per riguardar sempre una determinata accidentalità materiale della parola o una data sostituzione di nomi. Così certi melanco-

lici con idee di colpa non si nominano mai: usano invece termini dispregiativi, pronomi dimostrativi, il proprio nome e cognome (es. « *La bestia ha parlato* », « *Costui è qua . .* »). Quando un pazzo parla di sè in persona terza del singolare o in prima del plurale (es. « *Egli andrà* »; « *Noi andremo* »), o sopprimendo il pronome mette una perifrasi (es. « *Il sig. X. Y.* »; « *Il mio signor io . .* »; « *Colui che sapete . .* »), si deve sospettare un delirio metabolico: il concetto della personalità si è trasformato. Alcuni usano il plurale perchè hanno un delirio di sdoppiamento o di invasione personale (es. « *Essi hanno mangiato* »; « *Noi facciamo . .* »): altri rivolgono a sè stessi la parola, usando la persona seconda del plurale (es. « *Voi siete qui, signor X. Y., nè vi si lascia uscire* »). Certe volte viene modificato il genere, mettendo in mascolino ciò che è femminino e viceversa, oppure vengono sostantivati gli aggettivi, o sono posti un nome o un verbo esprimenti una qualità o una data azione in luogo di altri esprimenti un'azione od una qualità opposta, ciò che spesso è indizio della ironia tanto cara ai paranoici orgogliosi e perseguitati.

Forme paragrammaticali sono pur quelle che consistono nella scelta di determinati vocaboli, non già per semplice consonanza, ma per analogia di senso. La più comune e caratteristica è la predilezione pei diminutivi e vezzeggiativi (es. in una mia malata: « *Nino avvocatino cattivino . .* »): si osserva specialmente nelle manie isteriche, ebefreniche, periodiche, non che nei catatonici verbigeranti, donde il suo significato degenerativo. Certi esaltati e deliranti abbondano a bella posta nelle parole *tronche*, nelle *sdrucciole*, nelle accentuate sull'ultima sillaba. Si vede pure usato dal pazzo ogni studio per eliminare dal discorso determinate parti della frase o determinati vocaboli: talvolta si adoperano omonimi e sinonimi per meglio confondere o rendere più reticente il senso del discorso; tal'altra si congiungono parole di significato diverso, come negli idiomi polisintetici e agglutinativi delle razze non Caucasiche. Ma tutto ciò si effettua per un'alterazione dell'idea, che dalla disfrasia grammaticale cava gradatamente una nuova caratteristica forma di linguaggio; pertanto questo sintomo può considerarsi quale varietà elementare del neologismo paranoico (v. più innanzi).

III. Le disfrasie di elocuzione riguardano, propriamente, lo *stile* del discorso; che se sono più manifeste, come vedremo, nel linguaggio scritto, perchè lo scrivere porta un più elaborato esercizio del pensiero, e quindi una scelta più accurata delle parole e frasi atte ad esprimere i proprî concetti, non mancano però in quello parlato. Anche nel discorrere ordinario noi cerchiamo la chiarezza, la proprietà, l'armonia della dizione: se comunemente trascuriamo le eleganze di stile, facciamo però uso non lieve di traslati e figure, di interrogazioni ed apostrofi, allarghiamo od abbreviamo il nostro dire, introduciamo nel discorso aneddoti e facezie, apologhi e proverbî, e non di rado lasciamo il linguaggio pedestre della prosa per assurgere a quello elevato, adorno, pittoresco della poesia. E questo soprattutto se un vivo sentimento ci muove, se un'idea imperiosa ci domina, se siamo indotti in una polemica o a parlare di cose che ci interessano, se vogliam trarre altri alle nostre convinzioni, se abbiamo da esprimere un giudizio con sincerità o con reticenza. Ora, questa flessibilità espressiva della parola, che così diventa *eloquio*, può mostrarcisi lesa in più modi. Nelle infermità mentali congenite, l'individuo non acquista la capacità di bene esprimersi: il suo discorso resta povero di qualità estrinseche, come misera è la ideazione e scolorito il sentimento (idioti, imbecilli, degenerati). Nelle psicopatie acquisite vi può, invece, essere eccesso, impoverimento, perdita o pervertimento dello stile in conformità del disordine affettivo e intellettuale.

Questi disturbi dell'elocuzione passano anch'essi insensibilmente nel campo delle dislogie. L'eloquio dell'alienato si impronta sull'esaltazione, depressione e scolorimento del tono sentimentale; sulla facilità od indugio, sull'abbondanza o ristrettezza, sulla predominanza o incoordinazione delle imagini ed idee; sull'aumento o sull'affievolimento del

volere; sulla lucidità o sull'oscuramento della coscienza. E così vi sono alienati semplicemente *facondi*, che abbondano di frasi fatte, di motti arguti e di ravvicinamenti speciosi (es. il maniaco); altri *eloquenti* nella loro efficace concisione (il melancolico, l'ipocondriaco); altri *prolissi* per l'abbondanza di perifrasi e di pleonasmi inutili (il perseguitato allucinato); altri *vacui* e pressochè incapaci di esprimere ciò che pensano, sentono e vogliono (lo stupido, il demente, il paralitico). Gli uni diventano amanti delle metafore, delle figure allegoriche, della retorica ampollosa, del sentenziare simbolico, del parlare a doppio senso (paranoici orgogliosi, deliranti sistematici); certi preferiscono le volgarità più triviali (maniaci, degenerati, alcoolisti, pazzi ereditarî impulsivi), oppure le oscenità e i sottintesi lubrici (erotomani). Se vi è abuso di iperboli strampalate, possiamo già sospettare una paralisi progressiva.

In alcune pazzie si può giungere alle elevatezze dello stile e all'uso delle forme letterarie più difficili: tal'è il discorso patetico del delirante religioso ed erotico; tale la versificazione del maniaco e dell'esaltato; tale anche la narrazione fantastico-drammatica del paranoico originario, quando ci rifà la storia delle sue imaginose torture fisiche e morali. E come vi è l'alienato prosaico, che non s'alza al disopra della volgarità più meschina e sveglia il riso e il compianto, così vi è quegli che discorre eloquentemente, sa commuovere e persuadere, e agendo su menti conformate al pari della sua o più deboli, può anche trascinare altri nella cerchia delle proprie allucinazioni e credenze morbose. Questa è la più frequente origine delle pazzie *indotte* (a due, a tre, a quattro, gemellari, famigliari), e di quelle *psicosi epidemiche*, che a quando a quando funestano un'intera popolazione, un aggregato sociale, e sono spesso il prodotto di una suggestione verbale.

Il parlare *chiaro* ed *appropriato* è caratteristico delle pazzie lucide con coscienza (mania e melancolia ragionanti), e delle paranoie con delirio sistematico senza grande alterazione della restante sfera ideativa (i così detti « mattoidi »). — Il parlare *oscuro*, *incerto*, *vago*, *fluttuante*, caratterizza il passaggio di tutte le forme psicopatiche dallo stadio di lucidità a quello di incoscienza del proprio stato, poichè anche pei sani più la situazione è netta e meno si ha bisogno di parole

(Wagener). — I melancolici e i paranoici che si incamminano verso il delirio, e la coscienza dei quali è fin dapprima invasa da elementi strani e inaspettati a contorno indeciso, non sanno esprimere a sè stessi e agli altri ciò che « provano », ciò che « presentono »: il loro eloquio è pieno di sottintesi, di reticenze (es. « *Lei sa tutto . . .* », « *Lei già comprende . .* », « *È cosa che si sa! . . .* »); di preoccupazioni, di sospensioni, di similitudini, di antitesi, di punti interrogatorî (es. « *Non è vero?* », « *Le pare?* », « *Lei capisce ? . .* »); di proverbî e di sentenze (es. « *Chi la fa l'aspetta* », « *Mea culpa, mea culpa . . .* »); essi vorrebbero che l'interlocutore supplisse colla sua imaginazione a quanto non dicono o non sannoancora dire. Quando invece il delirio è confermato ed ha raggiunto la sua consolidazione funesta, il parlare diviene preciso, ricco di imagini, di proposizioni affermative o negative, di motti significanti, di frasi mordaci e taglienti. Ma nel fondo di questo eloquio così netto e svariato traspare sempre il logoro della trama associatrice: la ricchezza, la precisione sono pure apparenze, e accuratamente analizzate non fanno che rendere più manifesta la ristrettezza delle idee. Nessuno più dello Schüle ha saputo descrivere con mano maestra questa progressiva formazione dei concetti deliranti rivelataci dall' indeterminatezza sempre diminuente della dizione (*Klin. Psych.*, già cit.).

93. **Esame dei disturbi nel contenuto del linguaggio (« Dislogie »).**

— Le Dislogie stanno alle precedenti alterazioni del linguaggio come la sostanza alla forma: si riferiscono, cioè, alle idee, ai concetti, ai giudizî, ai ragionamenti, che l'alienato costruisce nel suo pensiero usando le imagini verbali, e che poi ci manifesta mediante il discorso. Noi siamo, dunque, di fronte alla più elevata delle funzioni psichiche, all'intelletto, i di cui disordini ci si mostrano particolarmente con disordini del contenuto concettuale del linguaggio. Questi disordini possono riguardare: — 1.° la *quantità* delle idee semplici e composte, derivate dalla ricezione, ritenzione e fusione degli elementi percettivi, e possedute dal pazzo (capacità mentale); — 2.° la

loro *rievocazione* dinanzi alla coscienza del pazzo, che le dovrebbe combinare ed elaborare, percepirne i rapporti e salire dai rapporti più semplici ai più composti (operazioni mentali); — 3.° la *qualità dei rapporti*, che la coscienza stessa del pazzo trova o crede di trovare fra i dati fornitile dalla percezione, dalla memoria rievocatrice e costruttrice, dalla cognizione di sè e del mondo esterno, e dai giudizî successivamente derivati col suo raziocinio (stato mentale di credenza). — Da ciò tre gruppi principali di dislogie, che dovremo esaminare distintamente.

Tutti i materiali dell'intelligenza sono imagini e simboli: tutte le operazioni dell'intelligenza si fanno su queste imagini e questi simboli. La parola, come vedemmo, è per l'appunto un simbolo: essa facilita l'opera dell'intelletto, in quanto sintetizza sempre più le sensazioni e diviene la base dei concetti, di cui si costituiscono le proposizioni e quindi i giudizî e i ragionamenti. Esaminando le idee, che ritenute o espresse in forma verbale sono il materiale più importante dell'intelligenza umana (poichè le imagini sensoriali vi prendono una parte sempre meno attiva, quanto più si svolge nella specie e nell'individuo la capacità di pensare in parole), noi possiamo classificarle in tre categorie principali: 1.° le idee semplici, particolari, concrete; 2.° le idee composte generiche, miste di concreto e di astratto; 3.° le idee composte generali ed astratte (cfr. Romanes, loc. cit.). Le prime corrispondono alle percezioni singole, cioè ai *percetti*; le seconde, alle combinazioni dei ricordi di percetti, quali sono imposte, per così dire, alla coscienza dalla logica esterna degli avvenimenti, dalle associazioni spontanee ed autonome, cioè ai *ricetti*; le terze corrispondono ad una elaborazione mentale delle combinazioni precedenti, cioè ai *concetti*. Donde la triplice designazione di idee *percettuali*, *ricettuali* e *concettuali*.

Le due prime classi di idee rappresentano il grado inferiore dell'intelligenza, e infatti sono proprie anche degli animali e del bambino prima che egli acquisti col linguaggio la coscienza di sè: l'ultima classe caratterizza uno stadio ulteriore

di sviluppo intellettuale, quello in cui il pensiero s'immedesima con la parola interna, e diviene la ragione umana, il *Logos*. Pertanto, data la legge universale di evoluzione che si fa senza salti, ciascuna classe passa insensibilmente nell'altra; e così noi abbiamo nella seconda e nella terza quattro territorî finitimi di idee sempre più complicate ed alte: le *ricettuali inferiori*, le *ricettuali superiori*, le *concettuali inferiori* e le *concettuali superiori*.

La apparizione della intelligenza cosciente umana comincia coi ricetti superiori, quando nel linguaggio, superata la fase puramente *indicativa* che risponde ai ricetti più semplici, si svolge la facoltà di denotare gli oggetti, le qualità e le azioni col mezzo di suoni atti a risvegliare le imagini particolari corrispondenti (*fonemi denotativi*). In una fase più avanzata l'intelligenza percepisce le analogie fra certi oggetti, qualità ed azioni particolari, e designa con suoni uguali tutte quelle cose che per la loro somiglianza costituiscono un gruppo, cioè connota un dato genere delle sue percezioni (*fonemi connotativi* o *generici*). — E fin qui abbiamo un'operazione mentale intuitiva, che può dirsi incosciente, in quanto viene provocata dalle condizioni in cui necessariamente avviene ciascuna percezione, e in quanto anche l'animale e l'infante hanno la capacità di indicare, denotare e connotare le loro impressioni concernenti le cose, le persone, gli atti. Questa fu certo una antichissima fase del pensiero umano e del linguaggio articolato (radici). Ma a questo punto si effettua nella intelligenza individuale un progresso importantissimo: essa comincia ad operare sui segni come fossero oggetti. Dapprima li pensa in sostituzione di quello che essi servono a denotare e a connotare, in altri termini ne ha una rappresentazione interiore, un concetto; di poi li enuncia, li esprime per mezzo del linguaggio (mimico, fonico e grafico), e li attribuisce unicamente agli oggetti che intende designare e che *sa di designare*. Così si acquistano i nomi, e si ha la fase *denominativa* del linguaggio, cui ben presto succede la *predicativa*, quando l'intelligenza vede i primi rapporti fra due nomi, di cui l'uno è particolare e diventa il soggetto, l'altro è generico e diventa il predicato. Concepire una predicazione, attribuire cioè una designazione generica ad un determinato obbietto, sia perce-

pito, sia pensato, è operare un *giudizio:* esprimerlo è fare una *proposizione* (cfr. retro); ed eccoci giunti alla fase evolutiva del pensiero e della parola, che differenzia l'intelletto e il linguaggio dell'uomo da quelli dell'animale.

Quanto avviene nell'individuo è il riepilogo di quanto avvenne nella specie. Dal giudizio più semplice e concreto fino al giudizio più generale ed astratto, e dalla proposizione più rozza ed elementare fino al discorso più complesso ed elevato, la transizione è continua; vi è evoluzione, e non salto come in ogni altra serie di fenomeni naturali, e questa evoluzione decorse e decorre parallela nel pensiero e nel linguaggio. Posta la legge fondamentale che l'intelligenza si svolge *pari passu* colla facoltà di pensare e di esprimersi in segni, procedono poi tutte le altre leggi dello sviluppo mentale umano, che è sviluppo di concetti o di idee, e non più soltanto di ricetti e di imagini percettuali. Ne derivano, per la Psicopatologia, le generalità seguenti:

1.° *L'intelligenza si svolge parallela e proporzionata alla facoltà di pensare in concetti.* — Siccome questi concetti sono nozioni generali formate per assimilazione di percetti, e pensate ed espresse in *nomi*, che si sostituiscono nella mente a gruppi assimilati di percezioni ed imagini particolari; così lo sviluppo del potere pensante è in rapporto col grado di complicazione ed elaborazione del processo denominativo e predicativo (nelle razze e negli individui). Quando la facoltà del linguaggio abortisce o si deforma, anche il pensiero intelligente rimane povero o si altera.

2.° *L'intelligenza si dissolve, quando si perde il potere mnemonico e rappresentativo dei segni generali costituenti il linguaggio.* — Questa legge si rende evidente nelle disfasie organiche, dove vedemmo impoverirsi o scomparire gli elementi mnemonici della parola. Anche un disturbo parziale della « funzione linguaggio » porta a lungo andare una diminuzione dei poteri di giudizio e di raziocinio, poichè nei gruppi assimilati di stati psichici, i quali formano un concetto, viene a mancare o si indebolisce uno dei costituenti (una imagine), e la sua surrogazione o supplenza per opra degli altri non è mai del tutto completa (demenza complicante l'afasia).

3.° *Nei processi generali di dissoluzione dell'intelligenza*

questa si disintegra in senso inverso alla sua evoluzione. — È la solita legge che domina in tutte le forme di disintegrazione psicologica. Si osserva soprattutto nel pensiero di astrazione, poichè la facoltà di formare idee generali ed astratte è acquistata dopo una lunga elaborazione filo- ed ontogenetica: naturale, adunque, che si perda anche per la prima, o non si acquisti se l'intelletto è monco ed anomalo. Nel frammentarsi della mente restano alla perfine solo i più semplici concetti, le idee concrete, e quindi si semplificano il giudizio e il raziocinio. Altro effetto della legge qui considerata (per non parlare di quanti fenomeni le si collegano), è la tendenza atavica ed infantile del pazzo delirante a trovare le analogie, piuttosto che le differenze, fra gli stati interiori e fra le cose del mondo esterno, come fanno i bambini e i primitivi, tendenza che è base dell'animismo.

4.° *Un solo concetto morboso basta a perturbare tutto il dinamismo intellettuale.* — Avere un concetto morboso è percepire un rapporto erroneo o esagerato fra le cose in relazione tra loro o coll'io, oppure fra gli stati interni dell'io medesimo. Ma un concetto, sia pur semplice, non resta mai isolato, e sempre si associa con altri con cui mutuamente si rievoca: che anzi questa associazione successiva di stati rappresentativi, cioè di idee penetranti una alla volta nel campo della coscienza, è ciò che forma la trama del pensiero. Attorno al primo concetto erroneo altri, dunque, se ne costituiranno fatalmente per leggi associative; e così appare falsa la vecchia dottrina delle « monomanie intellettuali » (ESQUIROL).

5.° *Il concetto unitario dell'*io, *la conoscenza del* me, *si lede e dissolve in conformità delle lesioni e dissoluzioni dell'intelligenza.* — Anche qui abbiamo una conseguenza della legge di evoluzione psichica. La coscienza dell'io, che nella mente diviene il concetto unitario della propria individualità soggettiva (personalità), è un acquisto altissimo che nasce a poco a poco dopo un lungo periodo di indistinzione, durante il quale il soggetto è ancora confuso coll'oggetto (uomo primitivo, infante). Questo fa sì che essa non solo stenti a formarsi nelle personalità anomale, rimanendo imperfetta ed indistinta per tutta la vita (frenastenia), ma soggiaccia pure facilmente agli attacchi della malattia mentale, sia che si alteri il sentimento, sia che si perturbi il pensiero.

6.° *La disassociazione dei processi rappresentativi dei segni delle idee* (parole) *è anche disassociazione dei poteri concettuali.* — I segni del linguaggio si presentano alla coscienza in conformità delle associazioni esistenti fra le percezioni, e quindi fra le cose e gli stati interni di cui sono un simbolo: i rapporti fra i segni (le parole) esprimono i rapporti fra le imagini (idee, concetti). Se la rievocazione dei segni si altera, la mente diviene incapace di concepire i rapporti fra queste cose e questi stati interni; donde, o tumultuosa e disordinata formazione di idee, o predominio di date idee e sistemi di idee, che finiscono coll'inibire e atrofizzare tutte le altre e riducono il materiale del pensiero.

7.° *I segni delle idee hanno un valore sociale e non individuale.* — Ciò segue da quanto dicemmo sulla origine del linguaggio. Or dunque, quando un individuo dà alle parole un valore speciale che non è compreso da altri, o inventa parole che non possono entrare nel sano commercio psichico del suo aggregato sociale, egli ci rivela anche una perturbazione profonda della sua facoltà di concepire, giudicare e ragionare. Autonomia individuale dei segni indica autonomia individuale dei concetti, e questo è l'estremo fenomeno psichico nel linguaggio della pazzia (neologia).

I. Il primo dato eiettivo, che il linguaggio dei pazzi ci somministra in ordine all' esercizio del pensiero, riguarda la condizione statica della sua intelligenza, cioè la quantità e qualità dei materiali esistenti come ricordi nel suo cervello, e che possono essere da lui utilizzati nelle operazioni mentali dell'ideare, del giudicare e dell'inferire. Noi già vedemmo che gli individui diversificano grandemente nella capacità mentale (cfr. Vol. II, §. 67, p. 54-59): ora, questa capacità ci è rivelata, se non soltanto, certo in buona parte, dal grado di sviluppo della facoltà di pensare e di esprimersi mediante i simboli verbali. E poichè le condizioni del linguaggio interno, del pensiero endofasico, non ci sono accessibili se non si estrinsecano in linguaggio esterno

udibile o altrimenti percettibile (scritto), così noi siamo costretti nella vita pratica, quindi anche nella Clinica psichiatrica, a risalire dallo sviluppo della parola a quello della intelligenza. La relazione proporzionale fra linguaggio e intelligenza non è assoluta, poichè questa elabora pur anche i materiali sensoriali, e non solo i verbali; ma empiricamente essa è bastevole per lo scopo della nostra ricerca: e checchè si dica o pensi in contrario, sta il fatto che l'intelligenza è da noi valutata sulla capacità di bene rappresentarsi e di bene esprimere le idee ed i sentimenti, in quanto la proprietà, precisione e ricchezza dei simboli verbali sta a significare chiarezza del giudizio, esattezza di cognizione, abbondanza di elaborazione ideativa. Ora, noi possiamo avere nei malati di mente queste diverse graduazioni statiche del linguaggio, vuoi pensato vuoi parlato:

1.° In alcuni individui manca ogni capacità di esprimere i loro concetti e sentimenti, perchè manca fin da principio quella di percepire i rapporti fra le cose e i segni del linguaggio, o quella di ritenerli nella memoria. Essi, adunque, non hanno parole, ciò che loro non impedisce di avere pensieri composti di immagini sensorie, di percetti semplici e, tutt'al più, di percetti generici o di ricetti. — Questa è la così detta *alogia congenita* degli idioti afasici, dei microcefali, e degli individui che soggiacquero a un completo arresto di sviluppo.

2.° In altri individui di grado superiore ai precedenti la capacità di esprimersi esiste, ma è affatto rudimentale, o tutto al più non si spinge oltre alle fasi primitive. Sono posseduti i simboli verbali più semplici, i concreti; il vocabolario è ristrettissimo, quanto basta alla manifestazione delle impressioni organiche e delle idee ricettuali inferiori; il pensiero, però, ha poca energia di elaborazione e le sue sintesi possibili non escono

dalla cerchia dei rapporti più immediati fra le cose e le idee particolari. — Qui avremo una *ipologia* più o meno avanzata a seconda che gli acquisti intellettuali sono più o meno limitati: ed è la condizione tipica degli imbecilli, dei tardivi, dei frenastenici con arresto men grave del cervello, spesso degli epilettici sin dalla fanciullezza. L'ipologia passa con gradi insensibili alla condizione seguente, per ragioni che in parte svolgemmo altrove (vedi Vol. II, § 67, pag. 51, e § 68, pag. 66).

3.° Negli alienati che corrispondono alla grandissima maggioranza della popolazione, la capacità di pensare ed esprimersi raggiunge quel grado che basta ai bisogni della convivenza. La coltura ha svolto in essi, fino a un certo punto, cotesta capacità, e ha portato il loro pensiero oltre alla cerchia delle idee generiche, fino alla zona di quelle generali ed astratte; ma queste nella massima parte sono rappresentate ed espresse in forma incompleta e semplice, che ancora ricorda l'origine ricettuale dei concetti elevati; il potere di sintesi giunge a trovare rapporti abbastanza complessi di analogia e di differenza fra le cose e fra i loro equivalenti rappresentativi, cioè le immagini ed idee, ma spesso la percezione di codesti rapporti è superficiale, e l'individuo commette frequenti errori di giudizio, soprattutto per riguardo alla legge di causalità (superstizioni, credenze animistiche, pregiudizi). Questi individui, misurati nella loro capacità di parole, posseggono un lessico sufficientemente ricco, ma nella vita comune usano un materiale poco copioso, che a un dipresso è sempre il medesimo e viene adoperato anche per pensare ed esprimere sensazioni, sentimenti, idee e concetti intrinsecamente dissimili: ed ecco perchè, quando li invitiamo a descriverci i loro stati morbosi di coscienza, essi parlano un linguaggio volgare, procedono per analogie, per similitudini vaghe, per lunghe perifrasi. — Tale è il caso

cui più di sovente ci troviamo di fronte, poichè i malati ci presentano la media comune della statica intellettuale; ma si capisce come nella media siano comprese varietà indefinibili secondo il sesso, la condizione, la classe sociale, la professione, la stessa epoca storica. Il risultato pratico più importante è questo, che, siccome l'analisi dei proprî stati di coscienza importa l'uso di un linguaggio preciso, e siccome anche l'introspezione è difficilissima e spesso incerta, così la quasi totalità dei pazzi, pur avendo una percezione vaga di quanto avviene nel loro io, non trovano sempre le parole adatte per trasformarcela in dato obbiettivo, e noi dobbiamo supplire alla insufficienza del loro linguaggio con una applicazione continua del metodo ejettivo (v. questo Vol., §. 69).

4.° In un gruppo speciale di malati preesiste alla pazzia una capacità superiore di pensare edi e sprimersi: il loro linguaggio è ricco, come elevata è la loro intelligenza: questa in certi casi è naturale, ma nel più dei casi fu perfezionata dalla coltura. Cotali alienati hanno un frasario abbondante; posseggono concetti generali ed astratti; si esprimono con simboli verbali corretti, precisi, copiosi, che bene ci rappresentano gli stati della loro coscienza; possono vedere i rapporti fra le idee, e quindi la loro elaborazione mentale è più raffinata, donde la designazione di *iperlogia*. — In taluni, più evoluti ancora, il potere di sintesi giunge a scoprire le minime analogie e differenze particolari fra le cose, le persone e le azioni; il loro linguaggio diviene figurato, così che, abusando della parola, son tratti a un lusso straordinario di metafore e di allegorie, che finiscono talvolta coll'assumere il valore di rappresentazioni rispondenti alla realtà (*paralogia*). — Qui noi vediamo schierarsi tutti quei pazzi di intelligenza svegliata, nei quali le operazioni mentali, quando si alterino nel loro dinamismo associativo, concludono alla creazione di delirî i più svariati ed eleganti (paranoici).

5.° Vi sono malati che soffrono come un inceppamento nella facoltà di esprimersi (e di pensare). A prima vista il loro interrogatorio ci mette dinnanzi ad un frasario molto ridotto, che ripetendosi in forma stereotipa ci potrebbe far sospettare un indebolimento psichico; ma l'esame ulteriore, le dichiarazioni talvolta lucidissime del pazzo, la possibilità di reintegrazione completa del potere di sintesi, ci dimostrano che qui si tratta solo di una sospensione nel processo formativo dei pensieri e delle parole corrispondenti, cioè di una semplice *ipologia inibitoria*. Essi « non trovano le parole », non già perchè ne sia stata perduta dal cervello la traccia mnemonica, ma perchè quella traccia è offuscata, inibita da sentimenti troppo vivaci, combattuta da immagini antagonistiche. In certi casi vi è una vera ricerca angosciosa delle parole, e ne travedemmo la causa (amnesia verbale cui corrisponde un'amnesia parziale per dati concetti). — Tale è la condizione di moltissimi melancolici, ipocondriaci, neurastenici, isterici, pazzi del dubbio.

6.° Un ultimo gruppo, e ben più numeroso, di pazzi ci dà lo spettacolo della dissoluzione dell'intelligenza: il loro linguaggio ridiventa povero, come quello del fanciullo e del selvaggio; diminuisce e si perde il materiale mnemonico verbale, e così il loro modo di esprimersi, dovendo corrispondere al modo ed all'energia del pensare, ritorna a presentarci in massima i fenomeni iniziali dell'onto- e filogenesi dell'idioma. Essi smarriscono dapprima dal loro lessico i nomi astratti, poi i particolari, conservando i generici che a loro volta si riducono anch'essi, mentre alla riduzione si supplisce nuovamente col gesto; il potere di sintesi sempre più si restringe ai rapporti immediati fra le cose e le idee rivestite dalle parole, e si inizia un immiserimento progressivo della facoltà di giudicare, di inferire, di ragionare. Nei casi più gravi noi non troviamo più che

frastagli e avanzi laceri del linguaggio, vale a dire una *alogia acquisita*. — È la demenza colle sue numerose e ancora poco studiate varietà cliniche.

a) L'esame sulla capacità mentale, condizione statica dell'intelligenza, si pratica: 1.° con l'interrogatorio; 2.° con lo studio degli scritti (cfr. più innanzi, §. 94-96). Noi l'apprezziamo sul *materiale verbale* di cui il pazzo dispone, e sul modo con cui egli lo usufruisce nei rapporti comunicativi cogli altri. Questo apprezzamento è dunque ricavato dai dati riferentisi alla memoria verbale in genere ed in ispecie Trattando le cose a grandi linee, noi possiamo dire che all'alogia corrisponde l'*anideismo*, all'ipologia il *bradi-* e il *monoideismo*, all'iperlogia il *polideismo* o *ideorrea*, alla paralogia il *paraideismo* o stato paranoico (ideativo). Noi osserviamo se il pazzo possiede nei suoi discorsi tutte le parole atte ad esprimere con sufficiente esattezza ed efficacia le percezioni, i pensieri, i sentimenti, le tendenze; se i ricordi della vita trascorsa fino al momento del nostro esame sono pensati e manifestati in forma precisa e veridica; se le nozioni empiriche da lui acquistate lasciarono traccia duratura nel cervello, e rivestono, al momento della rievocazione, tutti i caratteri corrispondenti al loro stato primiero; se alle nozioni generali ed astratte tocca in sorte di essere pensate ed espresse in armonia col loro reale contenuto o puramente nel loro semplice simbolismo verbale; se il malato ha acquistato e conserva la memoria parziale dei numeri, e se li apprezza correttamente nel loro valore comparativo di grandezza, ecc.

b) Teniamo pur conto che gli individui differiscono notevolmente nel potere di concepire e di astrarre; non di meno le leggi di evoluzione mentale ci forniscono i criterî seguenti: — 1.° un'intelligenza è tanto più *alta*, quanto maggiore è la capacità sua di predicazione, cioè di vedere le relazioni fra le cose assimilate in ciascun pensiero, e quindi fra il soggetto e l'oggetto di ciascuna proposizione (giudizio): — 2.° è tanto più *grande*, quanto maggiore è la capacità di avvertire le piccole analogie e differenze fra le percezioni, e di trovare le relazioni fra le cose e fra gli stati interni; — 3.° è tanto più *corretta* nelle sue operazioni, quanto più verace

è la corrispondenza fra le idee pensate nei loro simboli verbali e gli obbietti che dovrebbero rappresentare ed esprimere; — 4.° è tanto più *lucida*, quanto più è netta e distinta nel pensiero e nel linguaggio la coscienza dell'io, che costituisce il fattore supremo dello sviluppo correlativo dell' uno e dell'altro, sia nella specie, sia nell'individuo.

Le leggi di dissoluzione mentale ci forniscono invece questi altri criterî direttivi: — 1.° un'intelligenza è tanto più *bassa*, quanto meno sa cogliere le particolarità del soggetto ed è incapace di dargli un predicato; — 2.° è tanto più *piccola*, quanto minore è la sua capacità di percepire e di rappresentarsi le analogie e le differenze reali fra le cose e fra gli stati interiori; — 3.° è tanto più *scorretta*, quanto meno la rappresentazione sensoriale o verbale rispecchia i reali caratteri dell'oggetto della percezione, che può essere una cosa del mondo esterno o ambiente, oppure uno stato dell'io pensante medesimo; — 4.° è tanto più *oscura*, quanto più la coscienza dell'io è sentimentale, cioè basata sulle impressioni organiche, e quanto meno è concettuale, cioè basata sulle rappresentazioni complesse degli stati dell'io in relazione con l'ambiente.

c) Buoni dati empirici per apprezzare il grado della intelligenza dell'alienato si ricavano:

1.° dalla povertà del glossario. — Gli imbecilli, i degenerati, i dementi cronici non hanno spesso parole per esprimere stati affini, ma pur sempre disuguali, di sentimento e di conoscenza. Per costoro la sinonimia dei segni è reale, non apparente, e al pari degli Hawayani, di cui parla Max-Müller, essi adoperano indifferentemente una sola espressione, ad es., per dire *amore*, *amicizia*, *gratitudine*, *benevolenza*, *stima*; le denominazioni di parentela sono confuse; non si distinguono le linee materna, paterna, collaterale, ecc.

2.° dalla semplicità generale del discorso. — Gli individui semplici dalla nascita o infiacchiti nei poteri mentali parlano con frasi brevi o rispondono con monosillabi; abbondano di qualificativi, di pronomi dimostrativi e relativamente anche di avverbî; scarseggiano invece di sostantivi, di pronomi personali, di verbi, di preposizioni. Qui noi abbiamo difetto delle memorie parziali che concernono le corrispondenti categorie di simboli verbali, e ne trattammo anche altrove

3.° dallo scarso numero e dalla difficile comprensione delle parole astratte. — Noi vediamo che molti degenerati, imbecilli e pazzi non connettono nessun preciso significato alle parole *virtù*, *vizio*, *onestà*, *diritto*, *bellezza*: al pari dei Samojedi (CARSÈN) non sanno che significhino *riconoscenza*, *affetto*, *simpatia*: al pari degli aborigeni della Tasmania (MILLIGAN, SAYCE) non intendono il valore significativo di *rammarico*, *abnegazione*, *eroismo*, *onore*. I loro concetti morali sono bassissimi: la « giustizia » è concepita come *polizia*, la « libertà » come il diritto di fare ciò che piace. Prevalgono le idee concrete, nè solo quelle concernenti le cose e le persone, ma pur quelle concernenti gli stati coscienti dell'io (fame, sete, bisogno sessuale). Invitati a dirci come si rappresentino le astrazioni di *infinito*, di *forza*, di *causa*, di *bontà*, di *legge*, ecc., costoro per lo più sono incapaci di esprimercene una qualsiasi rappresentazione, o ce ne dànno appena una grossolanamente concreta (cfr. RIBOT, « Revue philosophique », XXXII, 1891).

4.° dalla inesatta comprensione delle quantità. — Anche i concetti di grandezza, che si esprimono in nomi quantitativi, sono un prodotto molto elaborato del pensiero. La numerazione, ad esempio, resta elementare in molti degenerati, e tale ritorna ad essere in molti pazzi; essi contano come i selvaggi, ed hanno una rappresentazione, non solo inesatta (chè anche nell'individuo normale essa non è esatta oltre a un dato punto della serie delle grandezze), ma neppure comparativa delle espressioni di numeri. I grandi numeri essendo concetti generali che si avvicinano all'astrazione, le cifre 100, 1000, 1000000, 3000000, sono concepite ed espresse da molti pazzi come puri simboli di grandezza o di grandi quantità, ma senza proporzione fra loro; e questo è sintomo prezioso degli indebolimenti mentali. Lo stesso avviene per le espressioni negative di grandezza, cioè per quelle di piccolezza: il concetto che ne hanno i cervelli deboli è sempre indistinto ed oscuro. Qui abbiamo fatti analoghi a quanto ci mostra la psicologia infantile e a quanto ci è conservato in certi idiomi (Tibetano, Annamita, Cinese).

5.° dall'imperfezione o scomposizione dei concetti di tempo, di spazio e di causa. — Negli sviluppi

incompleti della mente non si forma la nozione del tempo passato, perchè la memoria è debole: tanto meno si forma quella del tempo futuro, per la quale si esige un'elaborata sintesi comparativa dei dati raccolti dall'esperienza individuale. Se si perturba la mente, anche la coscienza della successione degli avvenimenti viene disordinata e infine perduta: allora i rapporti cronologici fra le sensazioni si oscurano, e si smarrisce la memoria dell'anno, del mese, del giorno. Allo stesso modo rimane imperfetta la percezione delle distanze, e negli indebolimenti psichici si rende sempre meno distinto il concetto di estensione. Quanto al concetto altissimo di causalità, avremo occasione di riparlarne.

Ho detto che la ricchezza del glossario influisce sul delirio, e basta osservare certe costruzioni fantastiche dei paranoici per convincersi dell'esagerata importanza che può assumere nella mente del delirante una data parola o connessione di parole. Quasi tutti i delirî allegorici e simbolistici, che incontriamo nei pazzi, non sarebbero possibili se non esistesse prima nella loro memoria un ricco materiale verbale, che poi viene utilizzato erroneamente, alterato nel suo contenuto, compreso e applicato nella sua pura forma esterna, sia perchè è sinonimica, sia anche semplicemente perchè risuona in una data maniera all'orecchio.

II. Il discorso degli alienati ci dà il mezzo di diagnosticare come si attua il dinamismo del pensiero, quale risulta dalla presentazione delle idee. Queste si presentano, combinano ed elaborano dalla coscienza nei loro *segni*, cioè nei simboli verbali; ma perchè il processo del pensiero si effettui regolarmente, occorre che la loro rievocazione abbia luogo secondo leggi determinate di *associazione*. Quando scorgiamo che i segni delle idee, le parole, non sono più richiamati in conformità dei loro vincoli associativi, dobbiamo desumerne che il pensiero è disordinato nel suo dinamismo; che le operazioni mentali non si possono più compiere regolarmente; che i sistemi logici dei concetti non riescono a costituirsi, oppure si disgregano nei loro ele-

menti primordiali; che quindi il giudicare, il ragionare e l'inferire diventano più o meno stentati e fallaci; e che, in ultimo, essendo i concetti di relazione fra io ed ambiente la stregua della condotta, anche le azioni risentiranno l'influenza perturbatrice della disassociazione ideativa. Tal' è per l' appunto la caratteristica del pensiero di molti alienati.

Il processo dinamico del pensiero consiste: 1.° nella evocazione delle imagini, cioè nella restaurazione dei ricordi, che si portano successivamente nel campo della coscienza in conformità dei legami associativi fra i corrispondenti percetti; 2.° nella loro combinazione in idee, in concetti, in giudizî. — L'*ideare* implica rappresentarsi mentalmente gli oggetti, le persone, le azioni: il *concepire* implica paragonare queste rappresentazioni, scorgerne le analogie e le differenze, assimilare le analoghe per via di sintesi, separare le differenti per via di analisi: il *giudicare* e *ragionare* implica percepire ed affermare i rapporti generali e particolari fra i singoli gruppi assimilati o disassimilati di rappresentazioni, i quali vengono posti dal pensiero l'uno rispetto all'altro come predicato e soggetto. In luogo delle rappresentazioni percettive o sensoriali noi usiamo i loro simboli verbali, che facilitano immensamente il lavoro del pensiero: e quindi le nostre idee, i nostri concetti e giudizî sono costrutti di parole articolate, di denominazioni, di proposizioni.

Tutta la corrente del pensiero (W. JAMES) si fonda adunque sul modo con cui si presentano alla coscienza le imagini o i loro sostituti, le parole, in quanto corrispondono alle relazioni delle cose fra loro (REID). Questo procedimento presentativo si effettua secondo tre leggi principali di associazione, le quali, stando alle indagini della scuola psicologica inglese (da HOBBES a HARTLEY, da REID ai due MILL, a HAMILTON, BAIN, SPENCER, SULLY, WARD . .), sarebbero le seguenti:

1.° Associazione di contiguità: — molte percezioni vengono acquistate dalla coscienza *simultaneamente* o in *successione immediata*, e perciò le imagini ed idee corrispondenti tendono ad evocarsi e a suggerirsi mutuamente; ogni

qual volta una sola di esse venga ristaurata, anche le simultanee e successive si rivivificano. Da questa legge associativa nasce il fondamentalissimo concetto di tempo, che è il nucleo della coscienza dell'io, e nascono anche i concetti di spazio e di causa

2.° Associazione di similarità o rassomiglianza: — una imagine ed una idea tendono a rievocare e a suggerire l'imagine e l'idea di un fenomeno, oggetto, qualità ed azione *simili* a quelli restaurati e rappresentati nella coscienza.

3°. Associazione di contrasto: — l'imagine e l'idea di un dato fenomeno, oggetto od evento, tendono a richiamare quelle del suo *opposto*.

So benissimo che il principio associazionistico, malgrado sia stato considerato nella psicologia come la legge d'attrazione nel mondo fisico (Hume), soggiace a molte critiche (cfr. specialmente quelle di Wundt, Renouvier, Bradley, L. Ferri, Rabier . . .); che, ad esempio, la terza legge si riduce in gran parte alla seconda, e la seconda difficilmente si distingue dalla prima (Brochard, Ziehen . . .); che, anzi, tutto quanto concerne l'associazione delle idee è ridotto da taluni alla legge di abitudine (W. James), e da altri attribuito in gran parte al sentimento che si interessa solo di determinate idee (Hodgson, C. Cantoni). Tuttavia, pur riconoscendo la somma complessità del problema teorico-scientifico, io veggo che in pratica la dottrina associazionistica, non solo viene confermata dalle ricerche della psicologia sperimentale, ma ci chiarisce pure moltissimi fenomeni della psicologia patologica.

Negli stati morbosi della mente il decorso evocativo ed associativo delle idee si perturba in due modi, *generale* e *parziale*, che vengono rappresentati dalle corrispondenti perturbazioni del discorso.

A) Quando vi è disassimilazione generale, più o meno profonda, del processo ideativo, essa ci viene rivelata ejettivamente nella parola disordinata, nella successione arruffata delle proposizioni, nello scompiglio delle frasi, nel caos dell' eloquio, sia spontaneo,

sia provocato. È questa la condizione che diciamo *incoerenza*, e che può essere funzionale od organica. — La funzionale è data dal soverchio affollarsi delle idee dinnanzi alla coscienza, che non ha più il tempo di arrestarne, regolarne e modificarne il decorso: è la *pseudo-incoerenza* o *incoerenza spuria* degli stati psicopatici rimediabili di esaltamento ideativo e di concitazione sentimentale (es. mania, melancolia agitata, psicosi sensoria o confusione mentale). — La organica dipende dalla mancante formazione o dalla alterazione e distruzione dei rapporti associativi fra gli elementi cellulari in cui risiedono le imagini mnemoniche delle parole (idee); e in allora è diminuito il potere di sintesi, pel quale il pensiero vede i rapporti fra le imagini e le idee, ed evoca soltanto quelle aventi fra loro contiguità e similarità. Questa è la *incoerenza* veramente detta degli stati psicopatici irrimediabili di deficienza e di indebolimento mentale (frenastenie, psicosi degenerative, forme secondarie o demenza terminale, demenze a substrato anatomo-pa'ologico con distruzione della corteccia).

Noi diciamo che un alienato è incoerente:

1.° quando dà *risposte incongrue* alle nostre dimande; e l'incongruenza consiste: = *a*] nell'assoluta mancanza di legami associativi fra le imagini che cercavamo di evocare in lui, e quelle che effettivamente vennero evocate sotto lo stimolo della nostra suggestione verbale (es. alla D. *Come state?* — **R. Trentasette . .**); — *b*] nella semplice consonanza fonetica delle parole enunciate con quelle percepite dal pazzo, consonanza che sta in luogo e vece dell'analogia di contenuto ideativo (es. D. *Come state?* — R. **Dove andate? Cosa fate?**); — *c*] nella forma stereotipa, monotona, della risposta che viene data a tutte le dimande senza riguardo al loro contenuto (Es. D. *Quanti anni avete?* — R. **Vaso di elezione . . .** D. *Da quanto tempo siete qui?* — R. **Vaso di elezione . . .**).

2.° quando nei suoi discorsi spontanei (parlati o scritti) vi è *confusione di idee* non aventi fra loro le indicate rela-

zioni di analogia e di contiguità. Quì osserviamo arruffamento di vocaboli e di frasi informi, scomposizione dei concetti più alti nei più semplici, e, in sostanza, rievocazione atassica delle imagini ed idee: quindi, eloquio intricato che raffigura il decorso pure ingombro o frammentario del pensiero (Es. *Il Sig. tenente M. A. tutto ciò che s'eterna degno delle virtù dei secoli e Dio degli affetti e dalla grandezza illustre d'Italia, il ponte, la frase può mai essere chiamata, più non ci ha di questa dall'inferno al Paradiso e là ne vedo il palazzo che tutto ricorda e tutte le reminiscenze, ma che dev'essere sostenuta* . . . . ecc.).

L'incoerenza ha varî gradi: dalle parziali inconseguenze del rispondere e dell'esprimersi noi saliamo sino alle più paradossali forme caotiche del discorso; dalle frasi soltanto incomplete e dagli accoppiamenti i più bizzarri delle parole, sino a quegli strani sproloquî, dove appena possiamo cogliere qualche raro frastaglio di proposizione slegata, qualche lembo di periodo sconnesso, e che neppure si possono seguire coll'orecchio e quasi mai raccogliere e trascrivere, ammenochè non si usi il metodo stenografico e il fonografico. Sembra che in certi casi le parole singole del glossario vengano estratte a sorte. Talvolta il pazzo incoerente ci dà una lontana idea di ciò che vuole esprimere solo con l'intonazione della pretesa frase, con le modulazioni della voce, col gesto, con la fisionomia. Pertanto, sotto l'apparente disordine, non di raro vi è un certo legame fra le parole che si affastellano nel discorso. Alcune volte si tratta di una simiglianza nel senso o nella categoria dei vocaboli; per esempio, compariscono successioni di nomi astratti, oppure di nomi proprî di persone e di luoghi, o di sostantivi, di aggettivi, di verbi all'infinito. Più spesso l'associazione sarà puramente fonetica, sia negli inizî, sia nelle desinenze delle parole, così che queste si rincalzano e si rimano (Es. *pia*, *Lia*; — *bella*, *stella*; — *croce*, *noce*; — *letto*, *petto*; — *lira*, *mira*, ecc.). È un fenomeno comunissimo nella pseudo-incoerenza del maniaco e del paranoico esaltato. (Eccone due tipici esempî raccolti nella mia Clinica dal Dottor Buccola in una delirante sistematizzata già demente:

1.° « *Io sono una fata, una fata benigna,*
Io sono una lira, io sono una lotta,
Io sono quell'ora, quell'ora beata.

Io sono una latta,
Latta vera, latta cara,
Io sono una lara ».

2.° « *Voi siete un pero — Voi siete un piro — Voi siete un paro — Voi siete un liro — Voi siete un loro — Voi siete un tiro — Voi siete un ligo — Voi siete un nago — Voi siete un nigo . . . — Verolaro Verocaro — Verotiro Verotero — Veroletto Veropetto,* » ecc.).

Vi sono alienati cronici che, avendo ridotto il loro bagaglio verbale ai minimi termini, ripetono sempre gli stessi accozzamenti di parole; e qui l'alienista con un attento esame potrà scorgere i residui logori di antichi delirî (paranoici all'ultima fase), o di quei delirî scoloriti e vaghi che costituiscono talora l'unica elaborazione fantastica delle personalità imperfette (imbecilli deliranti), o delle menti immiserite (melancolie e ipocondrie dei degenerati, forme sistematizzate secondarie, demenze terminali incomplete).

Per giungere al delirio, che spesso si nasconde nel linguaggio del pazzo sotto un apparente disordine caotico delle idee, conviene ricordarsi le leggi della successione delle parole. Nello stato normale del pensiero le parole vengono pensate ed espresse: 1.° perchè rispondono sempre ad una *tendenza più forte*, prevalente sulle altre; 2.° perchè sono richiamate dalle *impressioni del momento;* 3.° perchè dipendono da *abitudini psichiche*, e quindi da speciali organizzazioni cerebrali. Queste leggi ci spiegano alcuni fatti di frequente osservazione nei pazzi cronici incoerenti, e cioè: 1.° perchè negli stati emotivi dei deliranti cronici appajano parole e frasi, che tradiscono le vestigia dell'antico delirio; 2.° perchè molti incoerenti offrano il fenomeno dell'ecolalia; 3.° perchè il linguaggio deforme del demente sia più o meno frammentario, secondo la sua condizione sociale, la durata della malattia e la sistemazione raggiunta dal delirio.

B) Vi è disassimilazione parziale del processo ideativo, quando si formano associazioni particolari di idee, che si separano dagli altri gruppi contigui e similari, si costituiscono a fenomeno indipendente ed

autonomo di reviviscenza e di elaborazione nel pensiero (linguaggio interno), interrompono la regolare successione delle rappresentazioni, e possono essere estrinsecati nella parola (linguaggio udibile) a mo' di elemento intruso, più o meno bene circoscritto, che non si lega coi precedenti e coi susseguenti del discorso. Qui abbiamo due eventualità:

1.° Il gruppo autonomo, una volta costituitosi, ha invaso a poco a poco il campo della coscienza, e nella lotta continua che si agita fra gli stati di coscienza ha combattuto tutti i gruppi antagonistici, specialmente quelli che erano con lui in contrasto preciso di contenuto ideativo, li ha vinti e superati, ed oramai ne inibisce o ne scolorisce per sempre la ripresentazione fino a che i legami associativi si rompono del tutto. — Si possono distinguere tre gradazioni diverse di questo fenomeno psicopatico, le quali sono anche in moltissimi casi tre fasi logicamente successive del disturbo intellettuale: — *a*] dapprima si ha il predominio di una determinata idea, che per la sua insistenza si può designare senz'altro come *idea morbosa;* —*b*] quando l'idea morbosa, oltre alla frequenza insolita della sua evocazione, ha un contenuto abnorme, essa diventa un *concetto delirante*, che per legge di associazione tende a risvegliare i gruppi consimili e contigui di imagini ed idee, essi pure gradatamente o violentemente staccantisi dagli altri; — *c*] più tardi, avvenuta l'integrazione di più idee morbose in un tutto ormai inscindibile per la coscienza del malato, i concetti deliranti si organizzano e sistemano in un *delirio* propriamente detto. Così dal semplice disordine di associazione si passa al disordine di contenuto ideativo.

2.° Il gruppo autonomo tende a costituirsi nel campo stesso della coscienza, che assiste con attenzione dolorosa al suo insorgere ed agli sforzi che esso fa per

vincere gli antagonisti e per integrarsi: qui i legami associativi non sono rotti nè distrutti, ma sono divenuti troppo deboli perchè la successione regolare degli stati rappresentativi si continui con efficacia, e noi abbiamo il fenomeno morboso dell'*idea fissa* o *coatta*, dell'*idea coartante* ed *incoercibile*.

Ambedue queste forme di dissamilazione parziale si connettono al disturbo precedentemente descritto dell'impulso verbale e ne sono spesso una variante ed una conseguenza. Esse da taluni alienisti si vogliono distinguere in conformità alla condizione speciale di coscienza che accompagna la evocazione del gruppo eterogeneo nella successione delle idee. — Nella prima forma, nel *concetto delirante* o *delirio*, vi sarebbe sviluppo inconsapevole dell'idea morbosa: la coscienza ne sarebbe invasa o ad un tratto, o a poco a poco, senza avere consapevolezza della morbosità del fenomeno; e lo dimostrerebbe la stessa inconsapevolezza con cui il fenomeno si obbiettiverebbe nel linguaggio del pazzo. Di più, un primo gruppo, una volta formato, troverebbe più facilità a farne insorgere altri a lui congeneri, finchè dal campo della coscienza sparisce ogni e qualunque idea o gruppo antagonista (delirio sistematizzato, delirio confermato). — Nella seconda forma, nell'*idea coatta*, la risurrezione dell'idea o del gruppo di idee avverrebbe con la piena e lucida consapevolezza della coscienza, che se ne sentirebbe allarmata e cercherebbe perciò di evocare con ogni possibile sforzo i gruppi rappresentativi antagonisti o anche semplicemente diversi. Qui l' elemento autonomo avrebbe poca efficacia associativa e resterebbe sempre più o meno isolato, invadendo la coscienza solo per conto suo ed in guisa stereotipa ed uniforme, senza mai diventare il nucleo di altri, e così senza costituirsi a delirio. — Vi sarebbe pure, secondo altri autori, una certa differenza nel contenuto ideativo delle due forme. Nella prima il contenuto sarebbe illogico (ciò che ci porta in pieno nelle dislogie, che ancor ci rimangono a studiare); nella seconda non avrebbe al più che un carattere bizzarro, paradossale. — Ma tutte queste distinzioni, a chi esamini i malati viventi, e non quali ce li dà la nosografia scolastica, appaiono non sempre conformi

alla realtà. Vi sono idee fisse illogiche, alla cui rievocazione la coscienza finisce coll'abituarsi, perdendo la nozione chiara della loro morbosità e stravaganza (fase terminale di molte pazzie del dubbio, paranoia rudimentale degenerativa); e vi sono concetti deliranti, la cui invasione è dapprima avvertita dolorosamente dalla coscienza, che può persino fare conati per soffocarli in sul nascere e per eliminarli (ad esempio, nella melancolia, nella stessa paranoia originaria).

a) Quando un alienato ha un'idea predominante nella coscienza, cioè morbosa, o un concetto delirante, o un delirio, nella grande maggioranza dei casi è tratto a manifestarceli con la parola (con lo scritto e con gli atti). In allora ci sarà agevole rilevarli nel tenore delle sue risposte, nel contesto del suo discorso, nella interruzione frequente dei periodi, nella inframmettenza di particolari inutili, nella confusione dei giudizi di tempo e causalità, in certe tipiche espressioni, nella scorrettezza dei ragionamenti, nello slegamento delle frasi, nella poca energia del potere di attenzione sulla parola altrui e sulla propria, nella ostinazione della polemica, nell'abuso di circonlocuzioni e di reticenze: sintomi tutti che possono a prima vista esser presi per incoerenza, laddove dipendono dall'invasione continua del campo appercettivo per opera del gruppo o nucleo morbosamente associato ed autonomo di idee. Vi sono pazzi dissimulatori, il cui linguaggio nulla tradisce; ma vedemmo già come si riesca, più o men presto, a scoprire in qualche disordine automatico e subdolo del linguaggio (massime di quello scritto) il disordine dell'ideazione.

Riserbandoci di esporre i dati ejettivi dei delirî a quando passeremo all'esame del contenuto del linguaggio, limitiamoci qui ad indicare brevemente le principali idee morbose che possiamo trovare predominanti nel pensiero dei pazzi.

1.° *Idee di perplessità e di vaga preoccupazione.* — La mente del malato è angustiata da timori, da paure, da presentimenti tristi; egli ha un' idea confusa ed incerta di fatti dolorosi, di disgrazie, di gravi jatture, ma non riesce ad afferrarla e a concepirla in modo preciso. Si tratta di rappresentazioni oscure, indeterminate, che oscillano e fluttuano nel

campo della coscienza senza arrivare a prendere un contorno netto, di guisa che la mente è come colpita da un caleidoscopio di immagini che hanno molta analogia con quelle dei sogni. Qui il disturbo è più profondo nella sfera sentimentale di quanto sia nell'intellettiva, e il decorso delle rappresentazioni sembra quasi avvenire sotto il dominio di fenomeni incoscienti. Ciò che prevale su tutto è l'incertezza, il dubbio, l'inquietudine, l'ambiguità ; alcune volte le immagini e idee riguardano il passato, più spesso riguardano un futuro più o meno lontano, ma che resta pure inafferrabile e indefinibile. — È uno stato psichico che caratterizza le pazzie depressive, la neurastenia, la melancolia semplice, la senile, la demenza acuta, l'ipocondria degli onanisti, alcune psicosi degenerative, e certe fasi melancoliche della comune paranoia.

2.° *Idee di umiltà e di avvilimento personale.* — La coscienza del pazzo è immersa in una profonda depressione: egli ha un concetto bassissimo di sè medesimo, la sua personalità gli appare moralmente impicciolita, nè più meritevole di svegliare altro sentimento se non quello di compassione: predominano le idee di incapacità fisica, di pochezza morale. di annichilamento della volontà e della intelligenza (« micromania ») : egli si crede il più miserabile dei mortali, indegno di vivere, di respirare, di mangiare, bere e vestir panni, di vedere la luce del sole: egli è divenuto l'obbrobrio della famiglia, un oggetto di orrore pel genere umano, un essere fuori delle leggi naturali. — Il gruppo delle idee umilianti dà origine ad atti e parole che esprimono e denotano sommessione, mortificazione, ossequiosità spesso ostentata ed eccessiva; tutta la condotta è come mitigata ed addolcita. Noi lo troviamo specialmente nei melancolici.

3.° *Idee di colpa e di rimorso.* — La mente del pazzo è funestata dalle imagini più varie di colpe commesse, di errori irrimediabili, di mancamenti, che svegliano un doloroso sentimento di rammarico fino alla disperazione. In un certo numero di casi questi falli e mancamenti imaginarî riguardano i doveri pratici, gli affetti domestici, la condotta sociale, la gestione degli affari: nel più dei casi però riguardano i doveri morali e religiosi, l'amore verso Dio, la fiducia nel Creatore, l'ubbidienza dei canoni e riti. Quando le idee mor-

bose di colpa e rimorso sono nei loro inizî o non hanno tendenza a concretarsi, la loro indole vaga, ambigua, scolorita le fa assomigliare piuttosto a semplici scrupoli: il malato *dubita* di avere fallato, nè saprebbe egli stesso come definire la propria colpevolezza: egli è reo, ecco tutto: la sua reità e malvagità sono così grandi, che ha commesso ogni sorta di delitto, ogni nefandezza ed infamia possibile, ogni più vigliacca ed orrenda azione, ribellandosi a tutte le leggi umane e divine. Però, malgrado l'apparente sicurezza di cui egli fa mostra nell'accusarsi e rimproverarsi, non è permesso quasi mai trarre dalla sua bocca alcun ragguaglio preciso, e la stessa iperbolica esagerazione con cui il pazzo accenna alla propria peccaminosità e delinquenza indica chiaramente che si tratta d'un puro abuso di simbolismo verbale.

Ma le idee morbose di reità e rimorso possono anche assumere un carattere preciso: il malato si accusa allora di falli ben determinati, giungendo a circoscriverli nettamente con logica spesso inesorabile in mezzo al cumulo delle reminiscenze di luoghi, di tempi, di fatti. Talvolta egli si rimprovera atti, parole, pensieri, ommissioni e trasgressioni affatto futili, cui la sua fantasia attribuisce un significato enorme e donde la sua mente turbata vede discendere una lunga, interminabile fila di effetti disastrosi per lui stesso o per gli altri; tal'altra egli si incolpa delle azioni più mostruose e delle perversità più ferine. Generalmente queste idee morbose di colpa dànno origine ad un « delirio eccentrico »; cioè il malato crede di agire in danno altrui o di influenzare in modo funesto sullo stesso ambiente fisico: i suoi atti e pensieri avranno le conseguenze più gravi: ne nasceranno fatalità, disgrazie, sciagure per tutti, per la sua famiglia, per gli altri esseri umani, pel mondo intero. — È il tipico delirio della melancolia, che spesso raggiunge gradi iperbolici.

4.° *Idee di alterazione e dissesto nella personalità fisica.* — Sono queste le idee morbose che gli alienisti designano col nome di « idee ipocondriache »: esse consistono nella rappresentazione dolorosa di più o meno gravi perturbamenti che possono aver incolto ora l'intero organismo, ora un dato sistema o apparato organico. La mente è dominata da una costante preoccupazione per lo stato fisico del corpo: il ma-

lato analizza in modo minuto tutte le sensazioni che gli arrivano alla coscienza dalle diverse parti, dalle membra, dai visceri: queste sensazioni si ingigantiscono e giungono a sopraffare tutte le altre percezioni, imagini ed idee. In un certo numero dei casi l'idea ipocondriaca è generica, è cioè un concetto indeterminato di malessere, di dissesto fisico totale, di infermità incurabile, di malattia irrimediabile; nel maggior numero dei malati l'idea morbosa si specifica, e allora nascono i concetti più diversi di lesioni agli organi, di cangiamenti della personalità fisica, di decomposizione e putrefazione del corpo, di spostamento dei visceri, di surrogazione degli stessi mediante corpi bruti o visceri di altre persone, di morte parziale d'una metà del corpo o di un'estremità, ecc.

Le idee ipocondriache possono costituire da sole una speciale vesania, l'ipocondriasi semplice, o meglio la paranoia ipocondriaca, ma le si osservano pure predominare nella sintomatologia di varie neurosi e forme psicopatiche, ad esempio nella neurastenia, nell'epilessia, nell'isterismo, nella paranoia sistematica di persecuzione, nella melancolia (che ne assume il nome di ipocondriaca), nell'alcoolismo, nella pazzia masturbatoria, nella demenza senile e terminale, in fine nella stessa paralisi generale progressiva: in ciascuna di queste forme i concetti ipocondriaci hanno però sempre qualche carattere speciale che facilita il diagnostico.

5.° *Idee di persecuzione.* — L'idea morbosa di persecuzione, come lo indica il suo stesso nome, consiste in ciò che il pazzo crede d'essere l'oggetto di persecuzioni imaginarie: e la persecuzione viene rappresentata nella sua mente sotto l'aspetto di qualche danno materiale o morale, o di qualche lesione dei suoi interessi e diritti, o di qualche offesa al suo onore ed alla sua fortuna, che gli possano o debbano provenire da agenti esterni. La mente è qui dunque funestata dalla imagine di un continuo pericolo o nocumento, ma a differenza del melancolico il delirio persecutorio è essenzialmente basato su di un alto sentimento di sè stesso: il danno imaginario è sempre più o meno immeritato, e i mali temuti e aborriti dalla coscienza provengono dal di fuori, dall'ambiente, dagli altri uomini o da esseri nefasti congiuranti contro la tranquillità, la salute, l'onore, l'integrità personale, la po-

sizione sociale, l'intelligenza, la potenza virile, la fortuna economica e l'avvenire del malato.

Ordinariamente l'idea morbosa di persecuzione è associata a disordini varî della sfera percettiva, a illusioni, ad allucinazioni, che il malato interpreta conforme al contenuto stesso del suo delirio. Le idee di persecuzione possono, come le ipocondriache, costituire da sole una vesania speciale, la paranoia persecutoria, il delirio cronico sistematico di persecuzione; ma possono anche presentarsi episodicamente, e con più o meno tendenza a sistemazione, in un gran numero di altre malattie mentali: nella melancolia, soprattutto se a base degenerativa, nella pazzia sistematizzata secondaria passante a demenza, nella demenza terminale, nell'imbecillità, nella degenerazione psicosica che si può qualificare come costituzione paranoica ereditaria (i così detti « mattoidi »), nella demenza senile, nella paralisi generale progressiva, nell'alcoolismo, infine nell'isterismo e nella stessa mania.

Una varietà importante di idee persecutorie è data dalle *idee di gelosia*, il cui contenuto consta della rappresentazione d'una possibile offesa ai proprî diritti conjugali: esse sono frequentissime nell'alcoolismo e nella paranoia climaterica (« delirio geloso », di MOREAU [de Tours]).

6.° *Idee di grandezza.* — La mente del pazzo è dominata da idee morbose di grandezza, di potere, di ricchezza e di forza, le quali ora sono accompagnate da un semplice sentimento di intima soddisfazione, ora si basano su di un alto concetto della propria personalità fisica e soprattutto morale, e quindi dànno origine ad uno spiccato sentimento d'orgoglio e di ambizione. Queste idee costituiscono ciò che gli alienisti designavano già col nome di « megalomania », ma il delirio ambizioso o superbo ben raramente si svolge isolato o primitivo; per lo più esso è una semplice fase d'una psicosi sistematica a decorso evolutivo, ed è preceduto e accompagnato quasi sempre da idee di persecuzione.

La varietà delle idee morbose di grandezza è indescrivibile. In certi casi si tratta solo di rappresentazioni vaghe e fluttuanti di potere, di forza, di ricchezza, che non si sistemano, non modificano il concetto della personalità, e procurano al malato un senso generale di contentezza, di compiacenza e

di beatitudine: così il paralitico generale è felice delle sue imaginarie ricchezze e dei suoi paradossali poteri, ed il maniaco è lieto delle idee gioconde che attraversano come un versatile miraggio la sua fantasia. Queste idee di soddisfazione si osservano nella paralisi generale progressiva, nella mania degenerativa, nella fase esaltata della follia circolare, nell'alcoolismo (pseudo-paralisi alcoolica), nella stessa imbecillità e degenerazione mentale ereditaria. — In altri casi, e sono i più importanti, le idee grandiose e superbe hanno un contenuto preciso, uniforme, costante: esse tendono sistematicamente ad aggregarsi, e finiscono col sostituire un concetto nuovo della personalità a quello antico normale. Qui abbiamo, in primo luogo, il tipico delirio cronico evolutivo; poi la paranoia originaria degenerativa, dove spesso per fortuna il delirio ambizioso abortisce o non giunge a sistemazione; indi certe paranoie mistico-erotiche, e certe forme di alcoolismo.

Come varietà distinta delle idee di grandezza, gli alienisti francesi descrivono quelle di *enormità*, di *eternità*, di *infinito*, di *immensità*, di *immortalità*, che si possono osservare nella pazzia dei mistici o paranoia religiosa superba (in allora sono associate a un sentimento d'orgoglio), o nella melancolia ansiosa (con sentimento di umiliazione), o nella stessa paralisi progressiva, dove assumono un aspetto paradossale (simbolismo verbale).

7.° *Idee mistiche e religiose.* — Il misticismo costituisce il fondo di molte fra le idee morbose precedenti, massime di quelle di colpa e rimorso, e di grandezza ed orgoglio: ma vi hanno casi in cui il colorito mistico-religioso delle idee colpisce per la sua stessa intensità e pel suo carattere peculiare. D'ordinario la presenza di idee mistiche è indizio di debolezza psichica originaria: la mente di molti degenerati non si trova soddisfatta dalle rappresentazioni concrete del mondo reale, e fantastica rapporti misteriosi col mondo soprasensibile: così si giunge a costituire un vero sistema delirante, che non raramente modifica anche il concetto della personalità (delirio mistico-superbo, « teomania »).

In molti casi pertanto il misticismo è l'effetto d'una particolare educazione, oppure è la reviviscenza di sentimenti e concetti della fanciullezza, poichè talune volte la fede ri-

sorge all'improvviso sotto l'influenza della pazzia anche negli individui non religiosi. Nei melancolici l'idea di colpa si trasforma in quella di peccato, di sacrilegio, di mancamento verso Dio, e allora vengono formulate anche le idee mistiche di perdizione dell'anima, di inferno, di purgatorio, di dannazione, di adorazione demoniaca, di indemoniamento. Qui si tratta, dunque, d'un ascetismo di umiliazione; ma in altri malati l'idea mistico-religiosa è a base di orgoglio, come avviene in certi paranoici perseguitati che si credono in comunicazione con Dio, con la Vergine Maria, coi Santi, o si raffigurano di essere essi medesimi i rappresentanti o le incarnazioni della Divinità. Vi sono poi i casi nei quali il misticismo si presenta solo come tendenza al meraviglioso o come credenza illimitata nella cabala, nelle azioni occulte, negli influssi arcani: ed è senza dubbio di questa natura il trasporto pazzesco illogico, incoercibile, che tutti i degenerati, i deboli di spirito, gli eccentrici, gli isterici e nevropatici hanno per le teorie e le pratiche dell'ipnotismo, del magnetismo animale, dello spiritismo, della magia bianca e nera, dell'occultismo, delle iniziazioni (es. i *Rosa+Croce*), del teosofismo e altre consimili forme di psicosi epidemica dell'epoca nostra.

8.° *Idee erotiche*. — La mente del pazzo si mostra assediata da idee concernenti gli organi e le funzioni del sesso. Queste idee di carattere lubrico sono per lo più accompagnate da un sentimento aggradevole: il malato si compiace nella rappresentazione continua della sessualità, e di tutto ciò che gli sembra avere rapporto con la soddisfazione del senso voluttuoso; ma altre volte, invece, le idee erotiche svegliano sentimenti penosi di collera, di ripugnanza e di vergogna, ed è quanto avviene dei deliranti perseguitati che soffrono le più bizzarre illusioni nella sfera genitale.

L'erotismo, ad ogni modo, occupa un posto eminente nella sintomatologia psichiatrica. — In un primo gruppo di pazzi esso dipende dallo stato di eccitazione: nella ipomania, nella mania confermata, nella mania puerperale, nella paralisi generale progressiva, nella stessa epilessia e in certi casi di demenza senile la comparsa delle idee erotiche altro non è se non una manifestazione del generale esaltamento, e spesso è di indole reflessa. — In un secondo gruppo l'erotismo ha origine alluci-

natoria e non raramente si associa col misticismo: tale è il caso di molti ascetici e deliranti perseguitati, e di molte isteriche: è sopratutto la paranoia persecutoria del climaterio, che presenta allucinazioni erotico-sessuali. — Finalmente in varî casi l'erotismo costituisce da solo il pernio di tutto un delirio cui si informa la condotta dell' alienato (delirio erotico quasi sempre casto, erotomania), oppure prende i caratteri dell'idea fissa incoercibile (ossessioni oscene). — Sono qui a ricordare anche le inversioni dell'istinto sessuale che contraddistinguono certi individui affetti da profonda labe degenerativa.

9.° *Idee di negazione.* — In alcuni alienati si osserva il predominio di idee morbose negativistiche. Il negativismo consiste essenzialmente nel negare l'esistenza di tutto quanto riguarda la personalità e le cose del mondo esterno: i malati negano di esistere; dicono di non avere più nè corpo, nè anima, nè vita, che tutto è ridotto nel nulla, che la luce, il mondo, Dio stesso sono distrutti; con tutto ciò spesso affermano d'essere immortali. In certi rarissimi casi queste idee morbose costituiscono un vero delirio sistematico (delirio di negazione, COTARD), che però può riguardarsi come una varietà di melancolia ansiosa; più di frequente le idee negative si presentano in guisa soltanto sintomatica, ad esempio nella paralisi generale di forma ipocondriaca, nella demenza senile, nell'alcoolismo e in certe psicosi degenerative.

10.° *Idee impulsive.* — Consistono nella intensa, continua ed ostinata rappresentazione di atti, a compiere i quali la coscienza del malato si sente tratta come da una tendenza irresistibile, da una forza interna superiore ad ogni ragione e ad ogni potere di volontà. Gli atti rappresentati hanno sempre il carattere della dannosità, della violenza, della immoralità o della stranezza, e in genere sono in contrasto con le abitudini, gli istinti e le credenze normali del malato (« monomanie istintive o impulsive » dell'ESQUIROL e della sua scuola).

L'idea impulsiva più frequente e tormentosa è quella del suicidio, l'*impulso suicida* (« monomania del suicidio »), che non di rado viene dissimulato dal pazzo e che occorre per ciò accuratamente scoprire. Nel più dei casi l'idea di uccidersi sveglia sentimenti di paura e di orrore, ma in altri essa è accarezzata come l'unico mezzo di liberazione dal tormentoso

stato di angoscia in cui versa la coscienza. È un errore volgare che l'esprimere con molta frequenza l'idea di suicidio non sia indizio di pericolo: i malati che si dicono tormentati dall'impulso di troncare la loro vita, pur manifestando orrore per questo atto contrario alla loro fede, ai loro affetti ed alla stessa loro paura della morte, possono effettuarlo ad un tratto quando meno lo si aspetta; un pazzo che dice di avere idee di suicidio deve essere sempre attentamente sorvegliato. Per ordine di frequenza, le idee impulsive suicide si presentano: nella melancolia, di cui sono un sintomo quasi caratteristico; nell' alcoolismo; nell' ipocondriasi; nell' epilessia; nella psicosi costituzionale degenerativa; nella demenza o lipemania senile; nella paranoia erotico-religiosa e in quella persecutoria; nella paralisi generale progressiva; nell'isterismo, dove però l'impulsione raramente passa dalla fase rappresentativa all' esecutiva. È notevole soprattutto l'apparire della idea di suicidio in forma fissa coartante, ma conscia, nei neurastenici e negli ereditarî degenerati.

Altre idee impulsive frequenti nella pazzia sono: — quella di attentare alla vita degli altri, l'*impulso omicida* (« monomania dell'omicidio ») ; — quella di recar danno agli oggetti materiali, la *panclastomania* (« monomania di distruzione »); — quella di bere liquidi alcoolici, la *dipsomania* (« monomania del bere »); — quella di appropriarsi gli oggetti, anche i più futili e senza prezzo, la *cleptomania* (« monomania del furto »); — quella di appiccar fuoco, la *piromania* (« monomania incendiaria ») ; — quella di eseguire atti osceni in presenza di altri, di spogliarsi nudo, di mostrare gli organi genitali, di commettere sodomia o bestialità, ecc., la *erotomania* (« monomania erotica ») ; — quella di eseguire azioni stravaganti e bizzarre, di fare movimenti ridicoli, di gestire in modo insensato, insomma, come si esprimono i malati con coscienza, l'impulsione a « fare il matto », il così detto *delirio degli atti* (« malattia dei ticchi », s'intende psichici); — quella di pronunziare parole sconcie e triviali, bestemmie e frasi sacrileghe, ingiurie grossolane e lubriche, la *coprofrasia* o *coprolalia* (ne abbiamo già discorso al § precedente). — In sostanza, queste idee impulsive, tendendo a trasformarsi in atti, ci portano nel campo semeiotico concernente la condotta (Art. seg.).

b) Quando un individuo ci dice di essere angustiato dal *presentarsi insistente di un pensiero*, noi dobbiamo fin dal primo momento sospettare l'esistenza di idee fisse. Se egli si dichiara consapevole della morbosità del fenomeno (« *teme d'impazzire* », « *crede di perdere la ragione* », « *è sul declivio della follia* », « *ha un dissesto del cervello* », « *la sua mente è disorganizzata* », « *ha un pensiero fisso nel capo che lo conturba* », ecc.); se il disturbo si provoca a intervalli ben distinti, è accompagnato da un sentimento di angoscia, e il soggetto prova un senso di soddisfazione quando il fenomeno cessa, allora il nostro sospetto può formularsi in una diagnosi precisa: — noi siamo di fronte ad una disassociazione parziale del processo ideativo, ad un'idea coatta, incoercibile o coartante, impulsiva od assediante, ad una ossessione ideativa (MOREL, KRAFFT-EBING, WESTPHAL, BUCCOLA, MEYNERT). Di questa singolare « pazzia delle idee fisse » (vera *paranoia rudimentaria*, ARNDT) furono descritte moltissime forme, che però, a mio avviso, sono soltanto varianti cliniche o individuali dovute alla diversa costituzione psichica dei soggetti. Secondo la mia esperienza, qualunque idea, qualunque rappresentazione di atti può nelle condizioni opportune (che sono o la degenerazione [MAGNAN], o la neurastenia cerebrale [KRAEPELIN]), assumere un'intensità morbosa, così da accamparsi signora e donna nel campo della coscienza e inibire per un tempo più o meno lungo la rievocazione delle idee e rappresentazioni di atti, sia antagonistiche, sia puramente dissimilari. Fermandomi qui a considerare il fenomeno dell'idea coatta (*Zwangsvorsteliung* dei tedeschi) per riguardo alla funzione del linguaggio, cioè per riguardo alla forma verbale che essa può assumere, noi avremo le seguenti categorie:

1.° *Immagini verbali coatte, consistenti in pure rappresentazioni di parole, libere da ogni idea sovrapposta.* — Ne abbiamo parlato precedentemente (Vol. II, §. 92): esse corrispondono all' « onomatomania » ed « aritmomania semplici » degli autori. Il malato può essere angustiato: — *a*) dalla ricerca angosciosa d'una parola o di un numero; — *b*) dalla ricerca affannosa dell'etimologia e significato delle parole (Es. in un mio malato la parola *pala* [quadro dell'altar maggiore delle

chiese cattoliche]); — *c*) dall'ossessione di una data parola o frase, spesso oscena e sacrilega, o di una cifra, e dall'impulso irresistibile a pronunciarla (Es. la paura che sfuggano in chiesa le parole *Satana*, *porco!*, *accidenti!* . . .). Nei primi due casi il fenomeno è interiore, e noi lo sappiamo perchè il malato ce lo dice: nel terzo, invece, il dissesto associativo si rende esteriore nel fatto stesso della pronuncia della parola o frase coartante.

2.° *Rappresentazioni verbali complesse aventi un determinato contenuto ideativo e divenute incoercibili per questo loro carattere.* — Il malato soffre la rievocazione periodica di frasi significanti problemi astratti ed insolubili, dove l'astrazione e la insolubilità sono date dalla stessa filogenia del linguaggio. Nella così detta « pazzia del dubbio metafisico » (paranoia interrogatoria, *Grubelsucht*), altro non si ha se non un'esagerazione morbosa, un'ipertrofia del verbalismo filosofico (Es. « *Perchè il Creatore crea le creature?* » — « *Perchè i viventi debbono morire?* », ecc.), oppure un'insistente presentazione di quesiti scientifici mal compresi e quindi mal posti (Es. « *La terra non potrebbe essere assorbita dal mare?* . . . »). — La « pazzia degli scrupoli (*merimnofobia*), che spesso riguarda possibili peccati di parole, è una varietà di questa forma. Nelle pazzie ebefreniche ed isteriche vi è la tendenza a farsi problemi puerili (EMMINGHAUS).

3.° *Rappresentazioni verbali semplici o complesse, di cui la forma fonetica è separata dal suo contenuto ed acquista nella mente del malato un senso particolare.* — Qui abbiamo la « onomatomania » e l' « aritmomania associate », in cui certe parole, frasi, numeri e cifre si presentano incoercibilmente unite all'idea di un loro specioso significato, ora fausto e preservativo, oppure infausto e minaccioso, ora inibitore oppure agevolatore di certi pensieri, sentimenti ed atti. Anche essa è una specie di metafisica, ma costituita sulla base del pregiudizio, della superstizione, della cabala (Es. le paure del *venerdì*, del *13*, del *27*. . .). La rappresentazione coatta viene combattuta cercando possibilmente di evocare le idee antagonistiche (il *sabato*, il *14*, il *24*, e negli es. accennati più sù al N.° 1.°, la *Madonna*, *caro!*, *prosit!* . .).

4.° *Rappresentazioni [verbali] di ipotesi per lo più relative alla conservazione e integrità dell'io personale e ai suoi rap-*

porti col mondo esterno. — Le ipotesi consistono in idee egoistiche (rarissimamente sono altruistiche) di pericoli, di danni, di possibili offese, che vengono presentate alla coscienza in veste verbale di frase interrogatoria e di dubbio angoscioso. Quì, adunque, si comprendono tutte le varietà di pazzia del dubbio che i varî autori hanno descritte e denominate.

α. *Egoistiche*. — Citerò la paura del contatto di cose sudicie (*rupofobia*, *misofobia*, *afefobia*); la paura dei veleni (*tossicofobia*), o dei pezzetti di vetro o di aghi nei cibi e nel letto (*ialofobia*, *belenofobia*); la paura di deformità corporee (*dismorfofobia*); la paura di provare vertigini nelle altezze (*acrofobia*, *ipsofobia*), o soffocazione nei luoghi chiusi (*claustrofobia*), o smarrimento negli spazî larghi ed aperti (*agorafobia*), o vertigine davanti ad un'acqua corrente (*idrofobia*); la paura di potere essere schiacciato e urtato dalla folla (*oclofobia*), o colpito in qualche modo dalle persone che sono dietro le spalle (*opistefobia*); la paura di poter contrarre la sifilide (*sifilifobia*), o la rabbia (*lissafobia*); la paura di aver avuto o poter avere rapporti sessuali inavvertiti ed illeciti (*ginecofobia*, *androfobia*), o, per contrario, quella di essere incapace nel coito (impotenza psichica, *adinamofobia*); la paura della luce troppo intensa (*fotofobia*), o dell'oscurità notturna (*nictofobia*), o dei suoni troppo forti (*fonofobia*); la paura degl'influssi misteriosi delle stelle (*siderofobia*), o degli urti fisici in genere (*otmofobia*); la paura di poter essere seppellito a corpo vivo (*tafefobia*), ecc. — In sostanza, tutte queste idee fisse si potrebbero dividere in pochi gruppi principali: 1.° paure relative ai luoghi, o *topofobie*; 2.° paure concernenti malattie e stati abnormi in genere, o *patofobie*; 3.° paure dell'azione nociva di cose e forze esterne, o *periecofobie*.

β. *Altruistiche*. — Ho già detto che le idee fisse altruistiche sono rare: tuttavia si osserva talvolta il dubbio angoscioso che possa accadere qualche sventura a persone care, ed ora il dubbio è vago, ora ben determinato, ad es. una caduta, un trauma, uno scontro ferroviario, ecc. (*atuchiofobia*). In altri casi si ha il dubbio strano di emettere dal proprio corpo, dalle mani, o col fiato o col contatto diretto, effluvî nocivi ai circostanti (*blaptofobia*). Si vede pure insorgere il dubbio tormentosissimo che certi avvenimenti dolorosi, quale

sarebbe una malattia, la morte di parenti, siano l'effetto di dimenticanze o di trascuratezza propria, oppure il dubbio di avere incorso il pericolo di appiccar fuoco; in altre parole si ha l'angosciosa rappresentazione di una esagerata e immaginaria responsabilità (*ipologofobia*), che non è se non una varietà della pazzia degli scrupoli. Alcuni rivolgono i loro dubbî altruistici agli animali, e sono gli zoofili accaniti (pazzia degli antivivisezionisti, MAGNAN).

Le circostanze esterne provocano nel più dei malati la risurrezione del dubbio angoscioso: ad ogni modo, questa non avverrebbe mai in tali casi, se la coscienza non possedesse un materiale verbale con cui rivestire e formularsi internamente il dubbio stesso. E ciò dico, perchè è necessario distinguere la vera pazzia del dubbio (intellettuale) dalle *fobie pure*, cheso no i « delirî emotivi » (MOREL), gli stati « ansiomaniaci » propriamente detti (MAGNAN), dov'è l'elemento emotivo inconscio che predomina, non il rappresentativo (verbale), e dove possiamo arrivare anche ad un grado altissimo di metafisica vaga della paura, cioè alla *paura di avere o di poter avere paura* (*fobofobia*). In tutti i malati con coscienza del proprio stato morboso, spesso la crisi consiste nel dubbio ansioso che possa ritornare la solita idea fissa: moltissime volte le idee fisse dànno origine ad azioni coatte, le quali specialmente consistono in atti negativi o inibitorî (non fare un dato gesto, non pronunziare una data parola, non toccare nulla, non affacciarsi alle finestre, non entrare in case aventi 13 finestre sulla facciata, non mangiare se si rovesciò il sale, ecc. ecc.). Notiamo che la pazzia del dubbio è soventi volte una fase dell'evoluzione di una malinconia ansiosa con abulia, e che altre volte si innesta sul tronco della neurastenia, dell'ipocondria e dell'isterismo.

5.° Anche la categoria delle *rappresentazioni mentali di atti incoercibili* ha rapporto coi disturbi del linguaggio, poichè questi atti, pur riguardando la diretta trasformazione d'uno stimolo interno in movimento, vengono pensati con immagini verbali. Quando un pazzo è dominato dall'idea di compiere un atto, egli si raffigura i suoi movimenti d'azione con il corrispondente simbolo del linguaggio: e qui sono i verbi quelli che agiscono da stimoli scaricatori dell'energia se la

rappresentazione precede l'atto, o che si risvegliano contemporaneamente coll'atto che si eseguisce, o vengono rievocati poi se il pazzo pensa od esprime l'atto eseguito. Questo fenomeno ci porta però, come testè abbiamo detto, nell'esame della condotta; che se abbiamo ora accennate le relazioni degli impulsi col linguaggio, è per mostrare come tutto nella coscienza si concateni, e come ogni distinzione fra i fatti psichici sia puramente scolastica e adottata solo per guidare metodicamente le ricerche della clinica.

III. Le dislogie dell'ultima classe corrispondono alla vera e propria « Paralogia » (Kussmaul): sono, cioè, dovute alle false percezioni, ai sentimenti esagerati, alla sintesi scorretta o impotente, al giudizio invertito o deficiente, al ragionamento erroneo ed all'alterato criterio della certezza, che il processo morboso cerebrale provoca nel pensiero del pazzo. Come le idee politiche, religiose e scientifiche, o quelle relative ai diversi interessi materiali e alle tendenze predominanti nell'individuo, esercitano nell'uomo sano di mente una particolare influenza sul contenuto dei suoi discorsi; così le idee ossessive, i concetti deliranti, i delirî sistematici confermati e quelli che sono in progressiva sistemazione agiscono sul linguaggio di un gran numero di alienati (paranoici, melancolici e maniaci deliranti, pazzi allucinati, demenze secondarie incomplete). I sani hanno, come ben dice Kussmaul, i loro « temi favoriti », sui quali ritornano volentieri, spesso quasi inconsciamente; questa tendenza si esagera ancor più nei pazzi, che talune volte finiscono col circoscrivere la loro attività pensante, e con ciò anche i loro discorsi, entro la strettissima e sempre più sterile zona del « tema delirante ».

Sotto il riguardo semeiotico, i delirî dànno origine ad un linguaggio particolare, ad una vera idioglossia vesanica, che, oltre al rivelarsi con le alterazioni del discorso già precedentemente accennate (disfrasie e dis-

logie di incapacità e di disassociazione), presenta due altri fenomeni: — 1.° la ricorrenza, la frequenza o anche il predominio assoluto di quelle che potremmo chiamare *forme sillogistiche morbose* (giudizî imperfetti, sofismi d'ogni genere, ragionamenti autonomi, conclusioni azzardate o false); — 2.° la ricorrenza di espressioni determinate, caratteristiche di ciascun pazzo, che essendo per lo più di nuova costruzione, o venendo da lui sempre pensate e dette in un significato particolare o individuale, noi chiamiamo *neologismi*: questi sono, non soltanto la rivelazione d'un profondo turbamento della personalità del malato che si isola dall'ambiente sociale, ma spesso compendiano e sintetizzano tutto un delirio.

Io non debbo in questa opera trattare l'argomento importantissimo dei delirî, che spetta alla psicopatologia generale e speciale, e non alla semeiotica. Credo, tuttavia, opportuno qualche schiarimento sulla genesi dei delirî in rapporto al processo normale del pensiero logico.

a) Noi sappiamo già in che consiste un atto di giudizio. Vedemmo che il giudizio altro non è che una predicazione; ora, per attribuire un predicato a un soggetto occorre un lavoro mentale di sintesi, che associi l'immagine dell'uno a quella dell'altro, e ne percepisca le relazioni: percepite queste relazioni, noi le affermiamo o neghiamo, e così arriviamo a quello stato mentale, che gli psicologi designano col nome di « credenza » (*belief* degli inglesi). Se adunque il nostro giudizio era perfetto, cioè chiaro, distinto, accurato, pronto, stabile ed indipendente, anche la credenza sarà corrispondente alla realtà, cioè *certa*, e la sua certezza consisterà in ciò che la relazione da noi veduta fra le cose sarà esattamente eguale a quella veduta da tutti gli altri nostri simili: invero è la intelligenza sociale che rende sicuri i giudizî individuali. Se il giudizio era imperfetto, cioè non poteva condurci a percepire nessun rapporto sicuro fra soggetto e predicato e doveva rimanere sospeso, avremo una credenza *dubbia*, uno stato di oscillazione interna pel quale non acquistiamo la certezza. Se il giudizio era erroneo, perchè la percezione era falsa o la co-

noscenza deficiente, o perchè il potere di sintesi era alterato, o perchè ci lasciammo dominare da stati sentimentali, allora anche la credenza sarà *sbagliata*. Il credere si forma, dunque, in noi per tre procedimenti diversi: 1.° dall'*esperienza*, che ci ammaestra come certe imagini ed idee si presentino sempre associate, dal che nasce in noi il concetto d'una corrispondenza fra le cose; 2.° dalla *suggestione verbale*, in cui le parole, essendo i simboli sintetici delle idee, si sostituiscono alle percezioni immediate ed alle nozioni empiriche; 3.° da un *effetto di sentimento*, per cui siamo tratti a cercare e a vedere quei rapporti fra le cose o le idee (e quindi anche fra le parole) che più ci interessano perchè svegliano in noi piacere o dolore.

Tutto questo ci spiega molti fenomeni morbosi della pazzia, e in prima la credenza dell'alienato nel suo delirio. Il delirante considera come certo un fatto, cioè il rapporto erroneo che egli vede fra le cose, perchè alcune imagini ed idee gli si presentano invariabilmente associate o disgiunte fra loro, ed egli non è più capace di farne l'analisi o la sintesi; perchè le parole, con cui egli si rappresenta morbosamente gli stati proprî e gli oggetti esterni, si rievocano e si suggeriscono a vicenda; perchè i suoi sentimenti sono alterati e pervertiti. In tal modo egli viene sostituendo uno stato individuale di credenza ed un criterio personale di certezza alle credenze ed ai criterî comuni, cioè sociali. In secondo luogo, noi vediamo schiarita quella stragrande frequenza di stati di dubbiezza, che caratterizzano alcune forme speciali di pazzia durante tutto il loro decorso, e che esistono in moltissime altre, almeno come fase transitoria: egli è che allora il pazzo non ha o non trova elementi bastevoli per trarre illazioni, e ragionando sull'ignoto o sull'inconoscibile, non può concludere. Per ultimo, comprendiamo anche il fenomeno di quelle credenze vesaniche, che possiamo dire puramente verbali, perchè si basano sulla suggestione delle parole per sè ed in sè, senza considerazione al loro preciso contenuto ideativo, ma con riguardo alla sola forma esterna.

b) Se ora passiamo al raziocinio, al potere complesso di ragionare, vediamo che esso consiste nel passare da un giudizio ad un altro, e da giudizî accertati ad altri nuovi.

Il passaggio è dato dalle relazioni fra i loro singoli contenuti ideativi; questi contenuti o si assimilano o si disassimilano, e la nostra mente ne trae motivo per affermare nel primo caso, per negare nel secondo i rapporti fra i giudizî. Quando passiamo dai concetti particolari ai generali, facciamo un ragionamento di *induzione:* se invece applichiamo una verità generale al caso particolare o ad una classe di casi, ne facciamo uno di *deduzione*. Il più importante dei nostri ragionamenti induttivi è quello di causalità, quando cioè dalla percezione di un rapporto immancabile fra certi fatti particolari desumiamo l'esistenza di una condizione generale, che è la *causa* di quegli *effetti*. — Nello sviluppo del raziocinio, tanto la specie quanto l'individuo attraversano tre fasi: dapprima il ragionamento va da particolare a particolare, poi dai particolari al generale, infine dal generale ridiscende ai particolari. Vi sono però, sotto questo riguardo, notevoli varianti individuali: certe persone hanno una grande attitudine a scoprire le simiglianze, altre i contrasti fra i casi particolari; certe altre posseggono attitudine a discendere troppo rapidamente dal generale al particolare, o a salire con soverchia fretta dai particolari al generale; pochissime godono il privilegio di applicare conoscenze note a cose nuove, e in ciò stanno le graduazioni più alte dell'intelligenza umana, il talento, l'ingegno, il genio. Tuttavia, il ragionare sul nuovo e sull'ignoto conduce facilmente ad illazioni erronee, sia perchè non si posseggono tutti i dati sulla causa, o si ignorano le varianti degli effetti, o si introduce inconsapevolmente nel raziocinio qualche giudizio falso, esagerato dal sentimento.

Nella condizione di pazzia queste deficienze e varietà naturali del ragionamento si ingigantiscono. Ed ecco perchè gli alienati sono tratti quasi costantemente ad illazioni illogiche: essi perdono la percezione dei rapporti fra i fenomeni particolari ed i generali, e così arrivano a indurre l' esistenza di cause imaginarie o ad esagerare l' influenza di certe cause reali. Sotto un certo riguardo il pazzo ritorna qui alla condizione psichica dell' uomo primitivo, del selvaggio, del fanciullo: egli attribuisce azioni e influenze fantastiche agli altri individui, agli oggetti, alle forze fisiche: egli anima, per così dire, la natura, e nella sua mente rivive in

pieno animismo primordiale. Non percependo più i veri rapporti fra i proprî stati di coscienza, o fra questi e le impressioni esterne, il pazzo scompone la serie naturale dei fenomeni, oppone il non-io all' io, oppure oggettiva nel mondo esterno gli stati morbosi dell'io. — Molti alienati, col loro negativismo che si oppone alla percezione della realtà (delirio negativistico assoluto) o alla percezione dell'erroneità dei loro giudizî (negazioni ostinate dei deliranti), ci mostrano un'altra specie di processo involutivo del ragionamento. E infatti una delle fasi più interessanti nella filogenesi del linguaggio deve essere stata, come è tuttora nella sua ontogenesi infantile, l'acquisto della *negazione*, giacchè per negare occorre un'elaborazione mentale più grande che per affermare (SULLY). L'abitudine del negare si è svolta nell'umanità e si svolge nel bambino dall'abitudine di sentirsi fare dagli altri o di fare a sè stessi delle domande: la risposta *no* implica la ricognizione di un contrasto, di una contraddizione fra i termini del giudizio, e questo atto psichico discriminativo è più difficile dell'assimilativo.

c) D'altra parte, esaminando lo svolgimento logico del pensiero umano, noi vediamo subito le ragioni per le quali il pazzo si fabbrica un delirio. Il procedimento induttivo è più difficile del deduttivo, poichè implica un lungo lavoro preparatorio di analisi sui particolari: se questa analisi è incompleta o alterata, le induzioni sono erronee. Ora, il pazzo è tratto a vedere rapporti fantastici fra le cose e le sue sensazioni, oppure le percezioni particolari sono scorrette ed illusorie: ciò lo porta ad indurre su prove troppo scarse e fallaci. Come ultimo acquisto, la nozione di causalità si perturba e si cancella per la prima. La deduzione, invece, è un processo logico più facile, e oserei dire più sentimentale, perchè, dato un principio generale, la mente corre a corollarî spicciativi riguardo ai fatti particolari. Ne segue che l'alienato delirante è quasi sempre un sottile ragionatore per sillogismi deduttivi: posta l'idea-madre del suo delirio, tutte le rappresentazioni ulteriori dei fatti esterni ed interni percepiti dalla sua coscienza ne discendono con una fatalità logica inesorabile, contro la quale si spezza ogni ragionamento contraddittorio. Il delirio può dirsi, per molti riguardi, un *pervertimento dell'idea di causalità*.

d) Riguardo al procedimento che dà origine a questi disturbi dell'ideazione e ingenera i delirî nel linguaggio pensato e nel pensiero parlato, possiamo avere le eventualità seguenti.

1.° Delirî di inferenza. — Il pazzo giunge a rappresentarsi e a formulare le sue idee erronee la mercè di un ragionamento continuato, che passa per tutte le fasi del normale processo logico del pensiero cosciente, ma se ne distingue perchè muove da premesse false, attraversa giudizî scorretti e giunge ad illazioni sbagliate. Questo è il caso dei *delirî primitivi* che insorgono lentamente, a poco a poco si costituiscono in entità sillogistiche particolari, attorno a cui altre si creano e si raggruppano per legge di associazione, e finalmente divengono un sistema fantasticamente complesso, un edifizio talvolta grandioso, ma sempre deforme. Ne sono un esempio calzante i delirî evolutivi della psicosi sistematica (paranoia tardiva, « delirio cronico » del MAGNAN); ma anche in un gran numero di melancolici e maniaci si osserva un'identica evoluzione ragionata del delirio (delirî di interpretazione e di allegoria).

2.° Delirî di percezione immediata. — La credenza morbosa è originata da illusioni ed allucinazioni che immettono di improvviso elementi percettivi erronei nel campo della coscienza, e con ciò perturbano la integrazione delle imagini in idee, scompongono le associazioni ideative preesistenti, e finiscono coll'imporre gruppi rappresentativi eterogenei, disformi dalla realtà. Anche qui è leso il ragionamento, ma la sua lesione non consiste in una serie di inferenze sbagliate che procedano coscientemente l'una dall'altra, bensì in una parziale e determinata inferenza percettiva che stabilisce una associazione incosciente fra certi stati di coscienza. La psicologia odierna ha dimostrato che anche nella più semplice percezione esiste un processo di raziocinio, che viene però effettuato, per abitudine, al disotto della soglia della coscienza (A. BINET): ora, se è vero che la nostra intelligenza opera soltanto sui materiali percettivi, si comprende come in molti alienati un delirio venga originato e consolidato da fenomeni illusorî ed allucinatorî accompagnati da ragionamento incosciente nel modo su espresso. È il caso non solo delle paranoie allucinatorie, ma anche di certe psiconeurosi a base

sentimentale (melanconie), dove il pazzo trova spesso ad un tratto la spiegazione concettuale erronea del proprio stato morboso e la sua mente ne resta come conquisa.

3° Delirî di simbolismo verbale. — Sono i delirî più avanzati nella gerarchia delle idee morbose, poichè si basano sui legami associativi puramente formali fra le parole. Una sola parola può diventare il nucleo d'un sistema vastissimo di concetti erronei; basta che il suo significato si ipertrofizzi, perchè altri simboli le si cristallizzino d'attorno e diano origine ad un'associazione bizzarra di imagini verbali non più rispondente ad alcuna realtà esterna, nè ad alcuna condizione subbiettiva. Se anche è piuttosto raro il caso che un delirio si costituisca primitivamente in questo modo, è invece di comunissima osservazione il fatto che un delirio sistematico diventi un edifizio puramente nominalistico o verbale. — È questo soprattutto il caso dei paranoici in terzo stadio (paranoia degenerativa e paranoia tardiva).

A) La forma più semplice e naturale dell'idioglossia vesanica, quella dalla quale desumiamo l'esistenza dei concetti deliranti e dei delirî (*idiologismo* della pazzia), consiste in proposizioni e frasi speciali, stereotipe, monotone, uniformemente stucchevoli, che l'alienato introduce nel suo parlare, che ci risponde con più o meno costanza quando lo interroghiamo, o per mezzo delle quali giunge a comporre esclusivamente tutti i suci discorsi. Il più delle volte queste frasi sono *esplicite*, cioè dichiarano nettamente l'idea morbosa dominante; altre volte sono *reticenti*, e ci fa d'uopo una certa attenzione per comprenderne il senso; o anche sono *figurate*, e il pazzo fa un lusso straordinario di traslati, di metafore, di allegorie, di formule aritmetiche, di frasi interrogatorie od esclamatorie, che hanno un senso particolare, ora trasparente sotto un leggerissimo velo, ora enigmatico, ora anche affatto misterioso ed incomprensibile, e che altro non sono se non una esagerazione morbosa della tendenza alle analogie insita nella mente

umana (TAINE). In molti alienati la dislogia è *continua*, cioè si manifesta ogni qualvolta essi parlano o rispondono; in altri è *remittente*, e non si rivela se non in certi stati dell'animo (emozioni, collera), o sotto l'influenza di disturbi percettivi acutizzati (allucinazioni, illusioni); talune volte la parola dissimula il disordine mentale, ma la scrittura ce lo palesa.

Raccogliendo con cura queste espressioni particolari, noi le dobbiamo mettere al primissimo posto fra le prove ejettive dei disturbi intellettuali: esse ci servono a determinare se nel pazzo esiste un d e l i r i o v e s a n i c o (« *Wahnidee* » dei tedeschi, « *delusion* » degli inglesi, « *idées delirantes* » o « *délire* » dei francesi).

Notiamo subito che ciò che gli alienisti designano col nome di d e l i r i o è sostanzialmente diverso dal delirio della patologia comune. Nel linguaggio famigliare e in quello dei trattati ordinarî di medicina si intende per delirio uno stato di confusione e incoordinazione delle percezioni, delle idee e degli atti, per lo più accompagnato da incoscienza o subcoscienza, e dove non è possibile trovare alcun fenomeno rappresentativo prevalente in modo costante sugli altri. Il tipo più schietto di questa condizione, per così dire, incoerente o atassica della coscienza sarebbe dato dal *delirio febbrile*, che i medici hanno occasione di vedere tanto spesso nelle malattie infettive (tifo, pneumonite, reumatismo cerebrale), o nei casi di rapido e grave impoverimento della massa sanguigna con sintomi di anemia cerebrale (emorragie da ferite, perdite in soprapparto, ecc.). Altro tipo abbastanza noto ai medici pratici è il *delirio tossico acuto*, sia da abuso di alcoolici, sia da ingestione di sostanze venefiche che agiscano sulle funzioni della corteccia. Terzo tipo è il *delirio traumatico*, che si sviluppa in conseguenza di gravi urti sul capo, di cadute dall'alto, o anche sotto l'influenza di forti e improvvise scosse morali (« shock »). Il « delirio » della Psichiatria si deve invece definire: « un sistema più o meno complesso di idee morbose concernenti l'io o i suoi rapporti col mondo reale ». La morbosità del sistema non sta tanto nella erroneità asso-

luta ed astratta del suo contenuto rappresentativo, quanto nel contrasto che esso mostra con la personalità anteriore del malato o con le condizioni effettive della personalità stessa in relazione coll'ambiente.

Riguardo al contenuto, quale ce lo dà la semejotica generale della pazzia, noi distingueremo due grandi gruppi od ordini di delirî, ciascun dei quali comprende sotto-gruppi e varietà caratteristiche:

I. DELIRÎ CONCERNENTI LA COSCIENZA DI SÈ STESSO, L' « IO ». — La coscienza di sè può essere disordinata o nel sentimento o nelll'intelligenza.

A) Nel sentimento: — il sentimento di sè può essere elevato, depresso o pervertito.

1.° Vi è *elevazione* della coscienza dell'io, cioè esagerazione della cenestesi; e così insorgono idee basate su sentimenti di vigore, di capacità, di attività, di energia aumentata (euforia, « delirio di salute » [MEYNERT], ingrandimento della personalità fisica e morale, erotismo).

2.° Vi è *abbassamento* della coscienza dell'io, cioè depressione della cenestesi; e ne derivano stati rappresentativi fondati su corrispondenti stati sentimentali di incapacità, di anenergia, di infingardaggine (impicciolimento e miseria della personalità morale e fisica).

3.° Vi è *alterazione* della coscienza di sè con pervertimento della cenestesi; donde idee svolgentisi in conformità di sentimenti di malessere, di fastidio, di modificazione indefinibile della personalità (coscienza della morbosità del proprio stato, nosomania).

B) Nell'intelligenza: — la rappresentazione complessa dell'io personale, o conoscenza di sè stesso, può disordinarsi in tutto o in parte.

1.° Quando esiste un disordine generale, si forma un *io nuovo*, o meglio un *concetto nuovo della personalità*, che presenta riguardo all'io antico normale tre casi possibili. — *α.* L'io nuovo si sostituisce completamente

all'antico, e si ha un cangiamento della personalità: è il *delirio metabolico* delle psicosi sistematiche (paranoia) o sistematizzate (melancolia), che quasi sempre si basa su profonde illusioni della memoria (delirio palingnostico). — β. L'io nuovo morboso e l'io antico normale si alternano, e si hanno differenze periodiche, più o meno irregolari, nei poteri mentali, soprattutto nella memoria: è lo *stato di doppia coscienza* (isterismo). — γ. L'io nuovo coesiste coll'antico, e si ha lo *sdoppiamento della personalità* (il malato si crede doppio, o anche multiplo), oppure la credenza in una *invasione della personalità* (il malato si crede posseduto, donde il delirio di possessione totale, es. la demonopatia).

2.° Quando esiste un disordine parziale nella conoscenza di sè stesso, esso può riguardare *i caratteri dell'io totale*, o quelli di *certe sue parti*. — α. Nel primo caso il malato, pur serbando il concetto dell'identità di sè stesso, crede di aver cangiato in qualche particolarità importante, ad es. nel sesso, nella specie, nella composizione e nel volume del corpo: è il *delirio di metamorfosi* (delirio ermafroditico, licantropia, zoantropia, mega- e microantropia, xiloantropismo, ecc.). — β. Nel secondo caso è cangiata la coscienza dell'antica integrità ed unità fisica dell'io: il pazzo ritiene che certi suoi organi sono infermi, o furono modificati o surrogati da altri, o funzionano stranamente ancora, oppure che il suo corpo alberga esseri parassitari soprannaturali (delirio ipocondriaco, delirio allegorico di trasformazione parziale e di invasione localizzata).

II. DELIRÎ CONCERNENTI LA COSCIENZA DEI RAPPORTI FRA L'IO E LE CONDIZIONI ESTERNE. — Queste condizioni esterne cosmiche, fisiche e sociali costituiscono l'*ambiente*, col quale noi siamo in rapporti continui di percezione e di azione: ora, si possono qui avere due distinti sottordini di delirî.

A) Nel primo sottordine è disordinata la co-

scienza delle relazioni dell'io coll'ambiente: — il valore personale dell'io per rispetto a questo ambiente è ora accresciuto, ora diminuito.

1.° Quando il valore dell'io è *accresciuto*, il sentimento per lo più si presenta esaltato, e il pazzo ha un alto concetto di sè stesso: egli si ritiene forte, ricco, potente, intelligente (ottimismo personale, concetti deliranti di grandezza, megalomania semplice).

2.° Quando il valore personale è *diminuito*, il sentimento per lo più è depresso, e il pazzo ha un concetto infimo di sè medesimo: egli si crede povero, impotente, inebetito (pessimismo, delirio di pochezza personale, micromania). In certi casi il concetto pessimistico si oggettiva, e il mondo esterno viene concepito negativamente al pari dell'io (negativismo, delirio di negazione).

B) Nel secondo gruppo è disordinata la coscienza delle relazioni dell'ambiente coll'io: — queste relazioni divengono, nel pensiero ammalato del pazzo, o iperbolicamente benefiche, o ostili.

1.° Sono *relazioni benefiche* quelle che l'alienato fa consistere nell'attenzione universale portata sulla sua persona, sui suoi atti e discorsi, o negli omaggi più o meno espliciti che tutti gli rendono e gli debbono rendere, o nelle predilezioni della stessa Divinità che lo ha eletto a suo interprete e a suo apostolo: in sostanza, qui vi è l'idea erronea che la energia personale è *agevolata* e la propria personalità *eccelle* sulle altre (delirio orgoglioso, di grandezza, di riforma, ecc., delirio mistico-superbo, megalomania confermata, per lo più con metabolismo e palingnosi della persona).

2.° Sono *relazioni ostili* quelle che il pazzo intuisce, immagina e crede di incontrare da parte degli individui componenti il suo aggregato sociale, o da parte di agenti esterni posti al di fuori del suo io: e qui la energia personale è *ostacolata*, la personalità è *vilipesa*.

Sotto questa rubrica si collocano i delirî più comuni. — α. In un primo ed elementare stadio si svolgono i semplici dubbî sulla inimicizia, sull'animosità, sul disprezzo altrui (delirio di sospetto, di diffidenza). — β. In un secondo più avanzato si forma la credenza che l'ostilità ha assunto caratteri precisi, si manifesta con prove reali, e si esercita mediante mezzi più o meno attivamente nocivi (delirio di persecuzione). Questa credenza erronea ora si rivolge su determinate persone dell'ambiente domestico o su dati individui dell'aggregato sociale (delirio persecutorio definito specifico), ora invece su individui sconosciuti, su personaggi misteriosi, su esseri arcani, su influenze metafisiche (delirio persecutorio indefinito generico). In taluni casi l'ostilità riguarda i soli diritti coniugali (delirio di gelosia), o anche i soli diritti giuridici (delirio di querela, paranoia querelante o litigiosa), oppure, ciò che è immensamente più comune, gli interessi pecuniarî, l'onore, il decoro, l'integrità personale, la intelligenza, le doti fisiche e morali, ecc. (delirio di calunnia, di conculcamento, di sprezzo, di vilipendio, di inebetimento forzato.....). Il delirio di persecuzione presto o tardi si associa con quello di grandezza, in quanto il pazzo finisce col credersi il foco verso cui si rivolge l'attenzione altrui (delirio *concentrico* del perseguitato opposto all'*eccentrico* del melanconico); e così nasce in lui la credenza che la sua personalità è vilipesa perchè primeggia sulle altre.

La classificazione dei delirî, che io qui ho data sulle orme di Ch. MERCIER (cfr. art. « Delusion » nel *Dict. of psycholog. Medicine*, Vol. I, 1892), è la più completa e razionale di quante se ne conoscano: essa mostra assai bene la svariata natura delle idee morbose dei pazzi, e risponde ai concetti odierni sulla cenestesi e sulla personalità da me antecedentemente esposti (cfr. Vol. I. § 59, pag. 389-423, e Vol. II. § 64-68).

Ma io sono il primo a riconoscere che essa sembrerà a molti troppo complicata e artificiosa pei bisogni della pratica

e per la istruzione clinica degli allievi. Praticamente, dunque le specie più comuni di delirî dei pazzi si possono ridurre alle seguenti, che costituiscono una sistemazione delle idee morbose già accennate (cfr. pag. 429-437).

1.° *Delirio di incolpazione o di autorimprovero;*
2.° *Delirio ipocondriaco;*
3.° *Delirio di persecuzione;*
4.° *Delirio di grandezza;*
5.° *Delirio mistico (religioso ed ascetico);*
6.° *Delirio erotico;*
7.° *Delirio di negazione* (?);
8.° *Delirio degli atti* (impulsioni).

Ciascuno di questi tipi comprende varietà indescrivibili, ed è anzi piuttosto raro che essi si presentino schietti, isolati, nella purezza teorica delle loro linee nosografiche; per lo più i casi clinici ci offrono le combinazioni più varie ed inaspettate di idee morbose (*delirî misti*). È sopratutto frequente l'associazione del primo e del secondo (delirio di rimorso e di malattia, pessimismo morale e fisico), più ancora quella del terzo e del quarto (delirio di persecuzione e di grandezza, vilipendio e orgoglio), quella del quinto e del sesto (delirio erotico-religioso, sessualità e misticismo), e quella del primo e del settimo (delirio melancolico-negativistico).

Rispetto ai dati ejettivi del discorso, dai quali desumiamo l'esistenza, la natura e il contenuto dei più frequenti e caratteristici delirî, mi limiterò a dare qualche esempio a norma dell'esordiente in queste indagini cliniche, rinviando per maggiori particolari ai trattati della materia (sp. Falret, Schüle, Magnan ,Clouston). Noto però che il frequentissimo associarsi dei delirî, e più specialmente di quelli di persecuzione e di grandezza, dà luogo ad un'idioglossia pazzesca assai complicata, dove le espressioni tipiche dell'uno si combinano e avvicendano con quelle dell'altro.

a) Quando un malato ci dice che egli *è più vigoroso, capace* ed *intelligente di prima*, che *sente aumentati i proprî poteri fisici*, che è *fornito di doti eccezionali*, di *abilità nel canto* e di *facile eloquio*, che *tutto gli è possibile*, e

nello stesso tempo lo vediamo presentarci il tipo iperattivo del contegno (cfr. pag. 196), noi diagnosticheremo uno stato morboso di euforia, un ottimismo esagerato, un'esaltazione del tono sentimentale. — Possiamo trovarci di fronte ad una mania, che può essere semplice, o periodica, o sintomatica di esaltamenti episodici di altre psicosi; ma se nello stesso tempo vi sono sintomi fisici ben noti (irregolarità pupillare, tremito linguale, disartria, reflessi esagerati), il nostro diagnostico propenderà verso il concetto di una paralisi progressiva nel suo primissimo stadio.

L'esaltamento ideativo della mania si rivela meglio nel nguaggio, quando il pazzo ci dice di *non potere arrestare la sua parola*, di *aver troppe cose da esprimere*, di *provare una foga di idee, l'una più brillante dell'altra* . . . Ed è un grado più avanzato ancora quando udiamo il malato dare a sè stesso qualifiche pompose (Es. *è un re, un genio, un angelo di bontà, un grande artista del canto*). — Gravissimo è l'indizio che ricaviamo dal comparire di qualifiche ed imprese impossibili (egli è *l'imperatore di tutto il mondo, il padrone di tutti i tesori*: egli *ascenderà nella luna, costruirà città immense sul mare, circonderà l'Europa d'una grande cancellata di ferro, strapperà le stelle dal firmamento*. . .). Altre volte ci sorprendono nella parola del pazzo le cifre e cose più favolose (Es. egli *vive da cento, da cento mila anni; ha ventiquattro mogli e seicento figli, dodici paia di occhi, tremila cavalli un milione di diamanti, case di perle preziose* . . .; egli *mangia tutto ciò che esiste, scrive una biblioteca intera in un secondo, ejacula una tonnellata di sperma alla distanza di trecento chilometri*. . . .). Quanto più iperbolico è il contenuto delle idee di grandezza, tanto più grave si rivela l'indebolimento dei poteri intellettuali; la paralisi generale progressiva, sino dai suoi primordî, è una demenza vera e propria.

Si noti bene che in questo primo gruppo di idee di grandezza (mania, paralisi) non vi è tendenza alcuna alla sistemazione, nè cangiamento del concetto di personalità; le idee grandiose vengono piuttosto pensate ed espresse come frasi simboliche di forza, di potenza, di ricchezza, stante il pregiudizio volgare che chi è ricco sia felice, ma non en-

trano a far parte della sintesi complessa costituente l'idea dell'io.

b) Quando un malato ci dice che *è divenuto incapace*, che *ha perduta ogni energia*, che *si sente inerte, svogliato, debole, infiacchito nel corpo e nello spirito, disilluso della vita*, che *ogni sua impresa termina* e deve fatalmente terminare *nell'insuccesso*, che *ogni suo sentimento si è affievolito*, che *non ama più, non sente più nulla, non prova più gli affetti come prima* . . . ., e nello stesso tempo scorgiamo in lui il tipo passivo del contegno (pag. 200), noi diagnosticheremo uno stato di depressione del tono sentimentale con ipo- od abulia. — È la fase iniziale delle forme melancoliche, oppure siamo di fronte ad una melancolia semplice, o a un periodo depressivo ragionante d'una psicosi periodica, o ad una pazzia neurastenica.

Se il malato descrive sè stesso come *alterato*, come *diverso da quel di prima*, anzi *non più eguale agli altri*, come *un essere straordinario, fuori delle leggi naturali* . . ., dovremo supporre l'esistenza di un incipiente metabolismo della personalità basato su perturbazioni della cenestesi. — È questa una forma più avanzata di melancolia, oppure un episodio depressivo di una paranoia (delirio cronico di persecuzione). Ciò che caratterizza simili stati di delirio è il pessimismo, di cui la base organica è un più o meno profondo esaurimento dei poteri di innervazione.

c) Il malato ci dice di essere *un colpevole*, di *avere trasgredite tutte le leggi umane e divine*, d'avere *commesso atti i più nefasti*: egli è *un reo che non merita riguardi, nè compassione*, un *essere spregevole, vile, inferiore agli stessi bruti, incapace di sentimenti nobili, indegno di mangiare e di bere, indegno di vedere la luce del sole*: egli *è meritevole di soffrire ogni sorta di umiliazione, ogni specie di tortura;* egli *è condannato a morte ;* egli *pensa, agisce come un cane, divora come un lupo* . . . ecc. In queste frasi si rivela il delirio di incolpazione e rimorso del melancolico. — In un grado più inoltrato il soggetto ci dirà di essere *dannoso a chi lo avvicina*, di aver *causate sventure irreparabili* e la stessa *morte ai suoi cari*, di esere *la pietra*

dello scandalo, di *recar nocumento al mondo intero*, *di appestare l'aria col suo fiato* . . . ecc.; è il delirio eccentrico, che rappresenta una fase tipica, per lo più ulteriore, dello stato precedente.

Quando poi il malato ci afferma di *non trovare più conforto nella religione*, di *avere disperato di Dio*, di *avere peccato orrendamente*, *così che i suoi peccati non possono lavarsi con nessuna penitenza*, di essere *abbandonato dal Cielo*, di avere *perduta la grazia divina*, di essere *dannato per sempre*, abbiamo il delirio triste religioso. — Posta su questa china la mente del povero malato non si ferma più: *egli ha venduta l'anima al diavolo; il diavolo parla ed agisce in lui*, anzi egli stesso è *diventato diabolico*, è *il demonio in persona* . . . Dapprima queste espressioni sono puramente traslati metaforici, pittoreschi, con cui si cerca spiegare a sè ed agli altri il proprio stato: ma poi le parole tracciano, per così dire, le rotaje sulle quali deve d'ora innanzi totalmente decorrere l' ideazione del pazzo, e questi finisce coll' entrare in pieno delirio metabolico della personalità (delirio demoniaco, demonomania, demonopatia).

d) Quando il pazzo si lamenta che egli *è costituito diversamente da quel di prima*, che *la sua testa è vuota* o *il cuore morto*, che *vive solo nello spirito col corpo inerte* . . . egli non fa che dare una veste verbale alle sue perturbazioni cenestetiche. È una specie di pessimismo, che caratterizza il melancolico quando la coscienza avverte il cangiamento profondo avvenuto nelle sorgenti organiche della personalità. — Ma in uno stadio più inoltrato la terminologia diventa caratteristica: il pazzo ha un *vuoto nel cuore*; il suo *cervelletto è fuor di posto*, il suo *cervello è dissestato*; gli *si prepara una paralisi*, *un rammollimento*, *una malattia incurabile*; egli *ha perduto il sonno*, *nè più potrà riacquistarlo*; egli ha *una fiamma interna che lo divora*, *un vapore che gli sale dallo stomaco*, *ha la sifilide che lo infetta*. . . . Qui avremo il delirio ipocondriaco semplice, e già vedemmo in quali forme di pazzia esso si presenti (v. p 431).

Caso più grave è quello in cui la terminologia si specifica: il malato dice che *ha il cuore bucato o petrificato*, che *il*

corpo e le membra hanno cangiato di forma e di volume; egli sa di essere divenuto *mostruoso*; egli *ha il sangue in suppurazione, ha le vene senza polso, i polmoni non respirano più* .. il delirio ipocondriaco diventa sempre più illogico. — Gravissimo poi è il paradosso allegorico dei disturbi cenestetici: il malato è divenuto di *vetro*, di *legno*, di *stoppa*; le *membra sono putrefatte:* il *corpo è ridotto in un piccolissimo sassolino* o in *un globetto di foco;* lo *stomaco è cucito, l'ano è chiuso;* egli *non può più mingere senza inondare o infettare l'universo* .... In allora il delirio ipocondriaco acquista caratteri i più bizzarri e le idee diventano assurde: il disordine ideativo non solo si basa sulla trasformazione della personalità, ma sulla dissoluzione stessa della cenestesi (paralisi progressiva, demenza senile). — Certe volte troviamo perduto il sentimento stesso dell'esistenza: il malato *non ha più occhi, nè orecchie, nè cuore, nè cervello:* egli *è un cadavere ambulante, è morto, non esiste più, non ha mai esistito*... È il delirio di negazione personale, che obbiettivato nella realtà esterna, può diventare anche delirio negativistico universale: il *sole non splende, gli alberi non danno frutto, il mondo è distrutto* o *capovolto, nulla più esiste* o ha *mai esistito*.... — Come varietà di questa forma negativa troviamo il delirio di miseria, che caratterizza specialmente le lipemanie senili a base organica: *tutto è perduto e consumato*; *non si può più mangiare, anzi non si deve più mangiare affatto; non v'è più un soldo, non v'è più un mobile, non esiste neppure la casa*; *tutta la famiglia è fuori di posto, non esiste più neppur famiglia* ...

e) Bene spesso si odono espressioni che segnano il passaggio dalla semplice rivelazione delle proprie sofferenze al concetto morboso che esse sono il prodotto possibile di influenze esterne. In un primo gruppo stanno le espressioni di timori più o meno definiti: il malato *è stato dannato a morte*; lo *si farà soffrire orrendamente*; lo *si porterà via*, gli *si rapirà ogni cosa*, gli *verrà meno il cibo e la bevanda*; *i Carabinieri lo cercano, la Giustizia lo inquirisce* .... In un secondo gruppo, i timori concernono l'io morale e fisico: gli *si è cangiato il cuore* (sentimenti), gli *si è tolta la parola*,

i suoi occhi e le sue orecchie furono sostituite con altre, le sue membra vennero trasformate, oppure in loro posto *furono messi dei pezzi di cadavere* . . . Così insorgono dai conati esplicativi della coscienza molti concetti morbosi di indole persecutorio-ipocondriaca: il malato, che avverte il cangiamento morboso del proprio io, se lo raffigura come proveniente dal di fuori del suo stesso io. — Questo lo vediamo nei melancolici fino dalle prime fasi della malattia, e sono dapprincipio espressioni vaghe e fluttuanti; che se col tempo le espressioni si specificano e col reiterarsi si rendono stabili, è segno che il concetto si va sistemando e diventerà un delirio secondario allegorico.

f) Il malato ci parla pieno di fiducia in sè stesso, con atteggiamento disdegnoso, con linguaggio figurato: egli è *una creatura rara, dotata di ogni sorta di virtù e di poteri : è un nobile dal sangue azzurro, un personaggio superiore chiamato a grandi destini, un re d'Italia e Francia, un riformatore politico che darà al mondo un novello assetto;* egli è *il primo degli uomini, un vaso di elezione, un inviato da Dio, un Messia, il Padre eterno, il Figlio nuovamente umanato;* egli *porta in seno il Redentore, parlerà ai popoli ed alle genti, sconvolgerà l'ordine delle cose: tutti gli debbono rispetto*, e guai a non usargli riverenza, perchè egli *scatenerà fiamme e fulmini: basta che ei voglia ed una cosa avviene*, sia pure impossibile; ha *ville, palazzi, provincie e regni a sua disposizione*; egli crea *apostoli e ministri* a piacere, dispensa *onorificenze, gradi, ricchezze:* è *proprietario di beni immensi, è padrone della città, del Manicomio;* egli *non riconosce leggi, perchè è superiore a tutto* . . . Si potrebbe continuare per più pagine, nè sarebbe accennata la decima parte dei concetti ampollosi, che contraddistinguono il delirio di grandezza della paranoia sistematizzata. — Quando le qualifiche sono bizzarre, iperboliche fino al ridicolo, contrastanti con ogni rappresentazione possibile di potere, di opulenza, di virtù, di sapienza, e quando soprattutto esse sono varie da un momento all'altro, ed esistono i noti sintomi fisici, la diagnosi ci porta pur troppo, come già vedemmo, nel campo delle demenze paralitiche: que-

sta differenza fra il delirio di soddisfazione ottimistica del paralitico e quello di superbia orgogliosa del paranoico, è criterio importante di diagnostico differenziale.

In molti casi le espressioni grandiose sono date con reticenza e con sottintesi: il malato non ci dà nessuna informazione precisa sul concetto che egli ha del proprio io, ma si circoscrive in frasi a doppio senso o in allusioni semivelate: *si sa chi egli è*, *si conosce tutto*, *si vedrà a suo tempo*, *quanto prima si saprà* . . ., ecc. Ora qui può esservi una vera dissimulazione volontaria del delirio, ma può pur anco aversi quel periodo di incertezza e di nebulosità che il delirio attraversa prima di prendere consistenza. Il concetto del nuovo io, che uscirà dalla elaborazione paziente dei dati allucinatorî e delle incoerenze logiche (spesso verbali), è ancora fluttuante e indeterminato nella stessa mente del pazzo. Ma più avanti l'io nuovo, accampatosi nel posto dell'antico, cerca argomenti fantastici per consolidare le proprie convinzioni erronee: ciascun fatto della vita anteriore è coordinato al falso concetto di sè stesso, si riveggono sotto nuova luce le date e le circostanze degli avvenimenti, si rifà l'albero genealogico della famiglia, si trovano associazioni tra il nome proprio e quello di personaggi storici, di nobili, di regnanti: *ora si capisce quello che prima non si capiva*; *ora tutto è chiaro*; *ecco perchè quel tale proferì quella tal parola in un dato momento*; *nessuno può più ingannarlo*, *gli altri tutti sapevano e tacevano* . . . . E una varietà del delirio palingnostico, che tanto di frequente si innesta sulla megalomania e sul delirio di persecuzione.

g) Espressioni non meno caratteristiche e graduate ci offrono i concetti erronei di vilipesa personalità fisica e morale, e di conculcamento degli interessi individuali: la terminologia è la più svariata che si possa immaginare.

Quando il malato ci dice di *essere osservato*, che i *vicini lo spiano di dietro alle griglie*, che *gli occhi altrui hanno un'espressione particolare nel guardarlo*, che *chi lo incontra per la via torce la bocca*, *sogghigna*, *sputa per terra in atto di scherno*, che *i superiori e i compagni nel parlargli cangiano il tono della voce*, *ammiccano cogli occhi*, *si sof-*

fiano il naso, *piegano il fazzoletto* . . ., abbiamo la caratteristica fraseologia del delirio di sospettosità e di diffidenza o autonomo o paranoico.

In una fase ulteriore i sospetti si specificano e si sistemano: *ogni parola* del malato *è raccolta, ogni suo passo è sorvegliato*: nei giornali, nelle frasi dei passanti udite a mezz'aria, si *parla di lui*, si *allude* alle sue qualità fisiche e morali: lo *si segue per le vie*, *lo si schernisce*, *si sparla di lui*, gli si « *legge la vita* ». — Più innanzi le frasi del perseguitato diventano meglio descrittive: *lo si offende*, *lo si ingiuria*, *lo si diffama*, *lo si mette alla berlina*, *lo si accusa*; *si attenta al suo onore*, *ai suoi interessi*, *alla sua vita*, *alla sua intelligenza*; *vi è chi ha interesse a perderlo*, *a derubarlo nelle cose sue più care*; . . . qui siamo già in pieno delirio di persecuzione. — Un altro passo ancora, e le espressioni sempre più si particolarizzano, rivelando il sistemarsi delle idee morbose in una sfera sempre più netta e precisa: *lo si vuol privare dei suoi beni*, *o di una eredità aspettata*; lo si vuol *tradurre davanti ai Tribunali*, ecc.; gli *si legge e indovina il pensiero*, gli si *rapiscono le idee dal disopra del capo*, gli *si soffiano le parole nelle orecchie*; finalmente gli *si fanno provare sensazioni* strane, indescrivibili, innominabili, mostruose: lo si *influenza*, lo si *confonde*, lo si *perturba*, gli si *funesta la esistenza*, ecc. Queste azioni persecutorie provengono da vicino e da lontano, si effettuano con mezzi vaghi, oppure con mezzi ben determinati, meccanici, fisici, elettrici, magnetici, chimici, fisiologici, oppure con mezzi non mai visti nè imaginati, con strumenti speciali, con apparecchi fluidici, con quintessenze misteriose, con agenti di particolarissima natura, la di cui terminologia è spesso quanto di più eterodosso e grottesco possa ideare mente umana (veggasi avanti sui neologismi).

Si è tentato di dare un elenco delle idee morbose persecutorie che possono nascere nella mente dei malati, ma ogni tentativo consimile urta contro una prima e grave difficoltà di fatto. Pur essendo sempre sostanzialmente eguale e abbastanza monotono, il delirio di persecuzione assume le apparenze più diverse conforme alla personalità del soggetto, al suo sesso, alla sua età, alla epoca storica, al grado di coltura,

alle idee dominanti nelle masse, ai fatti pubblici che colpiscono l'attenzione dei deliranti, e persino alle condizioni del sapere e dell'industria. Così la persecuzione per mezzo della elettricità, del magnetismo, del telegrafo, del telefono, appartiene al nostro secolo, come quella per opera magica, per stregoneccio, per affatturamento faceva parte della sintomatologia dei delirî nei secoli trascorsi. Anche la natura degli agenti persecutori è enormemente varia: il selvaggio teme gli spiriti dei suoi antenati; il barbaro e il medievale temevano i lemuri, i gnomi, le streghe; i malati odierni paventano le misteriose influenze dei Gesuiti, della Polizia, dei Massoni, degli Spiritisti, dell'ipnotismo. Una volta la persecuzione si aggirava specialmente nella sfera morale o fisica, si attentava, cioè, all'anima ed al corpo del malato: oggidì si teme piuttosto il conculcamento degli interessi economici, dei diritti giuridici, dell'onore, ecc. Il CLOUSTON ha data una buona enumerazione delle idee ipocondriaco-persecutorie, che possono insorgere nella mente dei deliranti (*Clin. Lectures on Mental Disease*, Lez. III): rimando a lui chi avesse vaghezza di riempire questa lacuna di tutti i trattati di Psichiatria.

Fra le varietà cliniche innumerevoli di delirio persecutorio vi sono pertanto casi ben circoscritti. Quando un malato ci narra che *il mangiare gli provoca bruciori interni*, che egli *sente nei cibi sapori strani* (talvolta ben definiti di arsenico, di pus, di sperma, ecc.), che lo si *circonda di un'atmosfera puzzolente*, che *certe vivande in un dato giorno gli provocarono nausee, vomiti e diarrea* . . . , noi lo diremo affetto da delirio di avvelenamento. — Se il malato ci espone le *subdole manovre della moglie*, i suoi *amori illeciti*, le sue *tresche schifose*, le sue *relazioni secrete coi cospiratori* . . . avremo il delirio di gelosia, che così spesso si innesta sul tronco fecondo dell'alcoolismo: e certe volte tanto verosimile apparirà la rete di inganni coniugali e domestici, nella quale il delirante ci dirà di dibattersi da mesi e da anni, che ben difficilmente riusciremo a scernere la illusorietà delle sue percezioni e la falsità dei suoi giudizî.

Un tipo più speciale è il perseguitato persecutore. Nei casi più miti, il malato dice che *parlerà*, che *non tacerà nulla*, che *ricorrerà*, *oppure ha già ricorso alla polizia*,

alle autorità del luogo, *ai grandi poteri dello Stato*, che *lo si udrà da un capo all'altro*, e tanto meglio se i suoi nemici lo tradurranno in giustizia, poichè egli *saprà confonderli e si giustificherà*. . . . Nei casi più gravi, il delirante proferisce minaccie e diviene aggressivo (veggasi nel Cap. sulla condotta): il perseguitato è sempre un pazzo pericoloso e temibile, che necessita ben presto internare nel Manicomio.

Se le credenze erronee riguardano il conculcamento degli interessi giuridici, il discorso del pazzo sarà pieno di allusioni ai suoi pretesi *diritti*, alle sue *liti* passate, presenti e future, ai *Tribunali*, alla *Giustizia;* egli citerà *articoli del Codice*, *pareri di Corti d'Appello e Cassazione*, e il suo discorso sarà infiorato di *nomi di avvocati*, *pretori*, *magistrati*, ecc. Questo caratterizza la « monomania dei litigì », o paranoia querulante o litigiosa.

h) L'erotismo ha nel linguaggio comune e in quello degli alienati espressioni troppo conosciute, perchè vi sia bisogno di indicarle a parte. Nei casi di moderata esaltazione dell'istinto sessuale, vi è la tendenza a infiorare il discorso di motti liberi, di frasi a doppio senso, di allusioni più o meno aperte, il cui significato, chiarito anche dagli atteggiamenti della persona e dalla mimica del viso, non è mai dubbio (ipomania, fase maniaca delle forme periodiche, ecc.). Quando l'esaltazione erotica eccede, il discorso si rende addirittura osceno, e il malato giunge a gradi incredibili di turpiloquio (paralisi progressiva nello stadio di esaltamento, pazzie dei degenerati, fra cui la coreica con coprolalia, talvolta la mania puerperale, la demenza senile, la epilessia). — È notevole la ricchezza di imagini lubriche con cui molti perseguitati interpretano le loro illusioni ed allucinazioni della sfera genitale, o con cui altri paranoici affetti da delirio mistico e superbo esprimono i loro rapporti con la Divinità, la loro singolare potenza generativa, ecc.

B) La forma più caratteristica dell'idioglossia vesanica consta dei neologismi. Comprendiamo sotto questo nome non solo le parole di nuova creazione,

ma anche quelle sfigurate nella loro struttura morfologica e snaturate nel loro senso ordinario, le quali possono essere raccolte nei discorsi del pazzo. L'alienista troverà questo importante fenomeno in un gran numero di casi, ma dovrà distinguere i neologismi *passivi* dagli *attivi*. — I passivi sono il prodotto del semplice automatismo psicofisiologico, e non avendo per la coscienza del malato un deciso valore rappresentativo, spettano piuttosto alle lesioni già descritte della funzione del linguaggio (disfasie, disfrasie, disartrie). — Gli attivi sono, invece, in relazione diretta coi disordini dell'ideazione: essi vengono creati a bella posta dal pazzo, e corrispondono ad un'idea o ad un sistema determinato di idee morbose. In luogo di nascere da associazioni spontanee di consonanza, da eccitamenti abnormi dei centri delle immagini verbali, da soverchia vivacità del sentimento, e in luogo di essere transitorî, variabili e inconsapevoli come i passivi, i neologismi attivi offrono i seguenti caratteri: 1.° sono il prodotto di associazioni sistematiche coordinate in una certa direzione e costituenti idee complesse; 2.° si formano mediante un'elaborazione attiva e riflettiva della mente; 3.° quando si sono formati, si impongono alla coscienza del malato e rimangono poi costanti ed inflessibili, tanto nella loro struttura, quanto nel loro significato personale; 4.° sintetizzano spesse volte tutto un sistema di idee deliranti, dal cui contenuto attingono per lo più i loro caratteri peculiari.

Ne segue che i neologismi attivi caratterizzano sempre le forme sistematiche della pazzia, i così detti «*monodelirî* » (di persecuzione, di grandezza, di misticismo, di erotismo, di ipocondria); anzi rappresentano nelle psicopatie paranoiche « il fior fiore dell'ideazione delirante, la meta più costante del pensiero, l'obbiettivo caratteristico della preoccupazione del pazzo » (Tanzi). Ma, oltre al delirio, essi svelano quella morbosa e anormale acutizzazione delle credenze popolari, dei pregiudizî, delle

superstizioni, che possiamo considerare come il più importante fenomeno involutivo ed atavistico della mente umana, e che costituisce, se non il fondamento, certo il carattere più significativo della paranoia. Il pazzo neologista ha infatti la tendenza ad esagerare il valore formale delle parole e dei numeri (verbalismo), crede nella loro azione magica (logolatria), e finisce col farne il pernio della sua ideazione e la regola della sua condotta (simbolismo concettuale e pratico).

Lo studio più profondo e originale sui neologismi degli alienati in rapporto col delirio cronico fu fatto dal Prof. E. TANZI nella mia Clinica di Torino (« Riv. sper. di Fren. », XV, 1889). Spetta a lui il vanto di avere dimostrata la somma importanza semejotica del neologismo, che gli autori precedenti avevano appena intuita (DAMEROW, BROSIUS, SNELL, SCHLAGER, MARTINI, ALVISI . . .), e che oggi è da tutti riconosciuta (MAGNAN, SÉGLAS, LEFÈVRE, MARIE . . .). Qui basterà riassumere le nozioni più generali intorno a questa strana alterazione del linguaggio.

1.° L'esistenza del neologismo non è, per sè stessa, indizio di pazzia. Neologizzano, invero, anche gli uomini normali, sia per esprimere affetti vivaci (ne sono esempio i soprannomi degli innamorati fra loro, i vezzeggiativi della madre al bambino), sia per denominare le persone superiori, le qualità fisiche degli oggetti notevoli (i personaggi storici, le armi e i cavalli degli eroi), sia per designare esseri umani o soprannaturali paventati o temuti (le streghe, i maghi, i diavoli), sia per distinguere sè stessi dalla comune dei mortali (autodenominazioni degli ambiziosi), sia per dare più efficacia ai loro discorsi (intercalari, scuola letteraria dei « decadenti » e « simbolisti »), sia infine per crearsi un mezzo di comunicazione con individui cointeressati (neologie collettive o convenzionali, « gerghi » dei delinquenti, cifrarî diplomatici ed erotici, frasarî professionali). Ogni giorno ciascun idioma si accresce di parole nuove che corrispondono a bisogni e concetti nuovi politici o sociali (es. *nikilismo*, *ostruzionismo*, *radicali*), o a scoperte scientifiche, industriali e commerciali

(es. *vapore*, *telefono*, *tubercolina* . . .), o anche a trasmissione di vocaboli dall'una all'altra lingua, imposti naturalmente dal paese dove per primo si forma la cosa nuova corrispondente (es. termini arabi, *algebra*, *alchimia*, *bazar* . . .; italiani, i musicali; inglesi, *sport*, *club*, *madapolan* . .; francesi, *fin-de-siècle* . . .).

Perchè il neologismo sia morboso conviene: — 1.° che sia personale ed esclusivamente proprio di un dato alienato; — 2.° che esprima sistematicamente un concetto o un gruppo di concetti, quasi sempre di carattere superstizioso, signoreggiante nella di lui coscienza con le proporzioni, quasi, dell' idea fissa. La *individualità* del neologismo paranoico lo distingue dalle parole del linguaggio comune, che hanno carattere di *universalità:* essa è dovuta all'individualismo del concetto delirante e a quell'alterarsi delle relazioni fra coscienza ed ambiente, che è il sintomo più chiaro della dissoluzione della personalità. In tutti i sani, le imagini, le idee, i concetti sono uniformi, e le loro differenze personali non oltrepassano i limiti derivanti dalla costituzione psichica degli individui; per contrario i deliranti neologisti, non solo si isolano dai conviventi nel modo di imaginare, ideare e concepire sè stessi e la realtà esterna, ma anche diversificano tutti fra loro, e se si possono avere neologismi consimili nella struttura per via delle leggi formative degli idiomi, non si hanno mai neologismi perfettamente eguali nel significato paranoico.

2.° La formazione dei neologismi si effettua in conformità delle solite leggi che regolano quella delle parole normali, e quindi lo sviluppo degli idiomi. O si altera il senso dei vocaboli comunemente usati (*neologia semasiologica, di deviazione*), o si modifica la struttura dei vocaboli (*neologia morfologica, di deturpazione*), o si crea del tutto il vocabolo nuovo e spesso con un significato particolare (*neologia pr. detta, di invenzione*).

α. La *alterazione del senso* avviene mediante traslati di vocaboli o di frasi. — Se si tratta di vocaboli, il neologista ora si basa su relazioni di simiglianza (metafora); ora li trasporta da un significato ad altro affine od opposto, per es. dall'astratto al concreto, dalla causa all' effetto, dallo strumento all'azione, dall'azione all'agente, e viceversa (metonimia); ora

inverte la comprensione maggiore o minore, cioè esprime la parte pel tutto, la specie pel genere, il singolare pel plurale, e viceversa (sineddoche); ora usa il nome comune pel proprio e il proprio pel comune (antonomasia); ora adopera di preferenza le parole equivoche (omonimia, sinonimia, consonanze fonetiche); ora cangia la metrica delle parole (dieresi, elisione, accentuazione delle sillabe, rima). — Se si tratta di frasi, il neologizzare consiste nell' abusar dei traslati, dell' ironia, delle iperboli e sopratutto delle perifrasi (è tipico della paranoia la circonlocuzione reticente del discorso), nel sopprimere parti della proposizione (asindeto, elissi), nell'aggiungervene (pleonasmi), nel ribadire le stesse idee (ripetizione), nell'attribuire sinonimie a parole diverse (antifrasi), nel dialogizzare, nell' imprecare e deprecare incessante, ecc. (cfr. il § sulle Disfrasie).

β. La *deturpazione morfologica* dei vocaboli si eseguisce soprattutto con figure etimologiche, cioè mediante i così detti « metaplasmi »: si accrescono le parole, aggiungendo loro lettere e sillabe in principio, nel mezzo o alla fine (prostesi, epentesi, paragoge); si accorciano, loro togliendole allo stesso modo (aferesi, sincope, apocope); si mutano, trasponendo le lettere e sillabe (metatesi) o loro sostituendone altre (antitesi). Alcune volte vengono modificate le desinenze inflessive dei vocaboli, oppure si sostantivano gli aggettivi qualificativi, i numerali, i verbi (neologie disgrammaticali, solecismi), oppure si stroppiano i vocaboli dell'idioma comune, dando loro terminazioni ed apparenze triviali (idiotismi), o antiquate (latinismi, ellenismi), o anche straniere (barbarismi).

γ. La *invenzione di vocaboli* è piuttosto rara, giacchè il paranoico, essendo in possesso di un idioma compiuto, non può derogare da certe leggi fonetiche e deve restringere la sua attività neologica al materiale linguistico di cui già dispone: ecco perchè preponderano le indicate paralogie semasiologiche e morfologiche sulla vera neologia inventiva. Tuttavia, in certi casi il delirante prescinde dalle nozioni e regole glottologiche acquisite, e compone parole individuali affatto nuove, allo stesso modo con cui l'uomo primitivo probabilmente si formò una loquela, e con cui i bambini, secondo quanto abbiamo detto, cominciano i loro conati elocutivi. L'onomato-

péa è la grande sorgente di questi vocaboli paranoici: vengono poi i processi del raddoppiamento sillabico, dell'agglutinazione, del polisintetismo, e, in rarissimi casi di alta evoluzione intellettuale del delirio, l'analitismo spinto all'iperbole. Non sembra esatto che i neologismi si compongano di preferenza con vocali o con determinate consonanti (MARTINI).

3.° L'originarsi del neologismo e il suo fissarsi nella sfera cosciente del pensiero hanno luogo in modi diversi. In certi casi è la fortuita associazione di suoni e di impressioni che, come nelle tribù antichissime (STEINTHAL), dà origine al nuovo vocabolo: è, dunque, una pura eventualità fisiologica, probabilmente d'indole reflessa (NOIRÉ, BOURDEAU). In altri è una impulsione verbale, un fonema più o meno complesso ma automatico, che comparendo nel campo appercettivo (allucinazioni) viene accettato dalla coscienza, ritenuto per le sue apparenze particolari, e rievocato ogni qualvolta si rinnovi lo stato rappresentativo o sentimentale con cui dapprima insorse: qui, dunque, abbiamo un'associazione di simultaneità. Altre volte è una remota analogia od opposizione di significato e di suono, cioè un'associazione di simiglianza o di contrasto.

In un discreto numero di deliranti il neologizzare si effettua per inferenza. Il pazzo, che riflette sul delirio, medita i suoi argomenti e ne discute il valcre, cerca nel dizionario il vocabolo che meglio si adatti ad esprimerli, e, trovatolo molte volte per reminiscenze fortuite o per le ora indicate associazioni, ben presto se ne accontenta, perchè gli serve a formare il nucleo delle ulteriori associazioni ideative e a ben fissare e sistemare il suo pensiero, le sue credenze erronee, i suoi stati sentimentali, le sue tendenze. Alcuni neologismi sono dapprima semplici tentativi di spiegazione, ma poi il valore formale prende il dominio sul valore di contenuto: quest'ultimo si contorce, si deforma, si perde, ed il pazzo diviene un formalista accanito, un simbolista della parola, anzi un realista che al pari di certi filosofi scolastici crede all'*essenza* del nome, alla *quiddità* rappresentata dall'accozzamento di suoni letterali. Il neologismo serve sempre di richiamo per il delirio più complesso: basta che il pazzo pensi o pronunzii il suo vocabolo favorito, perchè tutta la filza più o meno ag-

grovigliata delle idee morbose si svolga con un' inesorabilità fatale, ed inibisca ogni altra sorta di convinzioni logiche.

4.° Il contenuto significativo o substrato psichico dei neologismi è vario, come è vario il contenuto dei delirî cronici. Se ne possono fare diversi gruppi (TANZI).

α. Nel primo gruppo stanno i *nomi allusivi a persone o ad esseri simbolici*, dai quali il pazzo si crede influenzato, perseguitato, torturato, oppure lusingato e sorretto, o coi quali mantiene misteriosa corrispondenza (Es. la **Società**, il **Complotto**, i **Massoni**, la **Pulizia**, il **Tribunale secreto**, gli **Spiritisti**, le **Civette**, **Edoardo**, la **Gran Bambina**, il **Calabrone salvatore**, lo **Stratagemma**, l'**Allucinante**, i **Mappini**, gli **Aghisti**, il **Sibillo** . . .).

β. Nel secondo si pongono i *nomi allusivi ad agenti o stati fisici*, dei quali si fa uso dagli esseri precedenti o da altre vaghe e nebulose personificazioni per influenzare il pazzo. (Es. la **fisica**, il **magnetismo**, il **soffione**, il **rotolino nero**, gli **strumenti igienici**, l'**insistenza elettrica**, il **moto mutuo**, le **polveri telefoniche**, l'**elemento tenebrico**, la **prinzina** [un alcaloide], **i peronenti**, **l'alveatico**. . .).

γ. Nel terzo metteremo i *nomi allusivi ad agenti o stati fisiopatologici* di indole allucinatoria, che il delirante cerca di rappresentare con termini pittoreschi (Es. la **corrispondenza**, la **fantasmagoria**, la **oscillazione**, l'**ottica sensuale**, il **punto cieco**, l'**idrofobia carnivosa**, la **cimentosa** . . .). Molti neologismi di questo gruppo si riferiscono alla sessualità, che ha tanta parte nei delirî cronici e nei degenerativi (Es. l'**amplesso col diavolo**, il **priapo**, il **fiero attaccamento**, la **voluttà eterea**, gli **amori vermiferi**, il **basturlo**, la **transenna**. . .).

δ. Il quarto gruppo comprende gli *scongiuri*, le *deprecazioni*, le *formule d'esorcismo o di evocazione*, con le quali certi pazzi immaginano di potersi liberare dalle loro sofferenze allucinatorie o che essi contrappongono alle influenze arcane (Es. **Via la brutta bestia! . . .**, **Dieu treize! . .**, **Troja e roja! . . .**, **Lips acs, lics cux, lips sux! - . .**, **Pitrosksi marabiska patomba!** ecc.).

η. Si dispone nel quinto tutta la *ricca terminologia metafisica e pseudo-scientifica*, così cara ai paranoici megalomaniaci e a quegli individui grafomani che si mostrano

incolti da un delirio di riforma o di invenzione (paranoioidi, mattoidi). Ne riparleremo nel capitolo sugli scritti.

ε. Qui vengono le *autodenominazioni*, che rivelano per lo più un delirio di grandezza o almeno un concetto morboso di trasformata personalità e ricordano certi titoli storici (Es. il **Principe-avvocato**, il **Vaso di elezione**, **Alessandro, l'Altissimo**, **Baroleno I.° re**, l'**Imperia**, la **Regina del Moncenisio**, il **Re del Giordano**, **Elle Ruspa**. . . .).

ϑ. L'ultima categoria comprende i *neologismi asistematici*, del tutto *insensati*, che sono forse accozzaglie automatiche di suoni, non parole cercate o create a bella posta, e che il più delle volte hanno perduto ogni senso per lo stesso delirante. Così certi pazzi indicano in modo stranissimo i *luoghi* (Es. **Bra** il Manicomio, **Amorosa** o **Pilato** la terra, **Carlovingio** il paese della cuccagna); — o le *cose* (Es. **antattica** il tesoro del mondo [?], **ferisa** o **sporisa** il fegato e il cuore, **lando** un satellite, **parte femminile** un composto semichimico di virtù magica); — o le *qualità* (Es. **liri** il bello e il buono, **diadano** il malefico); — o le *persone* (Es. **flave** le donne, **quaquara** l'infermiera, **spirituale** la spia); — o le *azioni* (Es. **instupidire** l'uccidere, **fistola** l'impossibilità di rivelar secreti, **velleitamento** il fingere, **maltatore** l'omicida [forse dallo spagn.], **palestrazione della luna** una rottura); — o gli *stati subbiettivi* dell'animo e della personalità (Es. **agonie** le convinzioni, **uffeta** una specie di confusione mentale, **zeugma umana ai cormi** un riformatore dell'universo, **sblema-spirito** l'elevazione della mente); — o le *perturbazioni morbose della cenestesi* (Es. **ecquiescienza** il perdere la tranquillità, **prerogazione** le sofferenze misteriose, **furfirédisme** uno stato indotto . . .); — oppure *esseri metafisici* e *forze mistiche* agenti in modo indefinibile e personificati in puri simboli verbali (Es. la **Lepidermocrimia**, il **Derapti felafan**, la **Società dei tre divorzî**, le **Stelle della ramassa** [scopa], il **Giulianino**, il **Mili**, gli **Sciabiscuglia**, l'**Éttice** . . .).

I neologismi più frequenti sono, dunque, quelli allusivi a personificazioni, e si compongono di sostantivi o di aggettivi sostantivati, in cui si concretizzano le qualità più generiche ed astratte, o in cui si prende l'attributo pel soggetto, l'azione immaginaria per l'agente Circa la metà dei deliranti si con-

tenta di un solo neologismo: gli altri se ne formano due, tre o più, fino a tempestare i loro discorsi di un profluvio di vocaboli storpiati nella forma e deteriorati nel senso e fino a renderli affatto incomprensibili. Il neologizzare provoca alla lunga l'atrofia delle altre parole, come nel linguaggio normale (DARMESTETTER): così si restringe vieppiù la intelligenza.

Stante la loro origine da concetti deliranti analoghi, non raro è il caso che la stessa voce nuova o una molto consimile compaia in paranoici differenti, sconosciuti l'uno all'altro, lontani di paese, di razza, di coltura. Tali sono, specialmente, alcuni neologismi del primo, secondo e sesto gruppo (Es i **Gesuiti**, la **Massoneria**, la **Pulizia**; **le manovre fisio-magnetiche**, l'**ipnotismo**, le **macchine elettriche**; il **Re dei re**, **Napoleone**, **Principe di Savoja**, ecc.). Malgrado ciò il neologista elucubra sempre solitariamente il suo simbolo prediletto. Ecco perchè fra i pazzi, anche obbligati a convivere negli Asili, non si sviluppa mai la neologia collettiva o di casta, il g e r g o, come nei criminali: i soli epilettici, forse, e i pazzi morali (sodomisti) fanno eccezione alla regola.

5.° La fede dei deliranti nei vocaboli, la l o g o l a t r i a p a r a n o i c a (TANZI), è assolutamente cieca e insormontabile. Questo fenomeno è un'esagerazione morbosa della superstizione, sia per sopravvivenza, sia per ritorno atavico alle credenze animistiche, magiche e cabalistiche dei tempi primitivi, dei popoli selvaggi e delle classi inferiori. Ad ogni modo, il neologismo paranoico porta un valido contributo alla dottrina psicologica che la parola è solo la veste dell'idea e che questa è, in fin dei conti, indipendente da quella. Quando l'idea aberra, si conturba e si dissolve in elementi autonomi, è necessaria la creazione di nuovi simboli per agevolare la rappresentazione ed espressione significativa dello stato di coscienza, dell'oggetto, dell'atto o dell'essere che vengono percepiti e pensati in modo così diverso dal normale. Il significato prognostico dei neologismi attivi è, dunque, ben grande: essi rappresentano una condizione patologica irrimediabile della mente.

94. **Esame dei disturbi psichici elementari mediante il linguaggio.** — Abbiamo fino ad ora considerato il

linguaggio in relazione col pensiero parlato, vale a dire in relazione con le idee ritenute, rievocate e combinate nella loro forma verbale (i concetti): pertanto l'interrogatorio dell'alienato ci porge anche il mezzo di esaminare i disturbi elementari della pazzia, che non riguardano propriamente la statica e la dinamica intellettuale (l' ideazione), ma i fatti psichici più semplici, cioè i *percetti*, le *imagini*, i *ricordi*, i *sentimenti*, le *tendenze*, non che il fatto medesimo della *coscienza*, che è il carattere comune ad essi tutti (confronta § 88, pag. 312). Questi fatti psichici costituiscono il fondamento di tutta la vita mentale, gli elementi primi della personalità, in quanto dipendono dalla facoltà che hanno i centri nervosi di accogliere le sensazioni, di registrarne le impronte sotto forma di ricordi, portandole, quando occorra, nel punto di mira della coscienza o nel campo appercettivo, di sentirli come stimolazioni interne, piacevoli o dolorose, e finalmente di appercepire le vie centrifughe per le quali si immette l'impulso motorio che ne è la conseguenza e la trasformazione energetica.

Il perturbarsi per eccesso, per difetto, per alterazione qualitativa dei singoli poteri di percezione, imaginazione e memoria, sentimento e volontà, dà origine a particolari fenomeni, che l'alienista investiga e discopre mediante un sagace apprezzamento dei dati ejettivi multipli offertigli dal malato, sia spontaneamente, sia quando vengano provocati e suggeriti con opportuni artificî. Così è che nell'ascoltare i discorsi spontanei o nell'obbligare il malato a determinate risposte, noi giungiamo a scoprire, oltre ai delirî, quelle alterazioni intime del processo mentale, che costituiscono, ad esempio, le illusioni, le allucinazioni, e amnesie, gli affetti morbosi, il pessimismo e l'ottimismo, l'apatia, l'impotenza volitiva, le impulsioni, ecc. E dal-

l'insieme di essi desumiano se la coscienza si trovi in stato di *lucidità* o di *oscurità*, con le loro varianti di sublucidità, pseudolucidità e paralucidità, o di annebbiamento, assentamento e definitivo offuscamento.

Il mio libro non è un trattato di Psicopatologia generale, e però debbo astenermi dal dare una descrizione particolareggiata dei fenomeni morbosi della mente (sintomatologia), restringendomi ad esporre i metodi investigatorî atti a metterli in luce durante l'esame clinico del pazzo (semeiotica). Ricordo, dunque, che l'esistenza, l'intensità e la correlazione dei singoli disordini dell'attività psichica sono scoperte ed affermate sulla somma o sintesi del maggior numero possibile di dati ejettivi: contegno, fisonomia, mimica, intonazione della voce, atteggiamenti, reflessi psichici, azioni volontarie, *linguaggio parlato e scritto*. Rispetto a quest'ultima sorgente di dati semeiotici, l'alienato ci svela gli stati di coscienza mediante espressioni speciali, caratteristiche, qualcuna delle quali può da sola bastare alla diagnosi. Vi sono le espressioni tipiche dell'*inconsapevole*, dell'*illuso*, dell'*allucinato*, dell'*amnesico*, dell'*esaltato ottimista*, del *depresso pessimista*, del *pervertito*, dell'*abulico* e *ipobulico*, dell'*impulsivo cosciente*, come vedemmo esservi quelle tipiche del *tardivo*, dell'*ossesso* da idee fisse o morbose, del *delirante*.

Ma la parola non è sempre adatta nè sufficiente a tradurre le condizioni patologiche interiori: ciò che ne rende talvolta oscuro il valore semiologico, è la necessità dell'introspezione da parte del malato (cfr. § 69, p. 75 e seg.). Questi, o per alterazione della coscienza, o per ignoranza, o per debolezza mentale, o per simulazione e dissimulazione, si esprime spessissimo in modo incompleto ed erroneo; — o interpreta malamente le proprie sensazioni, rappresentazioni ed emozioni, e ce le descrive in veste allegorica e figurata; — o ha la mente del tutto ingombra dal delirio, e quindi non possiede più la visione corretta del *me* nei suoi rapporti coll'esterno; — o è, come suol dirsi, più o meno « lucido » riguardo alle conseguenze pratiche dei suoi disordini psichici: sa, cioè, che rivelandoceli egli va incontro ad un trattamento medico, di cui

non crede aver bisogno, e, peggio ancora, all'isolamento in una Casa di salute e alla perdita della libertà, donde una serie di accorgimenti pazientissimi per non tradirsi; — o, finalmente, il pazzo stesso vuole ingannarci e simula un disturbo mentale che non ha. Da tutto ciò si comprende come i dati ejettivi dell'interrogatorio debbano essere sottoposti alla controprova degli altri procedimenti clinici di esame.

Interrogando un individuo nel quale sospettiamo la pazzia, noi possiamo trovarci di fronte alle due eventualità seguenti (cfr. SHAW, *Epitome of ment. Disease*, '92, che ne ha dato un'eccellente descrizione sommaria): — 1.° il pazzo risponde alle nostre domande; — 2.° il pazzo non ci risponde.

A). Quando IL PAZZO RISPONDE a chi lo interroga, può farlo in più modi conforme allo stato della sua intelligenza e del sentimento. Alcune volte le risposte sono continuate, e ci riesce di entrare con lui in un vero commercio di parole: altre volte, invece, le risposte sono scarse, interrotte, confuse, sforzate. Questi, intanto, sono i malati, da cui ci è dato attingere le informazioni introspettive più sicure e complete.

1.° Il pazzo risponde a tutte le domande, ed è in grado di conversare. — Contrariamente all'opinione comune che vorrebbe sempre trovare nella pazzia il più completo disordine della condotta e della loquela, vi è un gran numero di alienati che sono capaci di sostenere una conversazione, sia rispondendo con coerenza a tutto quanto loro dice l'interrogante, sia manifestando spontaneamente la propria condizione morbosa e ragionandovi sopra. In certi casi, l'arguzia, la prontezza, la vivacità dell'eloquio potrebbero essere invidiate dai sani, se non si trattasse di pregî puramente estrinseci mal ricoprenti la stranezza, la povertà e l'uniformità del contenuto. Questa apparenza con-

versativa, che si può prendere a prima vista come effetto d'un normale esercizio del raziocinio, ha fatto dare a talune forme di pazzia la qualifica di « ragionante » (*raisonnante* dei francesi, *reasoning* degli Inglesi); con la quale denominazione si intenderebbe dire, giusta una scoperta del PRITCHARD, che il disordine psichico non prende la sfera cognitiva od intellettuale, ma si limita alla affettiva o morale.

Per mala ventura della Psichiatria, massime nei suoi rapporti col Foro, codesta denominazione si presta ai sarcasmi dei profani, che non capiscono « come un pazzo che è un individuo *sragionevole* possa *ragionare* »: di più gli alienisti stessi non ne compresero, nè applicarono sempre bene il significato. Certi autori, specie Francesi (CAMPAGNE, BIGOT, RÉGIS [1.ª Ediz.], ecc.), falsarono il concetto geniale del PRITCHARD, descrivendo confusamente sotto il nome di « mania o monomania ragionante », non solo tutte le forme nosografiche, dov'è mantenuta la facoltà raziocinante malgrado il disordine della sfera affettiva (la pazzia o imbecillità morale, la *moral insanity* degli Inglesi o parafrenia affettiva, che sarebbe la vera « ragionante », non che gli stati varî di degenerazione), o dove il perturbamento della sfera intellettiva si mostra limitato e parziale (nei così detti « monodelirî », che la scuola odierna designa come « paranoie » o come « psicosi sistematiche primitive »), ma pur anche le fasi iniziali delle vesanie svolgentisi su base sentimentale, dove l'infermo può avere la lucida percezione del proprio stato morboso (mania, melancolia), e persino gli stadî incipienti delle stesse cerebro-psicopatie, dove si perverte per primo il carattere morale dell'individuo (la paralisi gen. progressiva, ecc.). È inutile rilevare che in questo modo si confondono insieme condizioni psicopatiche fra loro differentissime, massime per lo stato in cui si trova la coscienza; si eleva al grado di criterio nosografico un fatto semiologico di pura apparenza, del quale dobbiamo investigare l'intimo significato.

a) Conversano e ragionano, in primo luogo, tutti coloro in cui si viene svolgendo una vesania (« psico-

neurosi » di KRAFFT-EBING): e ciò perchè la loro intelligenza non è sostanzialmente lesa, ma il disturbo si porta anzitutto sul solo meccanismo formale delle idee e sulla sfera sentimentale e volitiva (stati di depressione, di esaltamento, di torpore sospensivo, di confusione iniziale). Nella memoria di questi malati non v'è difetto per scomparsa o dissoluzione dei ricordi, ma solo difficoltà o eccesso di riproduzione ed associazione delle imagini. Le idee di tempo e di spazio non sono disintegrate, tutt'al più oppresse dalle percezioni intensamente emotive del presente, e potranno sempre ricostituirsi: i malati percepiscono e rammentano la successione cronologica dei fatti, riconoscono le persone, i luoghi e le altre circostanze di ambiente, sono capaci di eseguire calcoli, ecc. La consapevolezza di sè è perfettamente conservata; chè anzi in certi casi si fa più intenso il potere entroflessivo dell'appercezione sui fenomeni di coscienza (stato *lucido*). Il malato sa di versare in condizioni abnormi, e spesso « ragiona » sulla propria pazzia; ma pur dicendo d'avvertire il cangiamento del suo *io* morale e fisico, assiste poi, senza poterle impedire, alle prime invasioni della coscienza per opera di elementi morbosi (idee ed allucinazioni ossessive). Più tardi la coscienza, occupata tutta e come di sorpresa da tali elementi, finirà coll'accettarli senza reagire (stato *sub-lucido*).

α. Negli stati di depressione (melancolia semplice o passiva, fase melancolica della pazzia periodica, psicopatie da esaurimento o neurasteniche, stadio iniziale d'una mania o d'una amenza, ipocondria, isterismo), il malato non ha difetto di memoria, nè di intelligenza: non perde, ad esempio, la facoltà di calcolare, si esprime in modo corretto e conforme alle interrogazioni; ma il suo contegno, la sua mimica, la stessa lentezza della parola e dell'attività motoria in genere, ci indicano che siamo di fronte a un abbassamento del tono sentimentale, ad una ipotimia, ad un'ipobulia. Prolungando

il colloquio non tarderemo a scoprire i fatti culminanti della vesania: l'atteggiamento, cioè, di tutto il meccanismo psichico a difesa contro il dolore, le preoccupazioni sui proprî atti o sulla propria salute, le idee di colpa e rimorso, il diminuito concetto della personalità morale o fisica, le illusioni viscerali o cenestetiche, le allucinazioni acustiche. Tipico specialmente sarà il lagnarsi di impotenza affettiva (« *non posso più amare* », « *non ho più affetti nè sentimenti* », « *ho il cuore di sasso* »). I malati depressi in tutti i poteri psichici hanno invece esaltata la attività di introspezione: percepiscono il loro stato, e analizzano con una specie di crudele voluttà le loro sensazioni dolorose.

β. Negli stati di esaltazione (mania semplice, amenza esaltata, episodî dei paranoici, fase maniaca della pazzia periodica o ciclica, alcoolismo, ecc.), troveremo vivaci tutti i processi formali del pensiero, un'agevolezza somma nell'ideare e quindi nel parlare, un rispondere pronto, arguto, talvolta caustico e satirico; ma sotto queste brillanti apparenze, l'indagine clinica ci mostrerà il rialzo eccessivo del tono sentimentale, l'euforia ingiustificata, l'egoismo dominante nella sfera affettiva, la superficialità e stranezza delle associazioni, la soverchia facilità dell'inferire, gli errori di percezione manifestati nel continuo scambio delle persone e degli oggetti, cioè le caratteristiche illusioni, in ultimo le idee dominanti più o meno sistematiche di forza, di potere, di ricchezza, fors'anco le prime allucinazioni. Che se ci spingiamo nell'interrogatorio oltre al còmpito puramente passivo di ascoltare il turbinoso discorrere del pazzo e di accoglierne con sorridente condiscendenza tutte le amenità e le ironie, se cioè per poco lo contraddiremo od urteremo nel delirio, egli non mancherà di rivelarci altri caratteri morbosi particolari all'esaltamento: l'irrefrenabilità dei reflessi psichici, la diminuzione del potere inibitorio, la rapidità e violenza delle reazioni offensive ed aggressive.

γ. Negli stati di torpore (stupidità o demenza primitiva curabile, amenza ebefrenica), il malato non è dapprima incapace di conversare, e fino a un certo punto ci è dato ottenere da lui risposte coerenti; ma la scarsa spontaneità della parola, il ritardo con cui vengono percepite le domande,

la lentezza e concisione del rispondere, l'inespressione della fisonomia, l'apatia dell'atteggiamento, l'inerzia della volontà, ci dicono che il processo formale del pensiero è intorpidito e che la coscienza si va gradatamente oscurando.

b) Possono anche rispondere correttamente e conversare col medico molti individui la cui intelligenza, fondata coi mezzi opportuni, si mostra poi più o meno manchevole, o perchè lo sviluppo non ne fu completo (deficienza congenita di capacità), o perchè i poteri mnemonici e razionali furono indeboliti dalla malattia mentale lungamente in corso (vesanie allo stadio cronico), o anche per l'indole medesima lentamente dissolutiva del processo morboso (atrofia primitiva della corteccia). S'aggiungano qui gli stati consecutivi a pazzia pregressa, di cui permangono talvolta traccie nell'intelligenza e nel carattere (alienati guariti incompletamente o con difetto).

Le caratteristiche principali di tutti questi individui sono: il difetto della memoria per la incapacità di registrare i ricordi recenti, mentre permane quella di evocare gli antichi; la incertezza nelle idee di tempo e di spazio; la diminuzione del potere di calcolare (questa si scorge soprattutto nelle operazioni complicate di divisione e di moltiplica, ma anche nelle somme vengono commessi errori); la fiacchezza della emotività, e lo scolorimento degli affetti. La coscienza del malato non è isolata dal mondo esterno, ma per lo più non appercepisce le condizioni dissolventi della propria personalità (stato *pseudo-lucido*).

α. Negli stati di deficienza congenita (imbecillità, fatuità) si può acquistare quell'insieme di idee semplici che basta ai comuni bisogni della convivenza e che permette di adempiere uffici sociali di grado inferiore (cfr. § 92, p. 414-415). Conversando con questi deficienti, non avremo risposte incongrue nè strane, ma valendoci dei dati empirici altra volta indicati (p. 419), potremo sempre scoprire la povertà e la incompiutezza della loro statica e dinamica intellettuale.

β. Negli stati di indebolimento mentale acquisito secondario (demenza terminale, pazzia sistematizzata consecutiva), quando si attenuano tutti i fenomeni acuti della vesania, massime nella sfera sentimentale, e quando vien meno o si scolorisce la reazione al contenuto doloroso o piacevole delle rappresentazioni dominanti, certi pazzi possono assumere un contegno ordinato, una condotta calma e tranquilla, e un certo equilibrio fra il pensiero e l'espressione. Conversando con molti dementi incompleti, si rimane spesso ingannati dalla correttezza delle loro risposte; poi si scopre che essi, pur rispondendo congruamente sulle cose più semplici, sono incapaci di intrattenersi su materie elevate, e che lasciati senza la stimolazione dell'altrui parola, parlano pochissimo per conto proprio. Questi individui mancano d'ogni originalità, d'ogni iniziativa personale nell'ideazione; e sotto l'apparente normalità della loro loquela si nascondono la miseria dei concetti soprattutto astratti, la indifferenza del sentimento, tutti gli avanzi sbiaditi dell'antico delirio, spesso una varietà stragrande di fenomeni allucinatorî che, divenuti abituali, non svegliano più reazione alcuna.

γ. Negli stati di indebolimento mentale primitivo per lesione organica del cervello (demenza paralitica progressiva, demenza senile) si osservano fatti ancora più espressivi. — Certamente vi sono paralitici, che nello stadio prodromico e anche nel congestivo del processo morboso riescono a celare la gravissima loro condizione sotto l'effervescenza del processo ideativo: il loro eloquio è brillante, vivace, pronto; ma si tratta d'un effetto dinamogeno transitorio dell'iperemia e della sovreccitazione corticale, e a chi ben guardi si fa presto palese il principio della dissoluzione mentale. Oltre ai noti sintomi fisici (fine tremollo della lingua, disartria e paragrafia, rigidità e ineguaglianza pupillare, dolori neuralgici diffusi, ecc.), si troveranno espressi nei discorsi, negli atteggiamenti, nella mimica e nella condotta il tipico senso di soddisfazione, l'ottimismo inconsapevole caratteristico, l'alto concetto della propria forza, salute e intelligenza: forse già si riveleranno le prime idee di grandezza nella loro intrinseca e demente assurdità. Conversando con questi malati accoglieremo anche gli indizî del loro cangiamento di ca-

rattere: emotività esagerata, versatilità di umore, irritabilità per intolleranza di ogni contrasto; impulsività dei desiderî concernenti i bisogni inferiori; sovraeccitazione nella sfera genitale, assenza di pudore; perdita del senso di convenienza sociale, oscuramento del senso etico; egoismo, vanità puerile per le doti fisiche e morali che si imaginano di possedere o che la loro mente esaltata ingigantisce. Per riguardo poi alla intelligenza, troveremo pronto esaurimento dell' attenzione; incostanza e versatilità dei pensieri, e specialmente delle idee morbose di grandezza, primo indizio della non lontana incoerenza; inconsapevolezza della propria malattia, massime per ciò che concerne gli evidenti disturbi di parola e scrittura, quindi negazione recisa e invincibile di qualsiasi malessere; fatuità del ragionamento; lacune parziali della memoria rivelate dalla dimenticanza di qualche fatto recente, di date, di nomi, ecc. — Quanto alle forme senili di semplice demenza, il fenomeno più caratteristico sarà pur l'ora accennata dismnesia, cioè l' amnesia progressiva, dapprima parziale, di poi sempre più estesa; s'aggiungano la ottusità di tutti i poteri raziocinativi, l'apatia dei sentimenti, salvo gli egoistici, e l'inerzia volitiva contrastante con la resistenza ostinata e sragionevole alle eccitazioni della altrui parola.

c) Una grande capacità di ragionare in modo sottile, copioso e tenace ci deve far nascere il sospetto di una parafrenia. Invero gli stati degenerativi constano essenzialmente d'un disequilibrio di formazione e sviluppo fra le tre grandi attività della psiche: l'intelletto, il sentimento, la volontà. Nel primo è leso soprattutto il potere di percepire correttamente l'io e l'ambiente nei loro mutui rapporti; nel secondo resta monca ed imperfetta fino dalle origini o si dissolve prestissimo la categoria più elevata e complessa di sentimenti, che è l'altruistica; nella terza non si svolge nè si perfeziona abbastanza la capacità inibitoria dei centri superiori sugli inferiori. Ma queste anomalie, pur potendo coesistere nello stesso individuo, possono anche offrirsi isolate; ed è il caso più comune per le anomalie della sfera affet-

tiva e volitiva. D'altra parte, i ricordi ed i concetti più semplici, quelli derivati dalle percezioni immediate di tempo e di luogo, non sono ordinariamente manchevoli nè alterati nella maggioranza di questi infermi, almeno per un periodo abbastanza lungo della psicosi: ora, sono essi che compongono per lo più il soggetto di una conversazione volgare, e che servono alla comune delle persone pei rapporti quotidiani della vita sociale. Ne segue che moltissimi parafrenici, arguti ragionatori, sono ritenuti dal volgo sani di mente (stato *paralucido*); ma quando si sappia approfondire con opportune domande l'esame della loro vera condizione mentale, si fa presto giustizia di sì ingannevoli apparenze.

α. Nei deliranti il delirio può rimanere latente sotto le apparenze della ragionevolezza, o perchè è tuttora in via di evoluzione (p. es. durante il periodo diffidente della paranoia persecutoria); o perchè l'idea-germe, su cui si baserà poi tutta la costruzione fantastica del pazzo, gli oscilla ancora indecisa e nebulosa nella coscienza (fase di indeterminatezza delle interpretazioni allegoriche); o perchè il concetto morboso è sì ristretto e parziale da non avere assorbito tutte le altre sintesi rappresentative (monodelirî, delirî abortivi della paranoia originaria); o perchè la intelligenza è sì limitata nei poteri associativi da non prestarsi allo svolgimento complesso dell'idea-germe (forme sbiadite di delirio dei semi-imbecilli e degenerati, paranoioidi); o finalmente perchè il pazzo dissimula il suo vero stato, sia per desiderio della libertà, sia per naturale inclinazione alla menzogna. Aggiungasi che molti deliranti non perdono la capacità di agire pei proprî interessi e pei fini ordinarî della convivenza, e che in ogni modo la reazione loro all'idea morbosa non si rivela quasi mai in tutta intera la condotta, ma solo in certi determinati atti. Per lo stesso motivo, il conversare di questi malati ha le apparenze superficiali della normalità fuori del campo occupato dal delirio. Tali si presentano specialmente i paranoici con delirio persecutorio, geloso ed erotico, ed anche certi megalomaniaci riformatori politici o religiosi e pseudo-inventori.

Però, quando si sia giunti a scoprire il nucleo del loro delirio e vi si porti accortamente il discorso, si può bensì rimanere sorpresi dalla logica sottilissima con cui i malati difendono e giustificano le idee morbose, e dalla estrema versatilità con cui la loro mente si avvolge nei più fini e intricati sofismi. Ma questa stessa ostinazione loro nel « ragionare sul delirio » e il ritorno monotono delle identiche frasi, mostrano che in fondo in fondo l'intelligenza è alterata nel processo logico del pensiero: non esiste più un sano concetto della causalità. Oltre a ciò, non si tarda a scoprire la esistenza di illusioni ed allucinazioni. Se poi appare sporadicamente qualche neologismo, la diagnosi è assicurata.

β. Una sottigliezza ancor più grande nel sillogizzare ci offrono quei deliranti che da perseguitati si fanno persecutori, o che imaginando lesi ingiustamente i loro interessi giuridici, costituiscono il gruppo pericoloso dei querulanti. Costoro si sanno atteggiare a vittime con tale finezza di logica e con tanta apparenza di verità, da ingannare chiunque si lasci avvolgere nell'intricata matassa delle loro accuse e querimonie. Ma l'accusare persone notoriamente meritevoli di stima o non in grado di arrecare i danni di cui il perseguitato si lamenta, l'appellarsi ripetuto alle Autorità ed alla Giustizia, l'inveire con sentimenti palesi di vendetta, il blaterare contro la società, l'ignorare le più elementari disposizioni della legge che pur si cita e invoca ad ogni momento, la sproporzione fra il danno materiale o morale temuto o denunziato dal pazzo e le sue condizioni reali, e in taluni casi il riferirsi a sensazioni morbose evidentemente illusorie ed allucinatorie, sono tutte caratteristiche sintomatiche, le quali già nel colloquio con questi alienati ci indicano la via retta del diagnostico.

γ. Come varietà del genere querulante spiccano le isteriche affette da ipocondria morale o psicosi costituzionale affettiva (Krafft-Ebing). Malcontente di tutto, infastidite di sè e degli altri, sono tratte al male da un impulso morboso incoercibile, da una vera algofilia egoistica: feconde nell'inventare le più atroci calunnie e le più sfacciate menzogne, e abilissime nel trar partito d'ogni minimo incidente che paja convalidarle, esse finiscono per autosuggestione a credere

nella realtà dei loro asserti (è la così detta « simulazione incosciente » di alcuni autori). Si può forse rimanere ingannati dall'aspetto di ingenua sincerità e dal calore di convinzioni con cui l'isterica calunniatrice e sofistica si lamenta delle sue sofferenze, talvolta spettacolose, o accusa il marito e la famiglia di mali trattamenti, o denunzia disonesti propositi e atti osceni di uomini intemerati; ma non ci mancheranno i mezzi per svelare l'inganno e il mendacio (stimate fisiche e psichiche della neurosi, anestesie, zone isterogene ed erogene, restringimento perioptometrico, daltonismo, crisi caratteristiche, emotività versatile, difetti parziali e lacune della memoria, contraddizioni puerili, suggestionabilità in istato di veglia, suscettibilità alle manovre magnetiche, ecc.).

δ. Abbiamo visto come la qualifica di « ragionante » spetti per eccellenza alla così detta pazzia morale. Infatti quei degenerati, nei quali la anomalia psichica tocca più strettamente la sfera sentimentale, non sono privi di intelligenza, o, per lo meno, ne posseggono quanta può bastare per mantenere i rapporti sociali di interesse. Nei loro discorsi traspajono però tutte le deficienze morali della loro personalità: il mendacio, la impudenza, l'insensibilità affettiva ed estetica, la assenza dei sentimenti di giustizia e di pietà, la povertà del senso etico, la nessuna emotività alle idee di colpa e di pena, il falso concetto della convenienza e sanzione sociale, il predominio delle più basse passioni e degli istinti inferiori, l'amore sfrenato pel giuoco, per la femmina e per gli alcoolici, la vanità, lo scarso potere di inibizione e di attenzione. Alcuni, interrogati sui loro atti perversi, si ostinano a tacere, ben diversi in ciò dal melancolico che si incolpa, dal paranoico che si trincera nel suo delirio, dall'epilettico che si addimostra inconsapevole e immemore. Altri hanno l'orgoglio del male, che è un particolare aspetto del « diabolismo » così caro a tutti i degenerati anche d'ingegno: manca loro il riflesso fisico del pudore, e non sono suscettibili nè di vergogna, nè di rimorso. Vi sono pur quelli che cercano di giustificare la loro condotta immorale, le abitudini perverse, gli atti criminosi coi motivi più futili e sciocchi, oppure si atteggiano a vittime dell'ordinamento sociale, contro cui sono in uno stato perenne di ostilità aggressiva.

ε. L'esistenza di idee fisse e di impulsioni coscienti non impedisce la apparente normalità del processo psichico, nè la regolarità della condotta: anzi acuisce spesso la facoltà introspettiva. Chi conversa con un individuo affetto da pazzia del dubbio, da fobie emotive od intellettuali, oppure con un degenerato che soggiace di quando in quando a impulsi coartanti, può restare lungo tempo all'oscuro sui fenomeni morbosi che si svolgono nell'intimo del loro pensiero. Ma, come vedremo più innanzi, l'impulsivo si mostra qual'è nei momenti angosciosi in cui la sua coscienza lotta contro la rappresentazione dell'atto insolito, bizzarro, sconveniente, immorale o criminoso che egli è tratto a commettere. D'altra parte il dubbioso realista, il metafisico, l'aritmomane, l'onomatomane, il superstizioso ci confessano le loro perplessità, i loro scrupoli, le loro torturanti preoccupazioni: e poichè in generale hanno intelligenza vivace, ce li descrivono anche in termini pittoreschi, con un lusso indicibile di dettagli, con una successione interminabile di punti interrogativi. Ma ogni nostra risposta ai loro dubbî non ha efficacia di convincerli: essi non vi trovano mai la soluzione che desiderano, o, trovatala, appena li soddisfa ed è tosto soggiogata dal riapparire dell'idea ossessiva. Il che prova come il processo logico sia leso, malgrado la ristrettissima cerchia del disturbo mentale. In ogni modo, costoro sarebbero i veri « pazzi lucidi » della antica Psichiatria e della Giurisprudenza penale, in quanto hanno tutta intera la consapevolezza del loro stato morboso e la coscienza dei rapporti fra il *me* e il *non-me*.

λ. Meglio ancora potranno conversare gli alienati che si trovano, o in un periodo di accalmia fra gli accessi della neurosi costituzionale (epilessia, isteria), o in un così detto « intervallo lucido » delle pazzie periodiche e remittenti (forma periodica semplice, forma ciclica). L'anamnesi sarà allora quasi il solo criterio di diagnosi: e dico quasi, perchè un attento esame potrà scoprire negli uni e negli altri le stimate fisiche e psichiche della degenerazione, e soprattutto negli epilettici da lunga data le conseguenze esaurienti degli attacchi ripetuti sulle funzioni intellettuali, nei periodici, e negli isterici, invece, quelle dissolutrici della psicosi accessuale sulle funzioni affettive.

2.° Il paziente risponde alle domande, ma lo fa in modo fugace, e non può sostenere la conversazione perchè si trova in uno stato emotivo morboso. — Qui si tratta quasi sempre di pazzie acute (vesanie) o di pazzie croniche acutizzate, dove i disturbi prevalenti riguardano piuttosto la forma che il contenuto dei fenomeni psichici. La intelligenza di questi malati non è lesa mai profondamente: per esempio, i ricordi possono apparire diminuiti o anche assenti, ma in realtà sono soltanto in una specie di latenza. Anche i concetti fondamentali di tempo e di spazio non sono distrutti: il potere di calcolo è tuttora posseduto in grado più o meno notevole: la percezione degli stimoli esterni (voce dell'interrogante) è possibile, ma ora è lenta e difficile, ora viene subito distratta. Ciò che interrompe la continuità nella espressione parlata del pensiero, ciò che, insomma, rende il malato incapace di conversare a lungo, è, in primo luogo, il disturbo nel processo formativo e associativo delle imagini ed idee, che ora è troppo affrettato, ora rallentato o sospeso, ora anche disordinato: in secondo, il cangiamento del tono sentimentale, l'acuirsi o l'ottundersi dell'emotività, il predominio di affetti patologici: in terzo, l'insorgere di stimoli interni (impressioni organiche, imagini, illusioni, allucinazioni) che irrompono nel punto di mira della coscienza e stante il loro intenso colorito emotivo neutralizzano le percezioni dei fatti esterni. La coscienza di questi pazzi è già scesa al di sotto della sua normale intensità (stato *sublucido*), o è offuscata (*stato obnubilare* o *crepuscolare* dei ted.), o anche è affatto sospesa (stato *inconscio*).

α. Negli stati di eccitazione ci troviamo dinanzi a fenomeni più gravi che non siano quelli del gruppo correlativo precedentemente descritto (mania acuta, periodica, isterica; episodi maniaci della paranoia e delle forme degene-

rative; fase esaltata della paralisi generale e delle pseudo-paralisi; melancolia ansiosa, panofobica, allucinatoria). I malati ci presentano il contegno iperattivo già descritto, una vivace emotività, una continua logorrea: agli stimoli esterni rispondono per lo più prontamente, spesso con atti reattivi rapidi e violenti; sono molto irritabili, e conviene stare in guardia contro i possibili impulsi. Malgrado l'apparente stato di inconsapevolezza, malgrado il turbinoso succedersi di stimolazioni interne, noi riesciamo con la nostra parola ad innestare nel loro discorso spontaneo e disordinato qualche imagine o concetto, che i malati percepiscono e a cui rispondono: noi operiamo, così, una specie di. suggestione. Ma un vero colloquio è impossibile, e chi ben guardi il tenore e la modalità delle risposte scorge presto com'esse siano quasi sempre il prodotto del linguaggio reflesso, cioè non una manifestazione dell'attività corticale cosciente, bensì un moto automatico di reazione dei centri cerebrali nervosi. In certi casi si ottiene in risposta qualche fonema elementare (grida, esclamazioni, cachinno, psittacismo, ecc.), ed è probabile che esso provenga dai centri subcorticali di fonazione.

β. Negli stati di depressione intensa (melancolia passiva profonda; melancolia attonita, acuta e subcronica, pellagrosa, alcoolica; stadio iniziale o lieve di stupore primitivo; lipemania senile), possono ottenersi alcune risposte coerenti alle domande; ma si osserva la tipica bradifrasia, e tutto l'atteggiamento psichico indica lo sforzo che il malato compie sia per percepire gli stimoli, sia per trasformare le sue idee in moti articolatorì. Alcuni incontrano una sì grande resistenza nell'atto del parlare, che, data qualche risposta, ricadono nel silenzio, o riprendono il gemere e il lamentarsi che siamo riusciti ad interrompere per poco. Altri si mostrano restii, e non rispondono se non dopo reiterate sollecitazioni. Per questo motivo l'interrogatorio dei melancolici è sommamente faticoso, ma usando molta pazienza si giungerà sempre a scoprire i sintomi più importanti del loro stato morboso: l'insonnio, l'inappetenza, il senso di stanchezza e di anenergia fisica, di peso e confusione al capo, il caratteristico senso di angoscia precordiale, il pessimismo morale ,le vaghe paure e preoccupazioni, le idee tristi predominanti, le interpretazioni

allegoriche delle sensazioni interne, la torturante consapevolezza della propria impotenza affettiva e volitiva, le illusioni ed allucinazioni cenestetiche, le allucinazioni sensoriali e in particolar modo acustiche di contenuto terrifico, le impulsioni coscienti all'autotomia, al suicidio, ecc.

γ. Anche negli stati di confusione (frenosi o amenza sensoria, ebefrenia, pazzia catatonica in fase di eccitamento; episodi allucinatorì acuti della paranoia sistematica, della psicosi isterica e della epilettica; delirì febbrili infettivi; *delirium acutum*; delirì tossici da alcoolismo, morfinismo, cocainismo, morfiococainismo, latirismo, eterismo, cloralismo, ecc.), possiamo ricevere risposte fugaci, eppur coerenti: la percezione degli stimoli esterni è infatti possibile, ma la mente del malato ricade tosto nel disordine, perchè nuovamente distratta dalle imagini morbose (illusioni, allucinazioni) che si susseguono davanti alla sua coscienza: questa, intanto, è oscurata, ma non sospesa. La condizione psichica del confuso fu paragonata al sogno (Lasègue) o al semisogno (Meynert), ma meglio la si raffronterebbe alla semiveglia, massime per riguardo ai casi di confusione allucinatoria d'origine infettiva o tossica (alcoolismo): inquantochè codesti malati hanno spesso una consapevolezza indecisa dell'indole allucinatoria dei fantasmi ed acusmi che li tormentano, e ne han poi una memoria sommaria.

δ. In certi stati di torpore profondo (stupidità, amenza confusionale attonita, pazzia catatonica; demenza apatica secondaria; accessi stuporosi della paralisi generale, dell'alcoolismo, dell'isterismo, della epilessia; commozione cerebrale da trauma), e in certi stati di assentamento e di sospensione iperacuta della coscienza, che complicano il decorso ordinario delle cerebropsicopatie (accessi apoplettiformi della paralisi generale, dell'alcoolica, della sifilitica, della saturnina; emorragie cerebrali; pachimeningite alcoolica; ubbriachezza grave, paralitica; coma diabetico ed uremico), forti eccitamenti sono capaci di togliere i malati dalla loro inerzia mentale: così si ottiene qualche risposta, che però nel maggior numero dei casi consta di frasi non finite, di parole isolate, di monosillabi affermativi o negativi, oppure è inintelligibile, confusa, evanescente. I dati anamnestici, gli altri

sintomi nella sfera mentale, l' esame accurato delle funzioni sensorie e motorie, non che quello fisico degli apparati e prodotti escretorî della vita vegetativa (sopratutto dell'urina), ci serviranno di guida nel diagnostico differenziale.

3.° Il paziente risponde alle nostre domande, ma non può sostenere una conversazione perchè i suoi poteri mentali sono più o meno indeboliti. — È l'eventualità più frequente a incontrarsi quando siamo di fronte a pazzi ricoverati nei Manicomî, la popolazione dei quali consta, nella grande maggioranza, di individui arrivati alla demenza secondaria o affetti dalle più gravi psicosi dissolutive. Non pertanto anche nella pratica privata può il medico trovarsi dinnanzi a persone da molto tempo alienate, ma che essendo tranquille ed inoffensive, o appartenendo alle classi più agiate, vennero trattenute in famiglia. — Quando una vesania dura però a lungo, o incoglie con insolita violenza un cervello anche normalmente costituito, più ancora quando dipende da predisposizione ereditaria o acquisita e si svolge in un cervello poco valido fin dalla nascita o divenuto tale per traumi e malattie fisiche serie, per eccesso di lavoro, per difetto di nutrizione, per patemi morali intensi e continuati, ecc., essa produce più o meno presto l'esaurimento, il deterioramento dei centri psichici, e passa allo stadio inguaribile e fors' anco incurabile. È la demenza terminale, l'esito pur troppo più frequente delle vesanie e delle psicosi degenerative, sebbene in queste ultime arrivi generalmente più tardi e meno intensa. — Quando si abbia, d'altra parte, un processo organico distrofizzante o distruttivo del cervello, la sintomatologia dell'infermo presenta fin dai primi stadî i caratteri di un deterioramento subdolo e progressivo dei poteri psichici: è la demenza primitiva della paralisi generale, delle intossicazioni croniche, dell' involuzione senile, e

in certi casi precoci anche della invalidità e insufficiente evoluzione cerebrale degli ereditarî. — In tutti questi casi la coscienza è affievolita, oscurata, e all' ultimo estinta (stati *inconscii*).

α. Gli stati di deterioramento secondario (mania, melancolia, frenosi confusionale sensoria e stupidità passate alla fase cronica, cioè in demenza completa o incompleta, agitata [« moria »] o apatica; pazzia sistematizzata consecutiva spesso a vesanie allucinatorie; demenza terminale delle paranoie tardive ed originarie, delle ebefrenie e catatonie, delle pazzie periodiche; indebolimento psichico successivo ad attacchi ripetuti di epilessia, alcoolismo, pellagra e simili; scempiatezza progredente dei frenastenici), non furono ancora abbastanza studiati dai clinici, nè descritti con la dovuta attenzione dai trattatisti. La designazione di « demente », usata ed abusata nel linguaggio ufficiale della Psichiatria, e particolarmente nelle statistiche dei Manicomî, copre la nostra indifferenza verso il pazzo che non ci lascia speranza di guarigione, laddove è certo che le divergenze fra i casi accomunati sotto quella desolante qualificazione sono assai più grandi di quanto paja. S'impone qui agli specialisti il còmpito di rivedere e rifare tutta la nosografia delle « demenze ». In ogni modo, il deterioramento che caratterizza la cronicità si rivela soprattutto nella sfera intellettuale; e i sintomi ne sono: — errori, illusioni e lacune della memoria, cioè dismnesia progressiva, non solo riguardo al potere di ricordare le impressioni recenti e poi le antiche (legge del Ribot), ma pur anche riguardo alla facoltà di ritenere le impressioni attuali; dissociazione delle sintesi ideative, e dapprima delle più complicate per finire in ultimo alle più semplici; perdita del potere di calcolare, per amnesia delle nozioni aritmetiche; incertezza e nebulosità sempre più confusa nelle idee di tempo e di spazio; restringimento progressivo del campo della coscienza, manifestato in principio dalla disattenzione, più tardi dall'inconsapevolezza quasi assoluta rispetto al mondo esterno; predominio dei percetti morbosi interiori, cioè delle allucinazioni, sui percetti esteriori, donde l'isolamento dell'*io* ed un concetto ognor più vago della propria personalità in relazione all'am-

biente; dal punto di vista del contenuto logico, cristallizzazione delle idee residue attorno all'idea-germe del delirio, e sistemazione di questo in un edifizio esso pure frammentario.

Quanto alla sfera affettiva, vi è prima di tutto il fatto significantissimo che le percezioni, imagini ed idee morbose perdono a poco a poco il loro colorito emotivo. Si sbiadisce, ad esempio, nel melancolico, nell'ipocondriaco e nel depresso il senso doloroso, disaggradevole e pessimistico della cenestesi, nel maniaco e nell'esaltato quello piacevole ed ottimistico. L'allucinato si abitua ai suoi continui errori di percezione, e le illusioni ed allucinazioni, non solo vengono assimilate ai percetti reali, ma loro finiscono col sostituirsi completamente e alla fine svegliano una reazione sempre minore. Il paranoico, giunto alla fase verbalistica e simbolistica, prova l'unico piacere di attività psichica nella ruminazione monotona del suo delirio, e circoscrive la propria sentimentalità attorno ai frastagli logori degli antichi concetti. In tutti, la volontà si affievolisce e passa al torpore, all'inerzia; l'affettività diminuisce, e si rinserra nell'egotismo più assoluto; all'ultimo non rimangono se non le emozioni istintive della vita vegetale, quando anche queste non si dissolvano e il demente si renda incapace di provvedere ai suoi più elementari bisogni.

β. Non dissimili dagli ora descritti e spesso più rapidi nel decorso, più profondi negli effetti dissolutorî sulla personalità, sono gli stati di deterioramento primitivo, che tengono ora ad acuti esaurimenti dell'organo psichico (stupidità e frenosi confusionale passanti in rapida demenza; pazzie masturbatorie, puerperali e climateriche), ora a processi anatomo-patologici (demenza paralitica; encefalopatie tossiche [sifilitica, alcoolica, pellagrosa]; demenze emiplegiche con afasia, o consecutive a sclerosi multipla, a pachimeningite; demenze da involuzione senile grave, ecc.). Anche qui la dissoluzione della mente comincia dalla memoria e dalla intelligenza. Così, malgrado l'apparente brio del suo delirio, il paralitico è fin dai primordî un demente, e lo rileviamo dalla stessa insulsaggine delle sue idee grandiose, dalle lacune dei suoi ricordi, dalla fatuità del senso di soddisfazione, dall'inconsapevolezza del proprio stato. Seguono poi il progressivo infiacchire dei legami associativi fra le rappresentazioni, fino

alla loro rottura completa; l'impallidire dei sentimenti altruistici, fra cui, primi, gli affetti domestici; lo sbassare del senso morale e la perdita dei poteri inibitorî, donde i detti e gli atti puerili, sconvenienti, grotteschi ed osceni *coram populo;* in fine, l'incoscienza assoluta e l'ebetismo.

B). Quando il PAZZO NON RISPONDE, lo studente e il medico pratico sono per lo più molto impacciati per raccogliere i dati clinici necessarî alla diagnosi. Occorrerà, dunque, determinare la causa per la quale lo stimolo acustico della nostra voce non giunge a risvegliare nel paziente le manifestazioni esteriori valevoli al commercio sociale della parola.

1.° Il paziente non ci risponde, perchè, pur emettendo suoni inarticolati o fonemi singoli, si mostra inabile a parlare. — È il caso delle gravi frenastenie, dove la facoltà della parola non si sviluppa, ed è pure, all'altro estremo della serie, il caso delle demenze terminali che conducono l'alienato all'assoluto ebetismo. Qui la coscienza dell'io non si svolge oltre alle sue fasi animalesche o infantili, ovvero anche, dissolvendosi, vi fa ritorno: — l'individuo si trova, adunque, in uno stato *precosciente* o cade in uno *acosciente*.

La diagnosi delle frenastenie (idiotismo, cretinismo) non è difficile: troveremo sempre le note stimate corporee dell'arresto di sviluppo (cfr. Vol. I). — Quanto ai dementi divenuti alogici perfetti (demenza apatica consecutiva, demenze paralitiche e tossiche all'ultimo stadio, epilessia avanzatissima, ecc.), l'anamnesi, l'età, l'aspetto generale, le alterazioni motorie e trofiche non ci lascieranno in dubbio sull'indole della loro incapacità di parola.

2.° Il paziente non ci risponde, perchè si conserva assolutamente muto. — Abbiamo già incontrato il mutismo volontario studiando le disfrasie

(§ 92, pag. 394-7). Rispetto al mutismo involontario, salvo i casi, non frequenti del resto, in cui esso avviene per afasia motrice e sordità verbale, oppure per coma (accessi apoplettici e apoplettiformi), gli individui che non ci dànno risposta alcuna, o versano in uno stato di inconsapevolezza più o meno completa per sospensione dell'attività psichica (stupore anergetico, pazzia catatonica, fase catalettica dell'isterismo); o sono immersi nel torpore mentale (demenza apatica); o tacciono, come non si muovono nè gestiscono, perchè profondamente depresso è il loro tono sentimentale con predominio di emozioni penose (melancolia passiva profonda, melancolia attonita, fase depressiva di una pazzia, circolare); oppure in quel momento sono in preda a vivi fenomeni allucinatorî (delirio sensoriale acuto, stati terrifici della melancolia, fasi estatiche della paranoia acuta, forme psicasteniche transitorie). Il mutismo può, dunque, combinarsi con stati diversissimi della coscienza.

Non ci sarà difficile determinare in ciascun caso l'origine e natura del mutismo. Ci gioveranno soprattutto: — *a*. l'anamnesi; — *b*. la espressione del viso (mimica astenica o iperstenica, contrazione dolorosa dei muscoli, rilassatezza delle gote, sguardo fiso e spento, oppure vivo ed intelligente, labbra chiuse spasticamente oppure beanti, pupilla dilatata e immobile, salivazione); — *c*. lo stato speciale della motilita (atteggiamento di inerzia o di difesa, contratture e risoluzioni degli arti, catatonia, catalessia, tetania, parola susurrata afonicamente, passività o resistenza ostinata a camminare, ecc.); — *d*. lo stato della sensibilità (analgesia, anestesia, reflessi cutanei e profondi, zone isteriche, fotofobia, ecc.); — *e*. lo stato dell'innervazione trofo-vasomotoria (edemi meccanici alle estremità, cianosi, dermografia, polso e sfigmogrammi, pletismografia).

3.° Il paziente non risponde a nessuna nostra domanda, ma parla per suo conto in modo loquace e incongruo (logorrea). — Anche questa even-

tualità fu trattata nello studiare il fenomeno dislogico della pseudo-incoerenza (§ 92, pag. 423-26). È generalmente la condizione che ci presentano il delirio acuto di forma maniaca, il delirio alcoolico (*delirium tremens*), il delirio complicante le malattie febbrili, l'amenza o confusione mentale nelle varie sue forme, ma specialmente in quella allucinatoria e nell'ebefrenica, la mania grave con furore, la melancolia in « raptus » angoscioso e pantofobico, l'isterismo e l'epilessia in accesso psicosico, la stessa paralisi generale in periodo d'esaltamento. La coscienza trovasi qui sempre turbata: o è confusa come in una semiveglia, o è obnubilare, o è assentata per un tempo più o meno lungo: vi è, per contrario, un attivissimo lavorìo nelle sfere dell' incosciente (reflessi subcorticali, bulbari, ecc.).

In queste condizioni i malati non sono in grado di intendere le nostre domande stante il profondo turbamento della coscienza: essi seguitano ad ejaculare il profluvio di imagini ed idee, che turbinano loro nella mente. Che poi essi non ci intendano, è dimostrato dal fatto che non riesciamo a provocare il fenomeno del *linguaggio reflesso* (cfr. p. 401), ossia nessuna delle nostre frasi e parole agisce in modo suggestivo sul decorso spontaneo del loro pensiero. Ascoltandoli però con attenzione troviamo per lo più disvelate le idee deliranti che li assediano o che attraversano fugacemente la loro coscienza: nè con minore facilità cogliamo, quasi direi, in atto o in via di formazione i fenomeni illusorì ed allucinatorì. Di più, non mancano di illuminarci gli altri sintomi concomitanti che or ora abbiamo indicato: — la febbre, il polso, i disturbi circolatorì e trofici, l'analgesia, il tremito muscolare, la disartria, le lesioni di motilità, nella sfera fisica; — la mimica disordinata, il contegno iperattivo, gli atti impulsivi e violenti, l'intonazione della voce, la emotività esagerata, la vivacità e incoerenza della parola spontanea, nella sfera mentale.

4.° Il paziente non risponde alle domande, ma borbotta in modo incomprensibile parole

isolate e frasi sconnesse. — È l'ultimo grado dell'incoerenza (cfr. loc. cit.), sia che si tratti di semplici forme terminali e secondarie, sia di forme primitive senili od organiche distruttive (paralisi generale in istadio avanzato). Ma anche nell'idiota semi-afasico o nell'imbecille vi è la tendenza fanciullesca ad abbozzare monologhi insensati: di più, vi sono molti melancolici che interrompono la loro silenziosa passività borbottando a voce bassa frasi più o meno intelligibili in rapporto col loro delirio o con le allucinazioni che li angustiano.

Vedremo sempre, in questi casi, o i chiari segni somatici dei difetti congeniti e dell'età avanzata, o i segni psichici dell'indebolimento mentale, o gli atteggiamenti caratteristici della profondissima depressione, o i fenomeni di lesa motilità, che non mancano mai nelle cerebro-psicopatie paralitiche.

---

§ 3.

Linguaggio grafico e raffigurativo.

(*Scrittura, Arti plastiche*).

95. **Generalità sul linguaggio grafico e raffigurativo in rapporto con gli stati psichici.** — Il valore semejotico degli scritti, disegni e prodotti artistici, che noi designammo già come le più importanti prove materiali della pazzia (cfr. Vol. II, p. 107-109), proviene da ciò che queste manifestazioni espressive constano di traccie durature, il cui esame può essere coadjuvato dal confronto obbiettivo con quelle dello stato sano e può compiersi anche in assenza del malato medesimo, innanzi o dopo l'accesso di alienazione. Dobbiamo considerare il linguaggio grafico sotto due aspetti, diagnostico e prognostico. Invero gli atti dello scrivere, del disegnare, del dipingere, dello scolpire, richiedendo un' attenzione più continuata, uno sforzo maggiore di

volontà, una più intensa elaborazione del pensiero, mettono spesso in luce disordini intellettuali e sentimentali che ci sarebbe difficile cogliere direttamente nella mimica e nella parola del pazzo, o desumere dall'anamnesi. S'aggiunga che nelle espressioni della penna, della matita, del bulino, del pennello, il malato è per lo più solo, in pieno dominio dei concetti e affetti morbosi, più libero e spontaneo che non negli interrogatorî. Così vediamo espresse negli scritti e nei manufatti certe idee fisse e deliranti dissimulate per lungo tempo nei discorsi o nella condotta, e vediamo apparirvi i menomi indizî di indebolimento mentale: che anzi, in molti casi, la scrittura ci rivela una pazzia prima che si palesi con altri sintomi, sia che si tratti di forme ad accesso (periodiche, remittenti, epilettiche, isteriche), sia di cerebropsicopatie nel cui quadro nosografico si comprendano disturbi motorî (paralisi, alcoolismo, ecc.). Non men grande è il servigio che ne ricaviamo per la prognosi: negli scritti si rispecchia ogni passo compiuto dall'infermo, o verso il ripristinamento della salute mentale, o verso la condizione cronica secondaria.

A meglio comprendere i fenomeni morbosi e dissolutivi del linguaggio grafico e raffigurativo, consideriamone brevemente l'origine e lo sviluppo nella razza e nell'individuo.

a) Per quanto concerne la filogenìa della scrittura, ormai è provato che il nostro modo di scrivere costituisce l'ultima fase di una lunga evoluzione, per la quale l'uomo si è creato i mezzi di manifestare materialmente i proprî pensieri e renderne possibile la comunicazione ai proprî simili: la sola differenza dalle altre forme di linguaggio (gesto, voce) è che i movimenti espressivi lasciano qui una traccia non fugace. Fino dalle origini l'arte e la scrittura sono unite, e si può affermare che la seconda altro non è se non la trasformazione d'una particolare forma atavica della prima, cioè del disegno. L'uomo delle epoche preistoriche cominciò con tracciar linee semplici sugli oggetti d'uso

comune, e a servirsi di tacche o incisioni per rammentarsi i fatti o i numeri che gli stavano a cuore. Di poi, imprese a raffigurare rozzamente gli oggetti, e soprattutto gli animali che più colpivano la sua attenzione o che egli prediligeva perchè utili (cfr. la mia *Antropologia generale*, Lez. VIII-X); e poichè la figura richiamava alla memoria il nome della cosa, si formò ben presto quell'associazione costante fra l'imagine visiva e l'acustica, che costituisce in tutte le razze umane il punto di partenza della scrittura. A questa fase si trovano ancora gli Indiani d'America e molti indigeni della Polinesia: la loro *pictografia* non ha corrispondenza fonetica, ma designa gli oggetti riproducendone i tratti, designa le azioni e i rapporti unendo le varie figure con linee, e così via via (Garrick-Mallery). In una fase ulteriore la riproduzione pittorica o plastica comincia ad avere valore fonetico, in quanto i nomi corrispondenti a ciascuna figura passano a far parte di parole e frasi più complesse, presso a poco come nei nostri « rebus »: tal'era la condizione in cui la conquista trovò ancora i Messicani. In fine si sviluppa la vera scrittura, la cui storia ci è in modo evidente compendiata nella successione delle forme geroglifica, ieratica e demotica dell'Egitto (cfr. Lanzone, *Diz. d'Egittologia*). Riassumendone la preistoria e la storia, si può dire che la scrittura, per giungere alla sua forma attuale, passò per quattro stadî: 1.° disegni lineari e incisione di tacche (*mnemografismo*); 2.° rappresentazione figurata o pittura delle idee (*ideografismo*); 3.° rappresentazione alterata o convenzionale (*gieroglifismo*); 4.° espressione fonetica pura, cioè rapporto fra ciascun segno grafico e i suoni della voce articolata (*fonetismo*, da principio forse sillabico, indi letterale o « alfabetico »).

Non è qui il luogo di studiare l'origine dell'alfabeto: ci basti dire che tutti quelli oggi usati dai popoli Ariani e Semitici, il greco, il latino, il gotico, il russo, l'ebraico, l'arabico, ecc., sono derivati dal fenicio, che a sua volta consta d'una combinazione di segni demotici egiziani con segni cuneiformi usati da molti Asiatici occidentali (De Rougè, Marzolo, Lenormant). L'archeologia prova che il nostro italico, d'importazione eolo-dorica, è relativamente poco antico e soggiacque a progressive modificazioni sino alle sue lettere

presenti: per esempio, la **Y** e la **Z** si acquistarono tardissimo, e si perdettero la Θ, la Ψ e la Ω. Noi già vedemmo l'indole varia dei fonemi umani, e come il vero alfabeto fonetico sia un ideale mai raggiunto (cfr. p. 329-330). Certo è però che cercando tradurre i suoni in segni, se ne restrinse il numero e il modo per una specie di selezione o di adattamento, e che nelle stesse lingue moderne si palesa la tendenza ad una maggiore semplicità del loro alfabeto (p. es. eliminando a poco a poco i segni **j**, **k**, **ph**, **x**, **w**, **z**, . . .). Quanto alla forma assunta dalla scrittura in ciascuna delle grandi razze colte dell'umanità, oltre che dalla naturale divergenza etnica delle manifestazioni intellettuali, essa dipese da una folla di circostanze estrinseche: dallo scopo per cui si scriveva (pubblico o privato), dal materiale su cui si tracciavano le figure o i segni (monumenti in pietra, tavolette, papiri), dalla tecnica speciale della scrittura (pittura, incisione, grafito, disegno lineare), dall'utensile che si usava (pennello, bulino, stiletto, lapis, penna), dalla posizione del corpo nell'atto dello scrivere (in piedi fra gli Egiziani e i Cinesi, accoccolata fra i Semiti, seduta in generale fra gli Occidentali), infine dall'atteggiamento delle mani di chi scrive (se con la sinistra o con la destra, se la mano scrivente mossa in senso centripeto o in senso centrifugo).

Di somma importanza psicologica è il quesito dei rapporti evolutivi fra linguaggio e scrittura. Per la maggioranza dei glottologi ed etnografi la parola articolata è immensamente più antica di quella scritta (opinione, secondo me, preferibile): pochissimi sostengono la tesi opposta, cioè che il tracciare segni ideografici abbia preceduto la formazione della loquela (Alotte). Checchè sia di ciò, è certo che la scrittura assunse ben presto un ufficio importantissimo nello sviluppo intellettuale umano: fissò il pensiero in forme assai più stabili che non fossero quelle dei suoni vocali, consolidò a poco a poco la morfologia e semasiologia di ciascun idioma, accrebbe il numero delle imagini verbali, rese possibile la trasmissione delle idee attraverso i tempi, e così venne sostituendo la prova materiale o documento grafico al dato puramente mnemonico ed alla tradizione orale sempre volubile ed incerta. Con la scrittura l'intelligenza umana si creò un mezzo meraviglioso,

generalizzato di poi dall'arte della stampa, per accrescere la propria potenzialità di astrazione e rendere sempre più partecipe ciascun consociato ai progressi del pensiero.

b) Queste nozioni storiche ci servono di base allo studio dell'ontogenesi e fisiopsicologia individuale della scrittura. Evidentemente la funzione complessa dello scrivere richiede un numero di centri cerebrali non minore di quanto occorra per la funzione del parlare; lo dicemmo in altra parte del libro, e non v'è bisogno di ripeterci (cfr. Vol. II, § 88, p. 319-326, e § 91, p. 347-356). Notiamo solo che la specificazione fisiologica dei centri, dimostrata dalla sede diversa occupata dalle imagini visive e grafomotorie verbali rispetto alle acustiche e fonomotorie, corrisponde appieno alla ontogenia del linguaggio (cfr. § 88, p. 315). Nel bambino la facoltà di comprendere ed eseguire i segni alfabetici, cioè di *leggere* e *scrivere,* viene svolta e coltivata molto tempo dopo quella di comprendere ed eseguire i suoni, cioè di *ascoltare* e *parlare*. Che se il nuovo acquisto giova a perfezionare in lui la capacità di pensare aumentando i ricordi, svolgendo i concetti generali ed astratti, agevolando il raziocinio, nondimeno la scrittura appare un fattore non necessario dell'intelligenza e della ragione. Un grande numero di popoli e di personaggi esercitò azione potente nella storia, pur mancando della scrittura o usando appena i metodi grafici mnemonici: e in mezzo a noi vediamo individui « illetterati » possedere tutte le cognizioni bastevoli ai loro bisogni e perfino ad un certo « successo » nella lotta per la vita: li vediamo anche guidare la loro condotta in conformità degli interessi sociali. Ciò dipende dalla relativa indipendenza dei centri preposti alle due forme di espressione; ciascuno di essi può svolgersi e funzionare separatamente, come lo prova anche il fatto di individui che sanno leggere e *non* sanno scrivere.

L'utilità intellettuale della scrittura consiste, adunque, nella evocazione delle idee pensate in veste verbale fonica (linguaggio interno), ogni qualvolta se ne vegga la raffigurazione simbolica nei segni alfabetici. Pertanto la mente del fanciullo percepisce da prima solo la materialità dei singoli segni letterali: la sua attenzione è arrestata dalla difficoltà di comprenderne il valore, di ricordarne gli equivalenti fo-

netici convenzionali, e soprattutto di combinarli insieme (compitazione); s'aggiunga lo sforzo che egli attua per seguirne correttamente la successione in parole e in linee coi muscoli dell'occhio, e per riprodurne le figure con quelli della mano. Più tardi l' esercizio trasforma in abitudine gli acquisti così lentamente ottenuti, e l'abitudine rende a poco a poco automatiche, cioè inconscie o subconscie, tutte le azioni materiali al cui compimento si richiedeva prima un lavoro tormentoso della coscienza. Quando l'adulto legge o scrive, più non bada alle apparenze visuali dei segni, nè ai movimenti coordinati per tracciarli sulla carta: bada invece al significato ideativo degli aggruppamenti di lettere formanti ciascuna parola, a quello delle serie di aggruppamenti formanti la frase, il periodo ed il discorso. Questo automatismo del leggere e scrivere è eguale a quello del parlare, e ci spiega un gran numero di fenomeni psicopatologici (impulsioni grafiche, grafomania, scrittura incosciente, « medium » spiritici).

c) La coordinazione dei centri del linguaggio ci illumina sui procedimenti che dobbiamo usare nell'esame del linguaggio grafico. Pensiamo a tale proposito che la evocazione delle imagini verbali è reciproca, in quanto vennero acquistate contemporaneamente e i loro centri sono riuniti da fibre di associazione infra- e subcorticale. — L'imagine visiva richiama l'acustica e la fonomotoria, e noi siamo in grado di pronunziare in modo corretto e continuato i suoni equivalenti ai segni che si veggono: è la *lettura ad alta voce*. L'imagine acustica richiama quella grafomotoria, e si possono scrivere le parole che si odono: è la *scrittura sotto dettato*. La imagine visuale richiama solo la grafomotoria, e si svolge la facoltà di scrivere ciò che si legge: è la *copiatura*. Quanto all'autonomia dei centri medesimi, essa ci porge il destro di saggiare altre facoltà, la *lettura in silenzio* e la *scrittura ad occhi chiusi*. — È chiaro però che in queste singole operazioni non ci è dato eliminare mai del tutto l'intervento degli altri centri del linguaggio. Se leggiamo con molta attenzione, siamo tratti ad articolare entro di noi le parole e a trasformare il nostro silenzio in una articolazione più o meno afona delle medesime, fino a che terminiamo con leggere inconsciamente ad alta voce. Se tentiamo di scrivere senza il sussidio

della vista, oltre ad un grande sforzo mentale, ci proviamo quasi sempre a rappresentarci mentalmente l'imagine visiva dei segni grafici (è una vera « scrittura interna »).

1.° Per procedere con metodo nella semejotica del linguaggio grafico e raffigurativo dei pazzi, l'alienista deve utilizzare tutte le nozioni concernenti questi mezzi espressivi nei sani, e specialmente a riguardo della scrittura, deve conoscere i molti fattori che la modificano nella sua materialità esterna. Il primo compito sarà di distinguere ciò che è dovuto alla capacità e all' indole normale di ciascun malato da ciò che è il prodotto dell'alterazione psichica, poichè la scrittura, sì nel sano che nel pazzo, ci offre qualità permanenti e qualità transitorie. Le *permanenti*, che chiamiamo « carattere » (maniera di grafismo), sono l'impronta stabile della personalità nella funzione grafomotoria, e costituiscono il materiale fisso preesistente alla malattia, che viene da questa modificato, deformato o pervertito fino al grado di vera e propria idiografia vesanica: le *transitorie* rappresentano le conseguenze immediate degli stati emotivi ed intellettuali, cui può andare soggetta la mente di chi scrive. Fra il sano e il pazzo vi è però un importante divario. Certi stati di coscienza, che nel primo sono affatto passeggeri e ne modificano perciò la scrittura in maniera soltanto fugace (emozioni, orgasmo ideativo del comporre, idee dominanti, ecc.), possono invece diventare una condizione morbosa più o meno duratura della personalità e dar luogo a modalità statiche dell'espressione grafica, che sono l'esagerazione stereotipa di quelle transitorie della vita psichica normale. Tal'è il caso della scrittura dei melancolici, maniaci, paranoici, dementi e neurastenici, nella quale si osservano mantenute a lungo o ingigantite le caratteristiche grafologiche della depressione, dell' esaltamento, della ideazione sistematica e

circoscritta. Ond' è che l' esame clinico del linguaggio grafico-raffigurativo si basa sulle regole seguenti: 1.° conoscenza del valore generale degli scritti ed elaborati artistici come manifestazioni della personalità; 2.° conoscenza di tutte le condizioni che possono modificarli nello stato normale; 3.° confronto dei prodotti eseguiti sotto l'influenza della malattia mentale con quelli pertinenti ad epoche anteriori; 4.° raccolta d'un numero sufficiente di documenti, e selezione giudiziosa di quelli veramente utili allo scopo diagnostico.

a) Il valore degli scritti come rivelazione della personalità e del carattere individuale forma l'oggetto di una dottrina particolare, la *grafologia*, che dopo aver attraversata una lunga fase empirica (BALDO da Carpi nel 1662, DEMELLE, LAVATER, STRUVE, SAINTIN, HOCQUART, HENZE, FLANDRIN, MICHON . . .), si è solo negli ultimi anni liberata da tutto ciò che vi aveva introdotto di straforo la falsa psicologia dei pseudo-mistici sotto i nomi espressivi di « chirogrammatomanzia » o di « chirografognomonia » (es. DESBAROLLES, BILANDE, DE FRONTIGNAN, MOND, PLYTOFF, . .): solo in tal modo essa ha saputo acquistare indole vieppiù scientifica (CRÉPIEUX-JAMIN, SITTL, BERLIN, JAEGER, CH. RICHET, HÉRICOURT, MANTEGAZZA, DESCHAMPS . . .). Il principio fondamentale, che costituisce il suo punto di partenza, è giustissimo. L'attività psichica si fa estrinseca con tre mezzi precipui: il gesto, la parola, la scrittura; il gesto precede, quindi accompagna e rinforza la parola; la scrittura, questo « getto materializzato dal pensiero » (DELESTRE), li fissa ambedue; e però ciascun individuo, avendo la sua maniera propria di pensare, ha pure una maniera propria di gestire, di parlare e di scrivere. La grafologia, intesa a sì fatto modo, altro non è se non un procedimento di psicologia ejettiva.

Quasi per istinto noi siamo tratti a giudicare del temperamento, del carattere, dello stato intellettuale e morale d'una persona amica o sconosciuta dalle apparenze particolari dei suoi scritti; e istintivamente, pure, modifichiamo la forma del nostro grafismo individuale, quando cerchiamo immedesimarci

col pensiero in una personalità differente dalla nostra. Ce lo provarono le facili esperienze sugli ipnotizzati (Ch. Richet, Binet e Féré, Silva, P. Janet . . .). Non pertanto, dalla farragine di « leggi » e di « principî generali » messa innanzi dai grafologi, fa d'uopo eliminare le moltissime formulate sulla pura intuizione o sul misticismo, e limitarci alle poche che appaiono conformi alle nozioni sicure di fisiopsicologia. E sono le seguenti: — 1.° La scrittura può essere considerata come la risultante di numerosi piccoli movimenti o gesti: e però ciascun individuo ha un *grafismo personale* che sta in rapporto col suo carattere al modo stesso della mimica; — 2.° Ogni tratto della scrittura è il prodotto di un movimento la cui estensione, durata ed energia dipendono da quelle del *movimento psicologico corrispondente;* — 3.° Ogni stato mentale, sì emotivo che rappresentativo, pur lasciando persistere le note generiche del grafismo personale, lo modifica sempre in qualche carattere accessorio, e si manifesta con tratti o *segni grafologici* particolari; — 4.° I segni grafologici, per elevarsi al grado di criterio diagnostico della personalità e del carattere, debbono offrire *costanza*, o, per lo meno, *reiterazione* ognorachè si riproducano stati simili di coscienza; — 5.° fra i segni grafologici, come fra i gesti e i fonemi, esiste sempre una *correlazione di intensità e di frequenza*, e ciò in rapporto con la legge biologica generale di associazione; — 6.° In ciascuna scrittura vi hanno *segni dominanti*, che stanno ad indicare quegli stati di coscienza (sentimenti, idee, tendenze) che nella sintesi costituente ogni personalità rappresentano i fattori dinamogeni od inibitorî più efficaci.

b) Le condizioni, che modificano la scrittura normale sono di tre sorta: materiali, fisiologiche e psichiche. Ne discorreremo partitamente nell'esporre i processi d'indagine clinica sul modo di scrivere (§ 96): qui limitiamoci a dire, in linea generica, che tutte le varietà individuali della scrittura e tutti gli indizî grafologici, coi quali ci si rivela uno stato psichico transitorio (emozione), dipendono dalle diverse modalità dei movimenti con cui l'individuo traccia sulla carta le lettere, i loro attacchi, le linee dello scritto, o con cui lascia gli spazî interverbali. Si modifica adunque: 1.° la *forza* dei movimenti: e i segni appajono ora leggieri fini

sottili, ora calcati e grossolani; 2.° la *velocità*: e la scrittura si mostra lenta, rapida, brusca, accelerata o ritardata, più o meno corretta nei suoi particolari; 3.° la *sinergia*: e i tratti sono incerti o sicuri, molli od accentuati, tremuli o diritti; 4.° la *direzione*: e si scorge nella scrittura ora la prevalenza delle linee centrifughe od ascendenti, ora quella delle discendenti o centripete; 5.° la *forma*: e i segni riescono volgari o graziosi, arrotondati od angolosi, allineati o pendenti, a seconda che l'uno o l'altro segmento dell'arto partecipa al moto della scrittura; 6.° la *estensione*: e le singole lettere risultano piccole e strette, oppur larghe ed alte, ora brevi ed or lunghe, ora ridotte al minimo possibile ed ora troppo ricche di inutili particolari; 7.° la *continuità*: ed i tratti si mostrano più o meno intercisi, connessi o slegati fra loro, con spazî più o meno ampî e disuguali fra le lettere e le parole; 8.° infine la *frequenza*: e si ottiene una scrittura ponderata o frettolosa, regolare od irregolare. Tutte queste modificazioni si combinano in guisa diversissima fra loro, impacciando le applicazioni pratiche della grafologia ai singoli casi: nullameno alcune delle sue più sicure risultanze meritano qui menzione, potendo riuscire utili nell'esame dell'alienato

La scrittura *leggiera* e *fina* è per lo più indizio di volontà debole e di carattere molle, e la si vede infatti nella donna: quella *calcata* e *grossa* esprime volontà energica e carattere forte. — Certi tratti, quali sarebbero le sbarre dei *t*, i punti sugli *i*, gli accenti, costituiscono segni grafologici importantissimi; richiedendo essi uno sforzo particolare di attenzione e di volontà, mancano di sovente nella scrittura degli individui apatici smemorati e distratti, laddove gli energici e i commossi da qualche sentimento vivace sbarrano e punteggiano per lo più fortemente. Vedesi però la dimenticanza di questi particolari anche nella scrittura delle persone vanitose, e di coloro che nella fretta del comporre seguono difficilmente con la penna il pensiero. — La *direzione tortuosa* e l'*ascendente della linea* significano agevolezza, rapidità e violenza nello scrivere, disattenzione per la esteriorità dello scritto, franchezza di espressione; la *retta* e la *discendente* sono, invece, l'effetto naturale della lentezza, della ponderazione, dell'accuratezza calligrafica, della reticenza. — I filetti numerosi,

gli svolazzi, le gambature a spirale, che sono i veri *pleonasmi della scrittura,* indicano d' ordinario alto sentimento di sè, ma sterilità di concetti: i filetti ingrossati o interrotti sono in rapporto con la vivacità dell' imaginazione. — Nei moti forti e violenti dell'animo, la calligrafia si ingrossa, si amplifica, diventa irregolare, fino ad assumere aspetto a prima vista diverso dall'abituale. Quando vogliamo esprimere idee che ci interessano, cerchiamo di renderne più visibili i tratti grafici: li ingrandiamo, oppure sottoliniamo una, due volte le parole. — Stante la legge del minimo sforzo, modifichiamo nella fretta la inclinazione del carattere, e diamo alle linee una direzione arcuata verso destra e in basso: egli è che allora non spostiamo il gomito e scriviamo movendo frettolosamente la mano sul pugno.

Fu osservato che la formazione delle lettere avviene nelle calligrafie individuali secondo due modi differenti: gli uni tendono ai moti di espansione in senso centrifugo, cioè da sinistra a destra, e questa scrittura *destrogira* sembra indicare atteggiamento di attacco; altri, invece, tendono a moti di concentrazione in senso centripeto, cioè da destra a sinistra, e si ha la scrittura *sinistrogira* che parrebbe in rapporto con l'atteggiamento di difesa (HÉRICOURT). Anche l'angolo di inclinazione verticale dei tratti e delle lettere avrebbe valore fisiopsicologico: l'obliquo da destra a sinistra ↗ sarebbe in rapporto coi processi cerebrali dinamogeni, l'obliquo da sinistra a destra ↘ coi processi inibitorî (FÉRÉ). D'altra parte l'apertura di questo angolo sembra variare coll'età: il bambino tende a fare i tratti verticali od obliqui da sinistra a destra, perchè nella posizione dello scrivere sono anche i più facili, e solo col tempo impara a farli inclinati come lo porta il tipo comune o inglese della calligrafia odierna (il meno naturale di quanti se ne potessero adottare!).

2.° Le alterazioni del linguaggio grafico e raffigurativo indotte dalla pazzia sono in diretta relazione con quelle del linguaggio parlato, e però l'alienista trova nella scrittura tutti quei sintomi di arrestato o perturbato sviluppo mentale, di disintegrazione

della personalità, di eccesso, difetto e pervertimento della sfera sentimentale, intellettuale e volitiva che già descrivemmo nell'esame semejotico della loquela. Pertanto anche qui dovremmo distinguere i disturbi del lato ricettivo, cioè della facoltà di percepire e comprendere i segni grafici con la lettura (le *Dislessie*), dai disturbi del lato esecutivo, cioè della facoltà di eseguirli in relazione con ciò che debbono esprimere (le *Disgrafie* pr. dette). Ma, se ben guardiamo, la facoltà dile ggere, vuoi mentalmente, vuoi ad alta voce, e quella di copiare lo scritto, sono dovute alla integrità dei centri mnemonici corticali dove si accumulano le imagini verbali visive, e all'integrità delle vie che li associano cogli altri centri della funzione linguaggio. Egli è che esiste un linguaggio interiore grafico, che possiamo dire « endografia », come ne esiste uno fonetico o « endofasia » (cfr. p. 319-328); dimodochè le dislessie trovano il loro posto naturale, in una descrizione metodica, fra le alterazioni della « funzione [cerebrale] scrittura ».

Le disgrafie ci si presenteranno, dunque, diverse a seconda che sarà leso o perturbato uno degli elementi successivi dei quali consta il processo della scrittura come espressione grafica e visuo-motoria del pensiero, similmente al processo della parola come espressione fonetica e acustico-motoria: donde, teoricamente almeno, cinque classi di disturbi corrispondenti in tutto alle già descritte pel linguaggio parlato (§ 89-93).

Questa corrispondenza fra i disturbi del linguaggio scritto e del parlato ci permetterà di completare la semejotica delle dislogie con quella delle disgrafie. A tale scopo ci dovremo estendere, più che non sia uso dei trattatisti di Psichiatria, su alcune particolarità morbose, che, se non caratteristiche della scrittura, vi sono rese però dalla pazzia più evidenti e significative che non nella loquela

Più su, accennando alle cinque classi di disgrafie, le quali corrisponderebbero ai cinque stadì fisiopsicologici del pro-

cesso attivo dello scrivere, ho messo una restrizione (« almeno teoricamente »). E invero, per stare in armonia con quelli della loquela codesti stadì potrebbero essere definiti: *Pensiero* (contenuto ideativo e affettivo degli scritti), *Linguaggio grafico interiore* (imagini grafiche, endografia), *Composizione* (dizione, grammatica e sintassi dello scritto), *Scrittura* (trasmissione coordinata delle imagini grafomotorie attraverso i centri e le vie di conduzione), *Grafismo* (esecuzione materiale dei segni). Ma i due ultimi, che avrebbero i loro equipollenti nell'articolazione e nella pronunzia delle parole, e le cui lesioni potrebbero dirsi « disgrafie verbali » e « disgrafie letterali », non sono facilmente separabili nell'esame clinico, e però ne riuniremo i disturbi in un solo gruppo, quello delle *Discinesiografie* (ERLENMEYER). Rispetto agli altri tre stadì, avremmo le disgrafie concettuali, o *Dislogografie;* le formali e sintattiche, o *Disgrammatografie;* e le mnemoniche psicomotorie e visuali, o *Disendografie* (che comprenderanno pertanto anche le « dislessie»). Ma anche qui, per semplicità di esposizione, riuniremo le concettuali e le formali in un solo capitolo: e così avremo argomento per tre esami clinici consecutivi sugli scritti del pazzo.

Gioverà prima riassumere, secondo il consueto, alcune leggi generali di psicopatologia della scrittura, avvertendo che riproducono in massima quelle della loquela (§ 88, p. 315-319).

1.° *Il linguaggio scritto è in rapporto col grado dell'intelligenza e con lo stato del sentimento.* — Senza questa legge sarebbe incomprensibile tutta la semeiotica della scrittura. L'idiota e l'imbecille non acquistano mai perfettamente la facoltà di esprimere i loro pensieri in veste grafica; il demente la perde. Di più, ciascuna forma di psicopatia si rispecchia in alterazioni speciali della scrittura: e quasi tutte le emozioni, imagini e tendenze morbose dell'alienato si tradiscono con segni grafologici speciali.

2.° *La dissoluzione patologica della scrittura avviene in senso inverso a quello della sua ontogenìa.* — È la legge che tante volte abbiamo ricordato. Il demente, il paranoico, il melancolico e maniaco cronici tornano a presentarci nei loro scritti molti dei caratteri grafici primitivi che vediamo a poco a poco perduti dal fanciullo,

3.° *Il linguaggio grafico, dissolvendosi, fa ritorno alle fasi antiche della sua evoluzione.* — Ecco perchè vediamo riapparire nei pazzi l'ideografismo primordiale, la sovrabbondanza delle raffigurazioni, in altre parole la pictografia dei popoli barbari. Notiamo a questo proposito che stante i legami storici o filogenetici da noi superiormente ricordati fra arte e scrittura, l'alterazione del segno grafico va spesso associata a quella del disegno e della plastica.

4.° *Le deformazioni patologiche del linguaggio grafico sono analoghe ai cangiamenti normali nell'evoluzione della scrittura.* — Anche qui scorgiamo involuzione ed atrofia, degenerazione morfologica e semasiologica, neoproduzione di grafismi, come le vedemmo negli elementi fonetici del linguaggio. Nessun segno grafico viene perduto, alterato nella forma, pervertito nel senso, o inventato dall'alienato in modo casuale o capriccioso, ma sempre in conformità delle leggi selettive che agirono nella formazione dei singoli alfabeti.

5.° *Il puro simbolo grafico può sostituirsi all'idea.* — I segni grafici non hanno valore per sè stessi, ma per quello che l'evoluzione della scrittura ha fatto loro significare: e però l'attribuire al segno alfabetico od al grafismo delle parole un valore rappresentativo o concettuale, è indizio di simbolismo morboso. La macrografia del paranoico ne è bell'esempio.

6.° *La disintegrazione ed il metabolismo della personalità tendono a individuare la scrittura.* — I segni grafici non hanno neppure valore individuale, ma sociale, come i fonemi della loquela: e però l'individuarsi della scrittura, quale lo vediamo nei deliranti paranoici, oltre a rispecchiarci il loro disadattamento sociale, ci rivela anche l'estremo limite raggiunto dalla dissoluzione del contenuto ideativo della scrittura. Al neologismo corrisponde il neografismo.

93. **Esame dei disturbi nell'esecuzione materiale della scrittura (« Discinesiografie »).** — La scrittura si mostra alterata nel suo meccanismo di esecuzione: — 1.° quando esista *mancanza di educazione* e *difetto di esercizio*: i centri corticali furono fin da prima incapaci della specifica funzione della scrittura, o non ne riten-

nero le imagini visuali e cinestetiche; dal loro canto, gli apparati nervosi si palesarono disadatti per la complessa coordinazione dei movimenti grafici. È questo il caso degli idioti e imbecilli, che anche educati con molti stenti rimangono alla fase infantile della scrittura; — 2.° quando esista una *lesione degli organi esterni*, i di cui movimenti servono a tracciare i segni: e qui possiamo trovare ora lesioni fisiche, ad es. deformità congenite della mano e del braccio, ed ora fisiopatologiche, quali le paralisi, le contratture, il tremito, i crampi e le consimili discinesie dovute a stati morbosi dei muscoli e nervi periferici. Le alterazioni della scrittura non hanno, in questi casi, nulla di specifico per la diagnosi della pazzia; — 3.° quando esista *un disturbo funzionale od una lesione degli apparati nervosi centrali*, il cui ufficio è di formare, coordinare e trasmettere gli impulsi necessarî per dare ai pensieri una veste grafica corretta. In allora può l'impedimento risiedere in punti diversi del neurasse: nel midollo, nei fasci diretti, nei gangli della base, nelle fibre subcorticali, nella stessa corteccia; e l'analisi clinica sarà certe volte impotente a determinare la vera sede e natura del processo morboso (cfr. p. 343).

Ad ogni modo, neppure le discinesiografie da lesioni organiche dei centri sono caratteristiche della pazzia, perchè si possono avere disgrafie motorie per lesione degli elementi psichici o mnemonici della scrittura anche in molte malattie comuni diffuse o localizzate del cervello: e sono le agrafie e paragrafie amnestiche corrispondenti alle già descritte afasie (§ 91). Queste forme disgrafiche complicano talvolta le cerebropsicopatie (p. es. le demenze da rammollimento, da focolaj emorragici, da sclerosi multipla, da sifilide, e la stessa paralisi generale progressiva). Ma nelle discinesiografie propriamente spettanti alla Psichiatria l'alterazione del meccanismo esecutivo della scrittura è uno fra i tanti effetti della perturbata ergasia: dipende, cioè, da un disturbo nella com-

plessa attività di espressione del pensiero. In certi casi il disturbo centrale è da dirsi funzionale o dinamico: e si hanno le discinesiografie amnestiche ed ipermnestiche delle vesanie semplici (mania, melancolia, stati di esaltamento o depressione, isterismo). In altri casi esiste una lesione diffusa anatomica dell'organo psichico: e la funzione della scrittura si mostra contemporaneamente alterata, tanto nel suo contenuto ideativo, quanto nella sua materialità di esecuzione; questa è la caratteristica delle discinesiografie così importanti delle demenze paralitiche, dov'esse equivalgono alle disartrie della loquela (cfr. § 90).

La semejotica dei disturbi meccanici e materiali della scrittura nei pazzi si propone due intenti: 1.° esaminare il modo con cui il malato compie i movimenti grafici, cioè l'atto dello scrivere; 2.° analizzare la forma e le modalità esteriori dei segni grafici, cioè il prodotto della scrittura.

I. L'atto dello scrivere esige il concorso di molte circostanze esterne, la coordinazione di molti movimenti, e uno stato psichico particolare. Noi vedremo, in primo luogo, riflettersi nel contegno del pazzo che si accinge a scrivere, o che sta scrivendo, tutte le divergenze che già notammo nel suo portamento (§ 80): vedremo, cioè, se egli è tranquillo o agitato, iperattivo o passivo, pronto o apatico, attento o disattento, restio o volenteroso, perspicace o tardo nel comprendere, a seconda dell'indole speciale della malattia. — Un secondo esame sarà rivolto all'*atteggiamento generale* dello scrivente, e guarderemo se lo scrivere sia agevole o stentato, rapido o lento, continuo o interrotto; se esistano soprattutto pause denotanti sospensione del pensiero, o mancato impulso di volontà; se si alternino periodi di perplessità e di irresolutezza con altri denotanti foga delle idee o vivacità degli affetti. — Rispetto alla esecuzione dello scritto, lo studio dei *movimenti preparatorî* (atteggiarsi della persona, prensione della penna,

disposizione delle mani, ecc.), ci servirà non solo a scoprire i disturbi motorî più grossolani, ma anche a determinare lo stato della volontà. — Seguiremo, infine, con grande attenzione i *movimenti speciali dello scrivere*.

Lo studio clinico dell'azione complessa dello scrivere, stante gli intimi e diretti rapporti di questa forma di espressione col pensiero, può servire di modulo ad ogni altro studio consimile sugli atti e quindi sulla condotta dell'alienato. E però io mi vi diffonderò alquanto per dimostrare agli esordienti ed ai pratici quale dovrebbe essere l'analisi psicopatologica di ciascun fatto psichico o di coscienza.

a) Per bene apprezzare i fenomeni discinesiografici, ricordiamo le condizioni materiali fisiologiche e psicologiche, che ci occorrono per iscrivere o che valgono a modificare la esteriorità dello scritto (cfr. ERLENMEYER, *Die Schrift*, Stuttgart, 1879, VOGT, in « Rev. scient. » t. XXV; JAVAL, ivi, t. XXVII; BUCCOLA, « Riv. Fil. scient. ». t. II).

1.° Le condizioni materiali sono di due sorta, fisiche e calligrafiche. — Sono *fisiche*: α. il rischiaramento: se la luce da sinistra o da destra, se intensa o debole; β. la posizione del foglio o della superficie su cui il malato scrive: se diritta o inclinata, se orizzontale o verticale; γ. la qualità della superficie: se levigata o granulosa, bianca o nera, con o senza righe che possano guidar l'occhio nella direzione delle linee; δ. la larghezza della superficie medesima, la quale influisce sulla libertà dei movimenti grafici del malato, e però sulla lunghezza e disposizione delle linee; ε. la specie di utensile: se lapis o penna, a punta elastica o dura, fina o larga, ecc. (invero i caratteri alfabetici manoscritti si trasformarono in relazione alla qualità delle penne, massime nel passaggio dal gotico medievale all'inglese moderno). — Sono poi condizioni materiali *calligrafiche*: ζ. il genere di carattere appreso dal malato nella fanciullezza e divenutogli personale; η. la rapidità dello scrivere, dovuta per lo più a circostanze del momento; θ. la necessità di sollevare e no la penna conforme alle soluzioni di continuità occorrenti nella calligrafia comune (p. es. prima della lettera ***c***, dopo le ***d o q r s v***, in mezzo all'***a g*** e ***q***, pel taglio della ***t***, pel punto sull'***i***, per la punteggiatura, per gli spazî fra le parole, ecc.).

2.° Le condizioni fisiologiche risiedono in tutti complicati movimenti che il malato deve eseguire per scrivere; e qui abbiamo: α. i movimenti della mano e del pugno per tracciare i filetti (moti centrifughi di estensione e di abduzione) e le gambe delle lettere (moti centripeti di flessione ed adduzione): β. i movimenti correlativi estensorî e flessorî delle dita che alzano ed abbassano la punta scrivente; γ. quelli dell'avambraccio destro per dirigere la mano sulla linea, che nella nostra scrittura va da sinistra a destra e si effettua tenendo fermo il gomito come centro di un arco di circolo; δ. quelli del braccio destro nel caso che la linea sia troppo lunga e quando occorra scostare la punta scrivente; ε. quelli di flessione del pugno e delle dita di sinistra, che si appoggiano sulla carta e la tengono ferma; ζ. quelli dell'avambraccio e braccio sinistro per movere la carta da destra a sinistra e da sinistra a destra quando si scriva rapidamente; η. i delicati movimenti degli occhi per seguire con la vista le linee; θ. quelli della testa, quando la linea sia piuttosto lunga; ι. finalmente quelli della colonna vertebrale per inclinare la testa in avanti, per seguire la traslazione dell'arto scrivente, ecc.

3.° Le condizioni psicologiche risiedono negli stati transitorî e successivi della mente del pazzo; e invero la scrittura varia: α. a seconda del sentimento: se lieto o triste, se esaltato o depresso, se debole o vivace fino al grado di passione, se manifestato con sincerità o con reticenze, ecc.; β. a seconda dell'attenzione: se continuata, alterna o fugace, se rivolta alla forma estrinseca della calligrafia o a quella che si vuole esprimere, se spontanea o forzata; γ. a seconda dell'ideazione: se facile o stentata, se rapida o lenta, se puramente mnemonica o inventrice, se riflessiva o imaginativa, ecc.

b) Prima regola pratica per scoprire una discinesiografia è di fare scrivere il pazzo sotto i nostri occhi, per quanto dalla forma dei singoli grafismi sia possibile determinare per induzione il modo con cui egli si atteggiò nello scrivere. Seconda regola, che ricorda un'analoga indagine da noi esposta nell'esame della loquela (p. 338), è di invitare il malato a scrivere speciali parole di difficile esecuzione. Si scelgono all'uopo i segni grafici che la esperienza

mostrò più adatti all'uopo: per mio conto ho trovato che servono utilmente le parole **artiglieria, repubblica, tremila trecento trentatre, costituzionalismo, appropriazione,** ecc., e simili (cfr. p. 339). La semplice *firma* non rivela bene il fenomeno disgrafico, perchè ci è resa dall'abitudine quasi automatica; tuttavia nelle psicopatie paralitiche essa dà risultanze sufficienti. Talora non basta contentarsi di parole isolate, ma conviene ricorrere a *frasi* e a *periodi interi*, perchè sopravvenendo esaurimento dell'attenzione o della sinergia muscolare la scrittura rivela alla fine i suoi caratteristici disturbi. Anzi che segni alfabetici, riesce vantaggioso il *tracciamento di figure semplici geometriche*, quali sarebbero un circolo di determinata grandezza, un angolo di determinata apertura, più linee verticali od orizzontali parallele, una croce, ecc. sia con la penna o matita, sia col gesso su di una lavagna: questo processo (esperimento di HÉRICOURT) può servire intanto per gli individui illetterati, ma serve ancor più utilmente per i frenastenici, i dementi, i paralitici avanzati, gli stessi melancolici restii a scrivere.

Mentre il malato scrive, noi dovremo sempre esaminare attentamente la rapidità e la sinergia dei movimenti grafici.

α. La rapidità, oltre che con la semplice vista, può essere valutata con procedimenti speciali. Ottimo per la pratica è quello di *fare scrivere a dettatura*, poichè chi detta, valuta anche il tempo impiegato dallo scrivente per percepire ciascuna parola e frase, e per tradurre i fonemi uditi in forma grafica. Che se si volessero dati più precisi sulla durata dell'atto psicomotorio dello scrivere, si dovrebbe ricorrere o al metodo cronometrico che servì al BUCCOLA per le sue ricerche sulla memoria organica della scrittura (loc. cit.), oppure il grafico di GRASHEY (« Allg. Z. f. Psych. », XLVI). — Il *metodo cronometrico* richiede gli istrumenti speciali per la psicometria: un registratore del tempo (cronografo di Hipp); una tavoletta metallica, sulla quale si tracceranno i caratteri; ed una punta pure metallica, il cui contatto con la tavoletta chiude il circuito elettrico, che fa camminare gli indici del cronografo. Ma nelle condizioni ordinarie questo metodo è troppo complicato (Cfr. al Cap. V di questo volume). — Alquanto più agevole a usarsi è l'*apparecchio del Grashey*. Consta di una

cornice fissa, entro cui è steso un foglio di carta blù detta da trasporto, o anche di carta comune soffregata con una matita dolce da disegno; al di sotto scorre una striscia di carta bianca, che da un rotolo adjacente si svolge con velocità determinata: è su di essa che i segni eseguiti con punta rigida nel quadro soprastante si ricalcano e si inscrivono. Gli elementi per calcolare la velocità della scrittura sono il cammino percorso dalla mano o dalle dita dello scrivente (movimenti da sinistra a destra e dal basso in alto) e il cammino percorso in un secondo dalla striscia scorrevole di carta (movimento da destra a sinistra): si moltiplicano le due cifre che li rappresentano, e si divide il prodotto ottenuto per la differenza fra la lunghezza della curva di rapidità e la lunghezza della scrittura che serve di prova.

β. Mezzo eccellente per studiare la memoria organica o il senso muscolare della scrittura è di *fare scrivere il malato senza l'aiuto della vista* (esperimento del VOGT). Se non si possiede l'apparecchio imaginato da CHARCOT per lo studio della scrittura nelle isteriche anestesiche, basterà interporre un diaframma, un semplice cartone, fra il viso dello scrivente e la carta, o anche bendarlo se egli si rifiuta a chiuder gli occhi (melancolici e paranoici diffidenti), o se non comprende nè sa eseguire il movimento ordinatogli (paralitici, dementi). A occhi chiusi, non solo si ripetono le indagini sulle parole e figure già tracciate ad occhi aperti per apprezzare quanta parte abbiano nella scrittura dell'individuo le imagini visuali, ma, qualora si inviti d'improvviso il malato a fare segni non ancora eseguiti, si misurerà senz'altro la memoria delle imagini cinestetiche o muscolari della scrittura.

c) La condizione mentale del pazzo già si disvela nel modo con cui egli si accinge a scrivere. I movimenti del maniaco e dell'esaltato sono pronti e decisi, quelli del melanconico lenti ed irresoluti. L'uno afferra la penna senza indugio, e incomincia spesso a scrivere senza badare alla posizione del foglio nè allo stato della penna, come se gli tardasse di dar prova della sua rapidità di percezione e della sua ricchezza in idee (*tachigrafia*); l'altro si mostra perplesso e riluttante, non cede che a ripetuti inviti, afferra e tiene in

modo incongruo la penna, la intinge per varie volte, la ripone e la riprende, e solo dopo molti sforzi si decide ad abbozzare le prime lettere (*bradigrafia*). Qui abbiamo arresto di volontà o sforzo esagerato di attenzione; ma negli stati di stupore e di profonda demenza non osserviamo neanco i movimenti iniziali per l'atto della scrittura (*agrafia abulica*). Altre volte osserviamo una riluttanza di ben diversa natura, cioè un ostinato rifiuto a scrivere in onta ad ogni nostra sollecitazione: con ciò si rivela spesso qualche delirio, poichè il melancolico e il perseguitato temono di compromettersi, o ubbidiscono ad allucinazioni inibitorie (*agrafia volontaria o paranoica*, cfr. p. 300 e 394). In certi casi l'irresolutezza dello scrivere tradisce stati angosciosi di dubbio (*grafofobia*).

Ancor più significative per la diagnosi di un delirio sono le frasi con cui il pazzo tenta spiegarci il suo abborrimento o la sua pretesa incapacità di scrivere (sono spiegazioni che si incontrano anche per altri atti comandati). Se il malato ci dice che « *non può scrivere perchè non sa più* », possiamo arguirne l'esistenza di un delirio pessimistico con impicciolimento della personalità morale (melancolia) o di un delirio persecutorio con credenza in influssi esterni dirimenti l'intelligenza o la volontà (paranoia). Alcuni attribuiscono la goffaggine dei loro movimenti grafici a ciò che « *si è loro tolta ogni specie di abilità* » (delirio persec.). Del resto si rispecchia nell'atteggiamento dello scrivere tutta la stravaganza che caratterizza la condotta intera dell'alienato. È naturale, per esempio, che il misofobiaco pulisca e ripulisca la penna, mostri apprensione nel toccare la carta, ecc.; che il riformatore religioso e politico assuma un'aria inspirata od un contegno altezzoso, nè trovi la carta adatta a ricevere le sue « nobili idee »; che il demente riveli la sua solita indifferenza e il suo disordine, l'imbecille la sua fatuità, ecc.

d) La coordinazione dei movimenti necessarî alla scrittura si mostra insufficiente, stentata e anche impossibile per due ragioni diverse: o non viene acquisita dall'individuo, o è a poco a poco distrutta dal processo morboso. — Il primo caso è quello dei frenastenici che non imparano quasi mai a scrivere distesamente: i loro atti restano goffi, grossolani,

inetti per tutta la vita, quando pur non avvenga che essi perdano rapidamente in un periodo ulteriore gli acquisti fatti a furia di miracoli didattici (SOLLIER, *Psych. de l'idiot et de l'imbécile*, 1891). È chiaro che molti idioti sono agrafici al modo istesso per cui sono afasici, cioè per imperfetta evoluzione dei centri; ma anche nei gradi minori di idiotismo, l' atteggiamento dello scrivere ricorda sempre il tormentoso

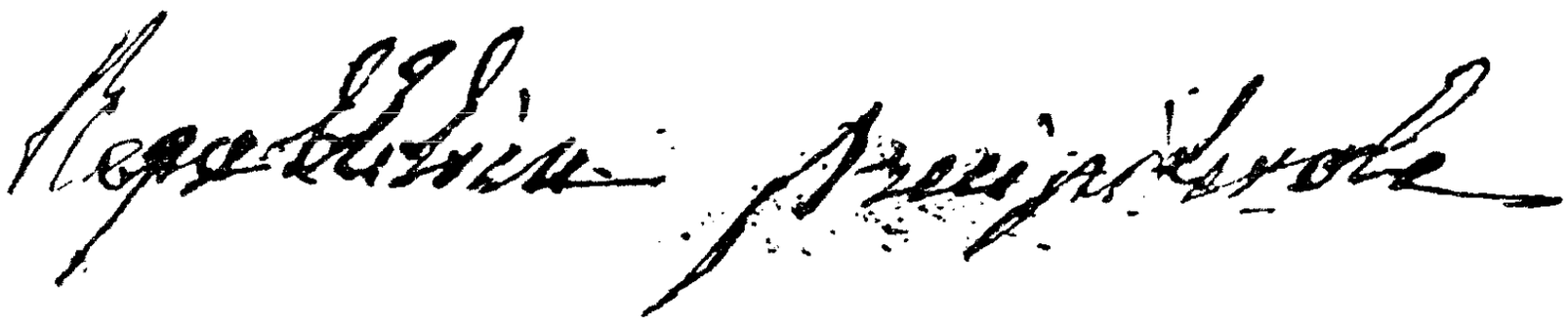


Fig. 106 — Fac-simile dell'a scrittura nella paralisi generale progressiva al primo stadio (Dal mio Ambulatorio).

noviziato del fanciullo. — Ben più importanti sono le discinesiografie acquisite che contraddistinguono la paralisi generale, le demenze organiche, l'alcoolismo, l'epilessia avanzata, tutte le malattie del sistema nervoso dove siano lesi i centri

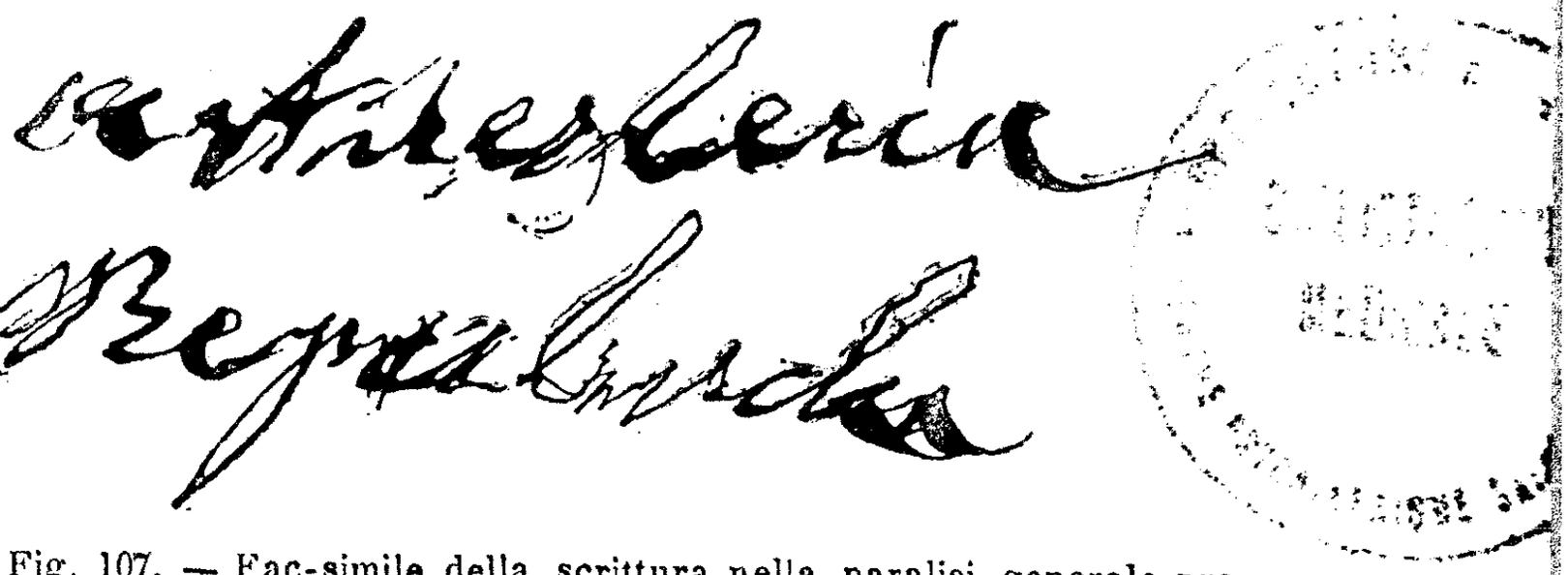


Fig. 107. — Fac-simile della scrittura nella paralisi generale progressiva al secondo stadio (Dal mio Ambulatorio).

cinestetici e gli organi per la trasmissione degli impulsi motorî della scrittura. Alla progressione dei sintomi, che già studiammo nell'articolazione verbale (p. 345), corrisponde nei paralitici lo svolgimento dei disturbi cinesiografici: che anzi la disgrafia precede talvolta la disartria, o decorre con maggiore rapidità verso il completo dissolvimento della funzione. Da principio si scorge appena un po' di tremito nel prendere

la penna e nell' intingerla, e qualche incertezza nell' avvicinarla alla carta: per molto tempo il senso di forza non è diminuito, mentre è alterata la fina sinergia dei movimenti. Di poi le oscillazioni si fanno più ampie ed intercise: il paralitico a poco a poco perde la facoltà di coordinare i moti flessorî delle dita e gli estensorî del pugno; le dita si flettono e stringono convulsivamente attorno al portapenne; la mano non giunge esattamente al pozzo del calamaio, o vi introduce

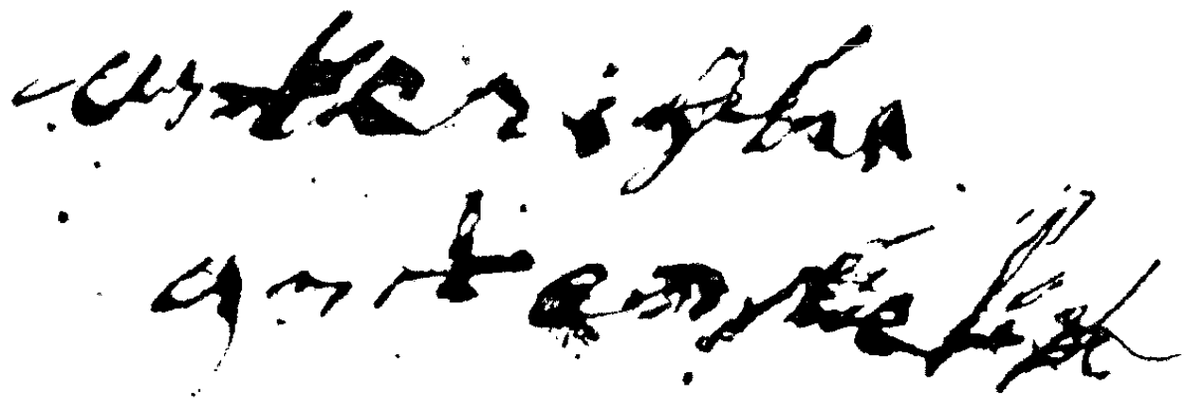


Fig. 108. — Fac-simile della scrittura nella paralisi generale progressiva al secondo stadio inoltrato (Dalla mia Clinica).
[Due conati successivi per scrivere la parola *artiglieria*].

la estremità delle dita (l'inchiostrarsi è frequentissimo nel paralitico che scrive); la penna viene tenuta con forza soverchia, quindi calcata ed infitta nella carta, di guisa che la punta scatta e si hanno caratteristici spruzzi di inchiostro (al paralitico non convengono le penne flessibili e finamente appuntate). E poichè la calligrafia più semplice è quella che riduce al minimum i moti delle dita e si fonda su quelli del pugno e dell'arto, così il paralitico appunta fortemente il gomito all' orlo del tavolo, e scrive a mano levata movendola tutta d'un pezzo e raggrinzando le dita attorno alla penna. In ultimo ogni conato rimane inutile, e si osserva un'assoluta agrafia meccanica (fig. 106, 107, 108).

Rispetto alla rapidità della scrittura, se vedremo il nostro malato mettersi volonteroso a scrivere, e scrivere velocemente senza pause, senza riflettere alla materialità del grafismo, ne desumeremo euforia, ideorrea, iperbulia (stati di esaltamento); se al contrario lo vedremo muovere con stento la penna, interrompersi, riflettere a lungo sulle più lievi difficoltà calligrafiche, rallentare i movimenti e all'ultimo fissare lo sguardo vacuo sulla carta, avremo un buon dato ejettivo

per indurne malessere psichico, bradideismo, ipobulia (stati di depressione). A sua volta una studiata accuratezza nel tracciare i segni grafici ora indica circospezione ed ora vanità; che se il malato ingrossa o sottolinea frasi e parole, vi troveremo certo rivelata qualche particolare idea dominante (stati di delirio).

II. Il prodotto della scrittura dei pazzi viene esaminato, analizzandone le caratteristiche seguenti: 1.° la quantità; 2.° l'aspetto esteriore d'insieme; 3.° la direzione e lunghezza delle linee; 4.° la forma, i legami e la dimensione delle lettere e parole; 5.° la chiarezza dei caratteri; 6.° l'indole speciale dello scritto; 7.° la formazione e le accidentalità materiali di ciascuna parola (grammatica, ortografia); 8.° il modo di collegarle nella frase e nel discorso (sintassi); 9.° il loro significato e le loro relazioni concettuali (logica e contenuto dello scritto); 10.° il valore attribuito dallo scrivente ai segni grafici in relazione con quello che essi hanno nel commercio sociale (paragrafie simboliche). Qui ci dovremo però limitare agli indizî che la *materialità* dello scritto ed il *grafismo* ci porgono in ordine ai disturbi di esecuzione della scrittura.

a) Fra i caratteri materiali dello scritto passeremo in rassegna i seguenti:

1.° L'*esteriorità d'insieme*. — Essa ci permette di giudicare a prima vista se il pazzo era padrone di tutti i suoi movimenti, se curava la regolarità dei suoi atti, se aveva la capacità di trascrivere agevolmente i suoi pensieri. E tutto ci giova: la qualità della carta, la sua maggiore o minore nettezza, le macchie e gli sprazzi d'inchiostro, le cancellature e i freghi con le dita sulle parole fatte di fresco, gli abbozzi di lettere o di righe incominciate e non finite, ecc. Pochi pazzi dànno importanza all'estetica e sono calligrafi accurati, del che trovansi le ragioni nel tumulto delle idee e degli affetti; ma fra tutti è il paralitico che rivela negli scritti il disordine della condotta e lo smarrire del sentimento di convenienza.

2.° La *lunghezza e la direzione delle linee*. — Vi sono pazzi che scrivono accuratamente in senso trasversale del foglio e mantengono alle righe l'allineamento regolare e parallelo da sinistra a destra. Questi sono per lo più i melancolici coscienti soprattutto con delirio mistico di incolpazione, che si espandono in lunghi sentimentalismi ; gli ipocondriaci e gli assediati da dubbî coartanti, che si compiacciono con fastidiosa minutezza delle loro preoccupazioni; i paranoici, che narrano le loro fortunose vicende o espongono le loro teorie utopistiche; certi dementi ed imbecilli grafomani, che copiano e ricopiano con indicibile pazienza le cronache dei giornali o che si dànno a saggi fanciulleschi di calligrafia. Ma d'ordinario la scrittura dei pazzi rileva il disordine del loro pensiero nell' arruffìo delle parole, nell'intralcio delle linee che vanno per ogni verso, nell'avvicendarsi di righe complete con altre incomplete, nell'oltrapassare i margini del foglio, ecc. Quando poi si abbiano disturbi motorî, la direzione delle righe si altera in ragione del tremito, dell'atassia, dello spasmo tonico o clonico e della paresi o paralisi muscolari.

3.° La *forma delle lettere*. — La nostra scrittura consta di tratti or sottili or grossi, ora diritti ed ora curvi, i quali dànno al segno la sua forma speciale o servono a collegare nel corsivo ordinario le lettere di ciascuna parola. Calligraficamente si distinguono: α. i *fili iniziali* sottilissimi, che sono un elemento estetico e mancano perciò nella scrittura corrente; β. le *aste*, che sono la parte più appariscente e grossa della lettera, e si eseguiscono dall'alto al basso la mercè di un moto di flessione ed adduzione delle dita, cui talora partecipa anche il pugno; γ. gli *archi*, cioè le aste incurvate nel loro mezzo in un solo senso concavo-convesso; δ. le *gole*, che sono archi a curvatura doppia, in parte concava ed in parte convessa, e di cui la lettera **S** è tipo fondamentale; ε. finalmente i *filetti*, che servono a chiudere le curve, a riunire le aste, a collegare le lettere, e sono compiuti con moti ascendenti delicatissimi di estensione ed abduzione delle dita.

Questa complicata struttura del segno alfabetico è la causa, non solo delle difficoltà che incontra il frenastenico per bene apprendere la scrittura, ma del frequente e precoce deformarsi del carattere non appena si modifichi la rapidità, o la

forza, o il tono, o la sinergia dei movimenti. Lo scrivere eccitato di molti alienati si rivela nella sovrabbondanza dei fili di connessione e delle fioriture dovuta a ciò che la penna non viene sollevata dalla carta, e nel quasi eguale spessore delle aste e dei filetti perchè nella fretta i relativi movimenti non vengono differenziati (maniaci). Al contrario lo scrivere faticoso degli stati depressivi è manifesto nella forma incompiuta, esitante ed irregolare delle lettere, nella loro separazione, nella povertà dei pleonasmi grafologici, anzi nella ommissione degli stessi filetti (melancolici). — Quanto alle vere discinesiografie, nei gradi lievi ed incipienti di esse sono deformati i soli fili e filetti, di poi si deturpano gli archi e le gole; nei gradi più avanzati la deformazione si incontra anche nelle aste, che pur sono la parte più facilmente eseguibile del grafismo, la prima ad essere imparata e quindi l'ultima a scomparire; nei gradi estremi la scrittura si riduce ad abbozzi informi, a sgorbi indecifrabili, quali neppur si veggono nel noviziato calligrafico del fanciullo. Così si compendia il progresso della disgrafia dei paralitici (cfr. p. 515-6).

4.° La *dimensione delle lettere*. — Dalle disuguaglianze in altezza e larghezza delle lettere possiamo già indurre che lo scrivere del pazzo fosse faticoso, incoordinato, convulsivo. In molti scritti si scorge ingrandimento e inspessimento dei caratteri (cioè *macrografia*), in altri impicciolimento (cioè *micrografia*). Ora, prescindendo dai rari casi in cui codeste modificazioni di fattura dipendono dal disordine ideativo, e ne riparleremo, è chiaro che, non appena si indebolisca la sinergia muscolare, si tenderà ad ingrandire le lettere; infatti riesce più agevole al paralitico muovere tutta la mano che non le sole falangi digitali (anche la scrittura del novizio è macrografica). Nelle condizioni di spasmo si cerca, all'opposto, di ridurre al minimo i movimenti, per cui i caratteri si impiccoliscono e assottigliano nel crampo scriptorio e nelle paralisi spastiche. Si nota pure micrografia negli epilettici dopo l'accesso convulsivo, fatto spiegabile con l'esaurimento dei centri.

5.° La *chiarezza dei caratteri*. — Ben poche volte uno scritto di pazzo è chiaro ed intelligibile: la sola sovrabbondanza di idee morbose porta lo scrivente a trascurare ogni regola di buona calligrafia. Ma lasciando per ora le oscurità dipendenti

dai puri disturbi mentali, noi vedremo che il malato affetto da discinesiografia non completa le lettere neppure nei loro tratti caratteristici, non le pone alla distanza opportuna, intralcia e accavalla le righe l'una sull'altra, ecc.

b). Ciò premesso, i grafismi patologici dipendenti da alterato meccanismo della scrittura, che incontriamo nei pazzi, si possono ridurre ai tipi seguenti:

1.° *Tipo irregolare*. — È ovvio che la scrittura dell'individuo caduto in pazzia si differenzii da quella del suo stato normale: essa per lo più diventa irregolare. Ma l'irregolarità del grafismo ha indole speciale negli esaurimenti psichici: tratti di penna disformi, lettere disuguali, allineamento che pende verso il basso, parte finale delle parole meno chiara dell'iniziale, ecc. (scrittura dei neurastenici, melancolici, ipocondriaci, isterici). Nelle forme periodiche e cicliche si desumono le note alternative della condizione psichica anche dagli scritti: e per identico motivo risultano tipiche le variazioni della calligrafia personale negli stati di doppia coscienza e nelle suggestioni ipnotiche (Richet).

2.° *Tipo infantile*. — Le lettere grandi e ineleganti, le aste ora calcate e torte, ora verticali oppur goffamente oblique, i filetti grossolani e torturati, ci palesano che lo scrivente, preoccupandosi di seguire i precetti della calligrafia, non ha liberi e leggieri i moti della mano; così le lettere risultano separate, laddove non resta intervallo fra le parole, e quasi sempre mancano le majuscole, perchè di più difficile esecuzione. Certi scritti constano di serie interminabili dei così detti segni radicali, cioè di ***i***, ***o***, ***a***, ***n***, quasi si trattasse d'esercizî scolastici. — È questo il tipo grafico degli idioti e imbecilli, ma lo vediamo pure in molti cronici presi dalla smania morbosa di tracciare segni con la mano inesperta (deliranti illetterati) o resa inabile dalla debolezza mentale (maniaci, dementi, paralitici). Molti di costoro scrivono in stampatello: egli è che, non avendo idee proprie da esprimere, questi infermi copiano e ricopiano ogni stampato che loro avvenga di trovare, e ne imitano pazientemente la forma tipografica dei caratteri.

3.° *Tipo tremulo*. — La sinuosità dei filetti ci rivela i lievis-

simi gradi di tremore intenzionato; nei gradi più alti tutta la lettera è sinuosa, e la scrittura appare eseguita con più debole pressione: tuttavia ciascuna lettera è completata. Nella scrittura dei vecchi scorgiamo il prototipo di questo grafismo: ma anche negli esaurimenti post-febbrili, nella neurastenia, nella melancolia, negli epilettici dopo l'accesso, nello stesso isterismo, la calligrafia assume sovente quest'aspetto senile. Abbiamo poi il tremito grafico nell'alcoolismo e nell'idrargirismo cronico (fig. 109), nel morbo parkinsoniano (fig. 110), nella sclerosi multipla (fig. 111), e negli stadî iniziali della periencefalite (fig. 106, p. 515). Si può in certo qual modo distinguere la

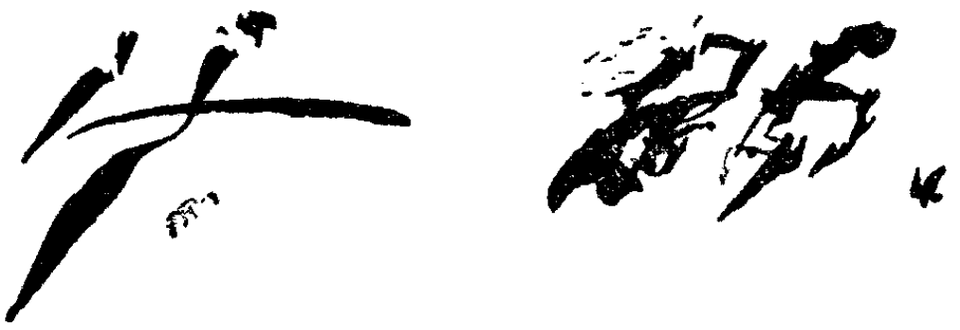


Fig. 109. — Fac-simile della scrittura nell'alcoolismo complicato da idrargirismo (Da HIRT).
[Il malato doveva scrivere le due cifre 4 e 86].

natura del tremito dall'apparenza dei tratti: le oscillazioni sono finissime e regolari nella scrittura dei vecchi e dei parkinsoniani, meno fini ma pur sempre regolari in quella degli alcoolisti, più grossolane per quanto regolari negli affetti da sclerosi, grossolane ed irregolari nei paralitici. Ma non sono differenze sicure, essendovi forme cliniche miste e intermedie fra tutti questi stati morbosi. Notisi che negli alcoolisti (e in certi neurastenici) la scrittura del mattino è sempre più tremula di quella del pomeriggio.

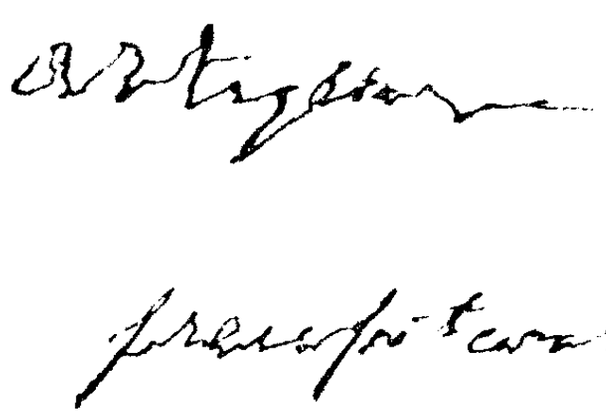


Fig. 110. — Fac-simile della scrittura nella paralisi agitante incipiente (Dal mio Ambulatorio).

4.° *Tipo atassico*. — Qui la scrittura è incerta ed oscillante nel corpo della stessa lettera (disgrafia e paragrafia letterale): spesso le lettere, pur essendo ingrandite, non sono completate, gli archi e le gole non vengono riunite da filetti,

i filetti sono mal tirati e mal diretti, le gambe e le aste ascendenti formano dei zig-zag disposti ad angolo acuto: quasi tutti i segni lunghi si mostrano eseguiti in più volte con eccessivo sforzo, e si decompongono in tratti frammentarî goffamente ripresi ed attaccati; abbondano gli scorsi di penna (*lapsus*

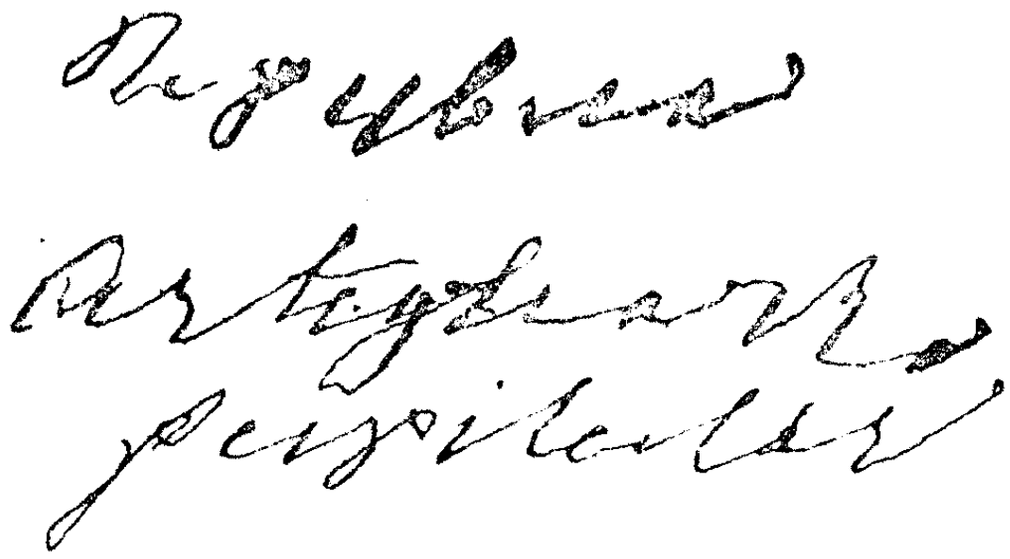


Fig. 111 — Fac-simile della scrittura nella sclerosi multipla o disseminata (Dal mio Ambulatorio).
[Il malato doveva scrivere *repubblica*, *artiglieria*, *precipitevole*].

calami). Più in là le lettere sono fatte a ridosso, alcune mancano affatto (indizio prezioso di lacune nella memoria), o son ridotte a traccie atrofiche, così che segni alfabetici abortivi

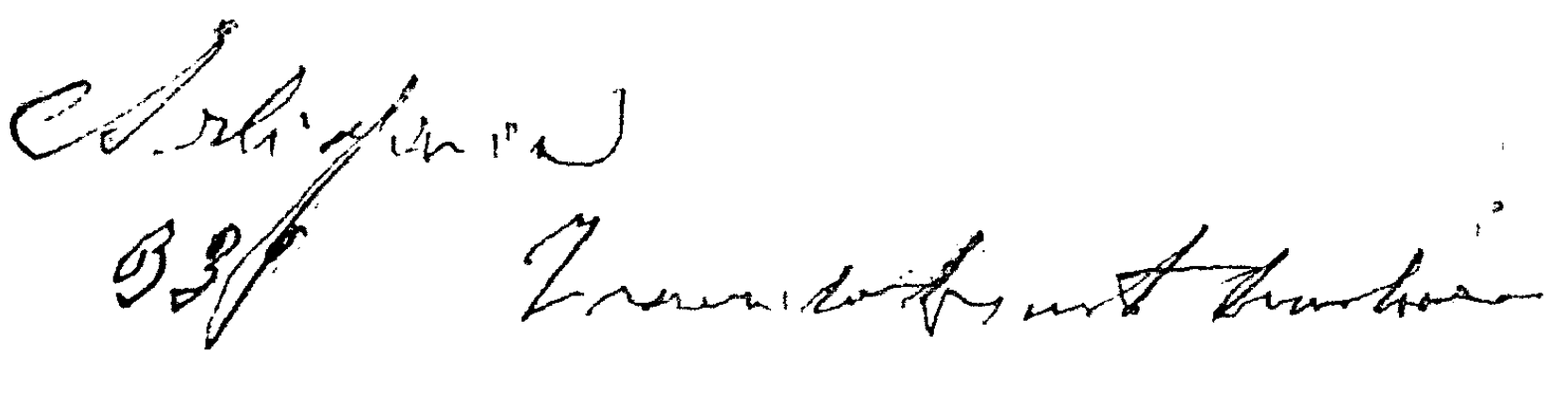


Fig. 112. — Fac-simile della scrittura nella tabe spinale con sintomi di diffusione ascendente al cervello (Dal mio Ambulatorio).
[Il malato doveva scrivere *artiglieria*, *tremilatrecentotrentatre*].

ed inintelligibili si avvicendano con quelli aventi ancora apparenza di lettera. Nei gradi estremi la scrittura consta di segni informi, aggrovigliati o disseminati sulla intera pagina (agrafia assoluta). — È il tipo classico della paralisi generale (fig. 107-108, p. 515-6); ma lo si vede anche nelle demenze complicate ad affezioni locali del cervello (emiplegici, afasici), del cervelletto e del midollo spinale (fig. 112).

5.° *Tipo spastico*. — La sua forma genuina è quella del crampo degli scrivani, quando si presenta come mogigrafia

spasmodica. Se lo spasmo è clonico-tonico, la scrittura pende obliquamente da sinistra a destra, e le aste spesse e torturate rivelano la forte pressione esercitata con la penna per vincere le contrazioni involontarie dei muscoli (fig. 113); se lo spasmo è clonico, le lettere si compongono di linee spezzate e di tratti a mo' di accento eseguiti con mano convulsa, ma non sì tosto interrotti dallo scattar delle dita e dal ritrarsi della intera mano. La mogigrafia, che altre volte ha indole paralitica, può associarsi con varie psicopatie, ad es. con l'isterismo, con la pazzia del dubbio, con la melancolia, con la paranoia ipocondriaca. Talvolta nei paralitici si vede un crampo tonico che ha molta analogia con quello degli scri-

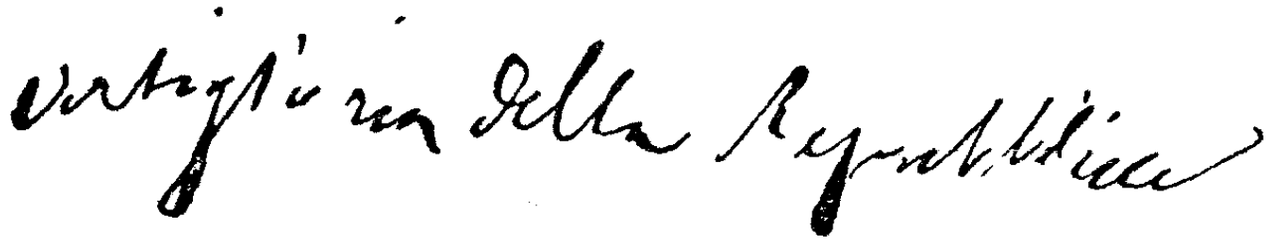


Fig. 113. — Fac-simile della scrittura nel crampo degli scrivani [mogigrafia] di tipo spastico in periodo di riposo (Dal mio Ambulatorio).

vani e che aumenta ad occhi chiusi. Altra varietà spastica è il « tartagliamento della scrittura » (cfr. p. 341-2): esso consiste nel ritorno sulle stesse lettere e sillabe, nell'abbreviazione di dati segni e nell'intrusione di lettere estranee: lo si scorge nei degenerati, imbecilli ed epilettici. In questi ultimi può aversi un crampo scriptorio come equivalente degli accessi (Féré), ed io ne vidi esempî in alcuni jaksoniani.

6.° *Tipo invertito*. — È la così detta « scrittura a specchio », che decorre da destra a sinistra e in cui le lettere sono formate al rovescio; vista in uno specchio o per trasparenza, si scorge una perfetta inversione della scrittura ordinaria, salvo che il carattere assume nel più dei casi il tipo rotondo bastardo. La scrittura invertita è il modo naturale di scrivere con la mano sinistra, che tende a muoversi in direzione abducente al pari della destra: di guisa che, quando la troviamo in un nostro malato, il primo sospetto sarà che si tratti di un mancino (Berlin), oppure di un agrafico per emiplegia destra, il quale tenta sostituire il lavoro della mano libera a quello della impotente (Buchwald, Durand). Però taluni neuropatici e degenerati scrivono in senso inverso anche con la

destra. Il tipo grafico invertito fu osservato specialmente nell'isterismo, nella pazzia morale, in certi casi di indebolimento mentale e di epilessia, e in un buon numero di idioti e di imbecilli. Certi ragazzi con anomalie psichiche, quando siano sottoposti al tirocinio della scuola, si mettono quasi automaticamente a copiare per rovescio i modelli calligrafici. Fu pure osservata la scrittura a specchio negli individui sordi e ciechi dalla nascita o divenuti tali nella prima età (SOLTMANN).

97. **Esame dei disturbi nel meccanismo interno della funzione scrittura** (« **Disendografie** »). — Avendo studiato le disfasie come lesioni organiche o funzionali dei diversi centri del linguaggio (§ 91), l'esame semejotico delle Disendografie, che loro corrispondono perfettamente, ci apparirà più facile e spedito. — Gli elementi mnemonici, che servono al cervello per funzionare nella scrittura, sono due: uno di indole recettiva o centripeta, l'*imagine visuale del segno*, ed uno di indole esecutiva o centrifuga, l'*imagine cinestetica del movimento* (cfr. p. 355). Essi costituiscono il « linguaggio grafico interno », e giacchè possono alterarsi separatamente noi avremo una disendografia sensoriale per disturbo della facoltà di ricordare e comprendere alla lettura i segni grafici (*Dislessie*), ed una disendografia psicomotoria per disturbo della facoltà di ricordare e coordinare le sensazioni di sforzo muscolare necessarie allo scrivere (*Disgrafie* propriamente dette). — Si ripete poi nella psicopatologia della scrittura l'altra distinzione che facemmo a proposito della dissoluzione del linguaggio interno. La « funzione scrittura » può dissolversi anch'essa in due modi: o si perde e si sospende l'attività dei singoli centri mnemonici grafici (*Disendografie amnestiche*), o la attività stessa si esalta e si sovreccita (*Disendografie ipermnestiche*). — Finalmente la lesione di codesti centri potrà essere organica oppur funzionale: la prima dipenderà da processi ana-

tomici ben definiti (focolaj emorragici, rammollimenti, periencefalite, sclerosi, tumori, invasioni microbiche, neoproduzioni sifilitiche, ecc.); la seconda consisterà in perturbamenti di natura indeterminata che per ora, in mancanza di meglio, diciamo dinamica (ischemie e iperemie d'origine neuro-vasomotoria, irritazione ed esaurimento delle cellule per alterato trofismo, ecc.). In ambo i casi la sintomatologia risulterà diversa a seconda che la lesione sarà diffusa o localizzata.

La specificazione funzionale (e però anche anatomica) dei centri della scrittura non esiste negli illetterati, ed ha nelle stesse persone colte gradi diversi: oltre a ciò vi sono divergenze semiologiche che dipendono dalle varietà individuali del linguaggio interno (pag. 348). Solo i malati coscienti ed intelligenti ci forniranno informazioni introspettive nette e precise sui loro fenomeni disendografici. In tutti gli altri casi dovremo usare procedimenti speciali di indagine clinica abbastanza complicati, e sono: — 1.° *Comprensione delle parole lette* (lettura): faremo leggere al malato qualche brano di un libro o giornale, e anche qualche manoscritto, che potrà con molto vantaggio essere una sua stessa lettera anteriore alla malattia; nelle persone meno colte e nei pazzi con perturbata appercezione, converrà contentarsi di corte frasi e parole, o anche di lettere isolate, ad esempio quelle della scala SNELLEN (cfr. Vol. 1.° p. 347): io adopero da molto tempo con vantaggio un campionario tipografico; — 2.° *Parola dopo la lettura:* per cerziorare la comprensione visiva dei segni faremo leggere il malato ad alta voce, e terremo conto di tutte le ommissioni, gli scambî, gli spostamenti e le inversioni delle linee, parole, sillabe e lettere; — 3.° *Scrittura volontaria, a occhi aperti e ad occhi chiusi*, conforme a quanto dicemmo antecedentemente (v. p. 511-2); — 4.° *Scrittura sotto dettato*: negli incolti, nei disattenti perchè eccitati, negli stupidi e dementi, questa ricerca è poco proficua, quasi impossibile, ma le difficoltà saranno vinte inducendoli a tracciare almeno qualche figura elementare (v. p 512); — 5.° *Scrittura dopo lettura:* è pre-

feribile far copiare un testo stampato o manoscritto non mai visto dal malato.

Prima di procedere oltre, riproduco il noto schema di LICHTHEIM (fig. 114), dal quale si desume la esistenza di tre tipi clinici di disendografie corrispondenti ai tre delle disfasie: le *pure*, quelle *di conduzione* e le *miste* (cfr. p. 355-6). Si possono riassumere, come segue, le loro leggi psico-patologiche generali:

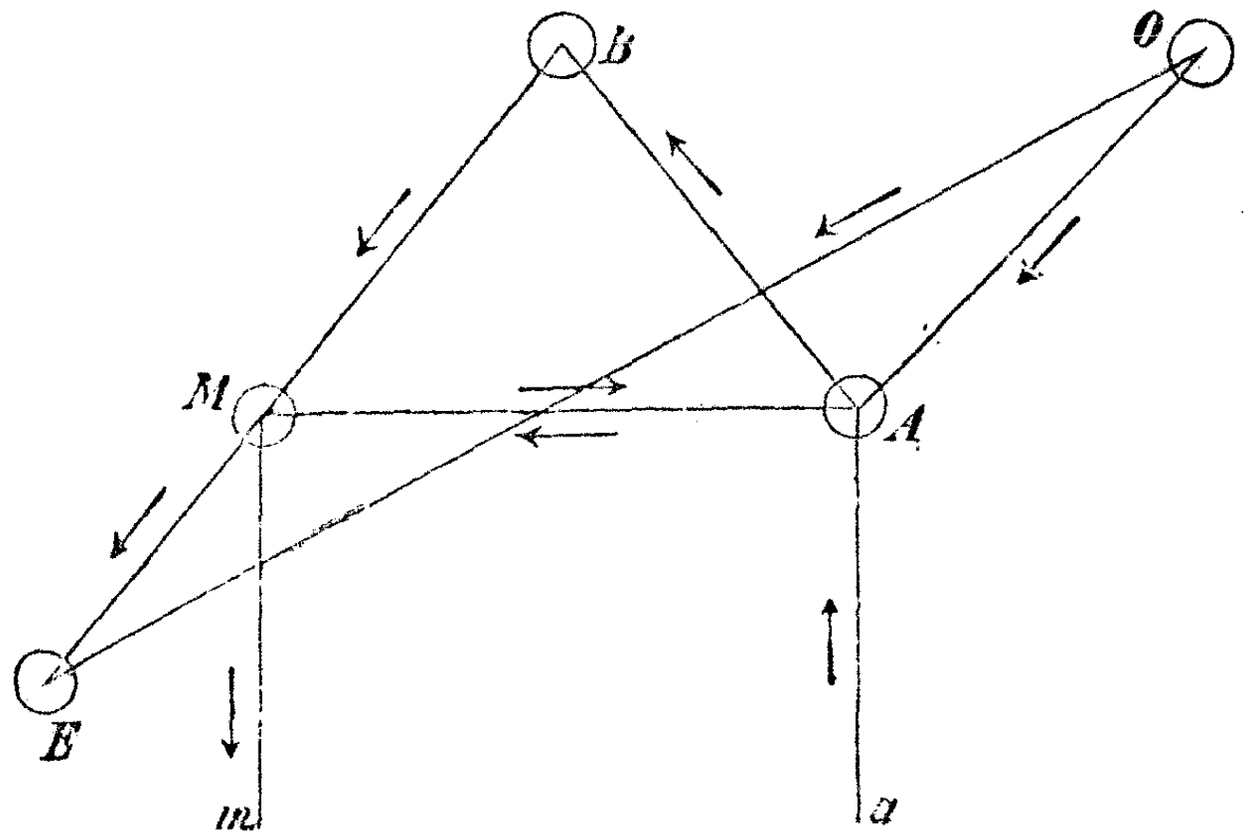


Fig. 114. — Schema dell'arco reflesso del linguaggio parlato, letto e scritto, secondo LICHTHEIM.

[a, A, B, M, m, come nella fig. 105 di pag. 355; — O, centro delle imagini visive delle parole (simboli grafici); — E, Centro delle imagini motorie dell'arto superiore destro (scrittura)]

1.° Tutte le facoltà speciali concernenti la *funzione scrittura* possono mancare o mostrarsi deboli per deficienza e insufficienza di coltura (illetterati), o per poco sviluppo dell'intelligenza (idiotismo, imbecillità).

2.° La *lettura* in un individuo che notoriamente sapeva leggere può essere abolita o pel disturbo della intelligenza e dell'attenzione, o per cecità assoluta (lesione dell'occhio, del nervo ottico e della corteccia cerebrale), o per cecità psichica (lesione della zona corticale visiva), o per cecità verbale (lesione del centro corticale delle imagini verbali, o rottura delle relazioni fra questo centro e quello ideogenetico).

3.° La *scrittura volontaria* può abolirsi in causa degli accennati disturbi mentali, o per paralisi ed impedimento della

mano (discinesiografie già esaminate), o per cecità verbale (lesione del centro corticale visivo), o per vera agrafia (lesione del centro cinestetico della scrittura, v. fig. 104, p. 354).

4.° La *lettura ad alta voce* può risultare impossibile, oltre che pel disordine mentale, anche per la cecità (assoluta, psichica o verbale), o per la afasia motrice (lesione del centro d'articolazione delle parole, rottura delle vie di conduzione fra il centro stesso e quello delle imagini visive verbali), oppure per paralisi degli apparati fisici (dislalie e disfonie).

5.° La *scrittura del dettato* può mancare a sua volta quando sia alterata l'intelligenza, quando esista sordità organica (lesione degli organi d'udito), o sordità psichica (lesione della zona corticale uditiva), o sordità verbale (lesione del centro speciale delle imagini acustiche delle parole), quando esista agrafia (lesione del centro corticale grafomotorio e delle vie di conduzione fra esso e il centro acustico), in fine quando la mano sia paralitica od impedita (discinesiografia).

6.° Finalmente, la *facoltà di copiare* può venir meno se l'intelligenza è perturbata, se esiste cecità o agrafia centrale, o semplicemente se vi è discinesiografia.

I. Le disendografie amnestiche sono oggidì ben conosciute dai clinici, e sotto il nome di *Alessia* (cecità verbale) e di *Agrafia* occupano nella semejotica delle malattie cerebrali un posto importante. Riguardo alle malattie mentali, esse, al pari delle afasie, ne costituiscono ora una semplice complicazione (cfr. p. 347-359), ed ora una sindrome strettamente particolare della pazzia, cioè provocata da un disturbo nella funzione corticale rappresentativa delle imagini visive e motorie della scrittura. Così vediamo che, anche prescindendo dalle cerebropsicopatie dove i centri grafici sono lesi anatomicamente (*Dislessie e Disgrafie organiche*), la facoltà di riconoscere e comprendere i segni scritti soffre arresti, perdite e pervertimenti funzionali più o meno completi e duraturi in un buon numero di vesanie semplici (*Dislessie psichiche*). Allo stesso modo si osservano

talvolta sintomi nel lato esecutivo della scrittura, , spiegare i quali siamo indotti ad ammettere arrestoa perdita o pervertimento della funzione psicomotrice del linguaggio interiore (*Disgrafie psichiche*). Si avverta, pertanto, che i disturbi psichici della lettura e scrittura sono il più delle volte una manifestazione parziale o un effetto della frequentissima incapacità degli alienati di rivolgere la loro attenzione sugli oggetti esterni, di percepirne e ricordarne la forma, di riconoscerne e rammentarne gli usi (è la « aprassia » di ALLEN-STARR e dei neuropatologi tedeschi, che io designerò invece come *disgnosia*). Questa incapacità di appercezione e di ricognizione sta in rapporto diretto con lo stato della coscienza, con l'imperfetto o impedito potere mentale di sintesi, con l'isolamento del malato dal suo mezzo sociale, e con la condizione egocentrica del suo morboso modo di sentire e di reagire.

A) Le diminuzioni della facoltà di leggere o Dislessie degli alienati vanno studiate alla luce delle odierne indagini sull'intricato quesito della cecità corticale, psichica e verbale (cfr. WERNICKE, BALLET, BERLIN, PICK, L. BIANCHI, SEPPILLI, FREUD, DÉJÉRINE, SÈRIEUX, MONAKOW, ecc.). Avendone fatto cenno nell'esame delle disfasie, nè qui volendo uscire dalla semejotica psichiatrica per addentrarmi nella neuropatologica, mi contento di indicare i dati clinici di cui l'alienista può valersi per diagnosticare e distinguere nel pazzo le più caratteristiche varietà di disanagnosie grafiche.

a) Quando nel malato di mente si mostrassero *abolite* la lettura ad alta voce, la scrittura spontanea, la scrittura sotto dettato, la possibilità di copiare; e fossero *conservate* la visione e ricognizione di tutti gli oggetti, la comprensione acustica delle parole, la parola spontanea o ripetuta, — avremmo una cecità verbale pura, in cui naturalmente l'alessia si accompagna con l'agrafia, ma non con l'anagnosia totale. Il malato vede e nomina gli oggetti che gli si mostrano, risponde con più o meno congruenza alle domande, parla spontaneamente, guarda e vede i segni neri stampati o ma-

noscritti, ma non ne ricorda nè riconosce più il significato: vi è, dunque, solo una *anagnosia simbolica*. — Non sempre però il malato perde la facoltà di conoscere ogni sorta di segni (*alessia completa* per cecità verbale assoluta). Certuni riconoscono ancora qualche categoria speciale di segni, ad es. i numeri, le majuscole, i soli caratteri di stampa (*a. parziale*). Altri riconoscono le lettere isolate, ma non posson più collegarle in sillabe (*a. sillabica*), oppure riescono a compitare ciascuna sillaba senza poterne poi formare le parole (*a. verbale*, Mierzejewski); che anzi vi sono malati incapaci di leggere sol le parole troppo lunghe, mentre leggono bene quelle brevi o la parte iniziale delle polisillabiche. Nei gradi più miti del disturbo si ha scambio e trasposizione dei segni compresi alla lettura, cioè non più alessia, ma *paralessia* che corrisponderebbe al consimile fenomeno della parafasia (v. p. 457).

In questi casi la sede del disturbo è da localizzarsi nel centro corticale visivo del linguaggio interno (cfr. fig. 104, p. 354): l'esame oftalmologico ci rivela d'ordinario un'alterazione del *visus*, un'emianopsia, un'emiopia omonima, soprattutto destra per lesione dell'emisfero sinistro, un restringimento perioptometrico (cfr. Vol. I, p. 342 e seg.). Questa alessia o paralessia stabile non è per sè stessa sintomo speciale della pazzia: si trova nelle sole cerebro-psicopatie, nella paralisi generale dopo insulti apoplettiformi o in istadio avanzato di atrofia corticale, nelle demenze da rammollimenti parziali senili, da sclerosi disseminata. Non è rara, intanto, l'eventualità di accessi transitorî di cecità verbale nei primi stadî d'una paralisi e anche nell'epilessia (senza qui parlare delle forme isteriche): gli accessi hanno la durata di pochi minuti, di ore o anche di giorni, sono per lo più associati ad altri disordini della facoltà visiva e della coscienza, e sembrano dipendere da disturbi vasomotorî (ischemie parziali).

Se non cecità ed ambliopia verbali isolate nel senso voluto dai neuropatologi, i vesanici ci presentano sindromi funzionali affini. Molti melancolici, neurastenici, ipocondriaci ed isterici, invitati a leggere, non ne sono capaci: guardano lo scritto, dicono di vedere i caratteri, ma di non poterli comprendere: talvolta hanno una alessia parziale sillabica o verbale. Certuni hanno bisogno di leggere ad alta voce, ma non di

meno stentano a comprendere e commettono frequenti *lapsus linguae* (paralessia). Non parlo, s' intende, dei pazzi la cui coscienza sia oscurata (stupore, demenza apatica) o disordinata (mania, confusione mentale, frenosi allucinatoria acuta): in essi troviamo alessia perchè è impossibile arrestarne l'attenzione e provocare un atto appercettivo abbastanza prolungato. Nei casi surricordati concernenti le psicopatie depressive, vi è possibilità di uno sforzo più o meno grande di attenzione: non esistono neppure difetti della vista, nè insufficienza dei muscoli retti, nè vizî di accomodazione; e per quanto possa aversi un'astenopia, essa, al pari dell'impedita o diminuita capacità psichica di comprendere e leggere la scrittura, è un fenomeno di esaurimento. In alcuni malati il mutismo vesanico (v. p. 362) può far credere ad una alessia: essi sono capaci di leggere in silenzio, ma impotenti di farlo ad alta voce, perchè è intercettata o più resistente la via di conduzione fra il centro ottico e il verbomotorio. Si osservano poi in questi pazzi la *poliopia*, la *macropsia* e la *micropsia*, che sono abbastanza frequenti anche nell' isterismo: essi, cioè, veggono doppî o multipli, ingranditi ed impiccoliti i caratteri (e gli oggetti), il che impedisce loro di riconoscerli.

Una sindrome importante è quella che io designerei come *alessia intermittente* o, meglio, *alessia atassica* (« dislessia » nello stretto senso, Berlin, Bruns). Il malato, leggendo ad alta voce, non giunge a leggere se non qualche parola, al più tre o quattro: tutto il resto dello scritto è compreso e pronunziato confusamente. Si è detto che tale disturbo di lettura indicava una lesione organica a focolajo, anzi una interruzione delle vie conduttrici che associano il centro visivo grafico coll'acustico (e perchè non anche quelle di associazione col verbo-motorio?): pertanto, se esso è frequente nei paralitici e nei dementi dove potremmo attribuirlo ad ateroma diffuso dei vasi cerebrali, non manca nei vesanici. In costoro il disturbo è chiaramente di indole funzionale, ed è dovuto ad interferenze inibitorie che partono dai centri ideogenetici e percettivi (idee ossessive, allucinazioni): esso ricorda certe impotenze funzionali periodiche dell'isterismo, ad es. la claudicazione intermittente (Pick).

b) Quando nel pazzo si mostrassero *abolite* le facoltà di leggere, di scrivere, di copiare, di vedere e riconoscere gli oggetti, mentre fossero *conservate* quelle di parlare spontaneamente e di ripetere le parole udite, — avremmo la cecità psichica completa, di cui naturalmente l'alessia, l'agrafia e l'anagnosia altro non sono se non manifestazioni parziali. Il malato non vede, nè riconosce, nè copia i segni pel motivo che è incapace di vedere e riconoscere l'uso di tutti gli oggetti. Qui il disturbo essendo più complesso, la sede della lesione sarà anche più diffusa, occuperà, cioè, non la sola area per le imagini visive verbali, ma tutta la larga zona ottica della corteccia. Tuttavia si descrissero casi in cui esisteva cecità psichica per gli oggetti, ma non pei segni grafici, cioè anagnosia aprassia senza cecità verbale (BERNHEIM).

La completa disanagnosia ottica per lesione a focolajo non si potrà vedere isolata se non nelle psicopatie organiche. Molti vesanici ci mostrano una sintomatologia che accenna ad una vera cecità funzionale: sembra che non vedano nè riconoscano gli oggetti, e quindi neanco gli scritti. Si può qui parlare di una amaurosi psichica: nel centro della zona corticale visiva, che corrisponde al punto di fissazione sulla *macula lutea* (WILBRAND), giungono bensì le impressioni ottiche, ma non sono appercepite. — In taluni si verifica invece un fenomeno simile a quello descritto come *alessia sub-corticale* (WERNICKE), o meglio *infracorticale*: essi ricevono e riconoscono isolatamente ciascuna percezione, ma le vie conduttrici che dovrebbero portare le singole impressioni ai centri ideogenetici, dove sintetizzandosi diventerebbero rappresentazione cosciente, sono impedite o troppo resistenti; la corrente nervea non ha forza per superare l'ostacolo o si disperde per altre vie, soprattutto verso i gangli della base ed i centri inferiori del sistema.

B) Le perturbazioni del centro delle imagini cinestetiche della scrittura, le Disgrafie per amnesia motrice, non offrono alcun carattere particolare quando siano d'indole organica. Pel quadro semejotico dell'agrafia pura si dovrebbero trovare *abolite* solo la scrittura spontanea a occhi aperti e chiusi e la scrittura sotto dettato, *conservate* tutte le

altre facoltà concernenti il linguaggio; vi sarebbe allora lesione distruttiva localizzata nel centro di OGLE-MARCÉ-EXNER (cfr. fig. 104). Ma in realtà l'amnesia grafomotoria assoluta ed isolata è un' eccezione, il che si comprende osservando come si distribuisca il ramo frontale ascendente dell' arteria silviana: ordinariamente gli ammalati offrono il quadro della semplice paragrafia, quasi sempre accompagnata da afemia e monoparesi brachiale destra. Ad ogni modo, troveremo i fenomeni agrafici e paragrafici d' origine anatomo-patologica nelle sole cerebropsicopatie (paralisi, demenze postapoplettiche, ecc.) e nelle psicosi croniche con profonda degenerazione dell'encefalo e dei suoi vasi (demenza terminale, demenza senile, epilessia antica, ecc.). — Parlando delle discinesiografie vedemmo la difficoltà di diagnosticarne la sede, se nelle vie conduttrici o nella corteccia; ma è presumibile che nei paralitici si dissolva e perda da principio solo la *memoria* dei movimenti atti a scrivere, non la *forza* dei movimenti stessi. In questo senso l'atassia della loro scrittura sarà interpretabile quale effetto di una amnesia motrice grafica, tanto è vero che *a occhi chiusi* i disordini si rendono sempre più evidenti. Alcuni possono anzi copiare, ma non scrivere spontaneamente nè sotto dettatura (DÉJÉRINE).

Più proprî delle vesanie sono i disturbi funzionali del centro grafomotorio. Vi è qui tutta una serie di gradi, dall'assoluta incapacità dello scrivere, dovuta al non rievocarsi delle imagini cinesiodiche (stati attoniti, demenza), sino ai casi in cui codesta evocazione riesce in modo abbastanza corretto la mercè di eccitamenti esterni (ingiunzioni reiterate) e dopo sforzi indicibili di attenzione (stati di ipobulia). Questo vediamo avvenire in molte melancolie passive ed attonite, nelle forme miti di stupore o di demenza primitiva, e in certe condizioni di esaurimento mentale consecutivo ad accessi di mania e di epilessia, senza parlare dell'agrafia autosuggestiva che si svolge sulla base dell'isterismo, specialmente nella così detta « neurosi traumatica ». Il malato si dispone bensì a scrivere, ma subito rivela impaccio, stento e incoordinazione nei movimenti: comincia a tracciare qualche segno, poi si arresta e riflette, ci dichiara la sua impotenza, ritenta, ma non riesce a nulla: la sua è un'agrafia psichica letterale. Il

più delle volte però si tratta d'una semplice paragrafia o d'una agrafia verbale e sillabica, giacchè dopo ripetuti conati lo scrivente giunge a formare qualche sillaba o qualche parola. Dal fatto che questi malati non sono capaci neppur di copiare, mentre il disturbo non si accresce nello scrivere a occhi chiusi, è ovvio che si tratta di inibizioni intracentrali. Comunemente queste forme di agrafia psichica si associano col mutismo vesanico (« *mutacismus* »).

II. Le disendografie ipermnestiche corrispondono alle iperfasie da noi studiate precedentemente (v. p. 364 e seg.), e consistono nella esagerazione morbosa del linguaggio grafico interno per uno stato di sovraeccitamento dei suoi centri speciali. Avremo, dunque, clinicamente delle vere *Ipergrafie*, distinguibili a seconda che è perturbata la funzione del centro ottico della scrittura (allucinazioni grafiche visive) o quella del suo centro cinestetico (allucinazioni ed impulsioni grafiche psicomotorie). Le prime sono rarissime, le seconde, per contrario, frequentissime, inquantochè la rappresentazione intensa dei movimenti della scrittura si trasforma con somma facilità nell' atto stesso dello scrivere (grafomania) anche senza consapevolezza dell' individuo (scrittura automatica e incosciente).

A) Al localizzarsi del processo irritativo nel centro dove sono accumulate le imagini ottiche delle parole, è dovuto il fenomeno dell'illusione interna o allucinazione visiva verbale, che in realtà si confonde ordinariamente con altri fantasmi e non merita descrizione particolare. Nel pazzo la visione interna è frequentemente sovraeccitata al pari dell'udizione, e forse si deve interpretare come una obbiettivazione allegorica dell'accresciuto potere rappresentativo delle imagini visive il concetto di molti deliranti perseguitati che gli altri possano *vedere* nei loro penetrali dell'anima e *leggere il loro pensiero*. Certi allucinati *vedono* comparire parole e frasi minacciose o lusinghiere, segni simbolici, sigme arcane in relazione col loro delirio ed è presumibile che ciò

avvenga specialmente nel tipo visuale del linguaggio interno (es. storici il *mane techel phares* di Baldassare, l'*in hoc signo vinces* e la *croce* di Costantino [se non furono simulate !], la *stella* di Napoleone I, ecc.).

B) Di gran lunga più importante è l'iperergasia del centro psicomotorio della scrittura. Anche qui, come pel centro analogo della loquela, troviamo una serie graduata di fenomeni — Alcuni pazzi hanno una rappresentazione sì intensa delle imagini muscolari grafiche, che ci dicono di pensare le parole come se le scrivessero (*illusione interna* o *allucinazione psicomotrice semplice*). In un grado più avanzato essi provano nella mano tutte le sensazioni che accompagnano l'atto della scrittura: sentono, cioè, di eseguire il movimento di scrivere, malgrado l'immobilità apparente dei muscoli (*allucinazione cinestetica grafica*). Da ultimo, l'eccitazione del centro ideomotorio non tarda a scaricarsi per le vie di trasmissione centrifuga, e il malato si sente spinto da una forza interna a scrivere, come chi si sente spinto a parlare (*impulsione grafica*). Questi casi ci mostrano che la coscienza assiste da spettatrice al fenomeno e non è in grado di impedirlo; ma ve ne sono altri in cui l'impulso a scrivere si effettua senza consapevolezza dell'individuo, cioè in forma involontaria ed automatica.

Sotto un certo riguardo la *grafomania,* tanto comune negli individui malati o infermi di mente, potrebbe figurare a questo posto come una ipergrafia generale, giacchè presuppone, se non uno stato peculiare e parziale di eccitamento del centro psicomotorio della scrittura (cui soltanto spetterebbe la designazione di « fenomeno impulsivo »), almeno la partecipazione sua alla generale sovreccitazione dell'organo psichico. Il maniaco, il paranoico, il demente, l'ipocondriaco, l'imbecille, il degenerato, il mattoide, talvolta il melancolico ansioso, ci presentano tipi diversissimi di scrivacchiatori instancabili, che ubbidiscono inconsapevolmente ad una vera ossessione grafica. L'analisi di queste forme impulsive ci illumina i curiosi fenomeni dello spiritismo, i di cui « medium » presentano condizioni psichiche non dissimili da quelle dei pazzi e finiscono spesso con l'impazzire. I medium scriventi

« intuitivi » o « psicografi » hanno coscienza dell'impulso (*sono indotti a scrivere dall'ispirazione, si sentono spingere la mano, la loro scrittura è guidata da esseri invisibili*, ecc.): quelli meccanici invece sono inconsapevoli di ciò che la loro mano traccia sulla carta o dei giri che essa fa compiere in ogni senso alle famigerate tavolette. Qui abbiamo quella *scrittura involontaria incosciente, eppure intelligente*, che interpretiamo oggidì come effetto d'uno sdoppiarsi della personalità, che la Clinica ci mostra in certe isteriche emianestesiche, e che l'esperimento dissociativo ci permette di provocare, quando il vogliamo, nei soggetti ipnotici (Binet-Féré, P. Janet, Richet, Myers, Silva, Sidgwick...).

98. **Esame dei disturbi nella compilazione e nel contenuto della scrittura (« Disgrammatografie » e « Dislogie grafiche »).** — Gli scritti degli alienati si distinguono ordinariamente da quelli dei sani per una folla di caratteri estrinseci ed intrinseci, che sono in rapporto diretto con lo stato morboso dei sentimenti, della intelligenza, della attività volitiva. È difficile che un esame minuto del loro aspetto materiale, del modo con cui sono compilati e del loro contenuto ideativo non ci riveli qualche particolarità di sommo valore semeiotico per la diagnosi della pazzia (v. §. 71°, p. 107). Pertanto, conviene ricordare che, scrivendo, l'individuo è tratto a manifestarci più facilmente i disordini logici del suo pensiero (idee morbose dominanti, delirii, incoerenza), che non le perturbazioni della sfera percettiva (illusioni, allucinazioni), del tono e qualità dei sentimenti (emotività, affetti patologici) e soprattutto della condotta (impulsi). Anche per riguardo al contenuto ideativo, l'affermazione diagnostica d'un delirio sarà sempre fatta con prudenza sull'esame dei soli scritti: molte volte il germe di una credenza delirante si trova in qualche fatto reale, di cui è soltanto esagerata dal pazzo l'importanza, o cui la sua mente attribuisce effetti imaginaî, conî una strana miscela di vero e di falso.

Il valore semejotico degli scritti dei pazzi fu dimostrato da molti autori, dopo un paziente confronto con quelli dei sani e dopo un'accuratissima analisi dei caratteri che presentano nelle singole malattie mentali (Cfr. MARCÈ, BRIERRE D B., TARDIEU, RAGGI, GRASHEY, LANZIT, SIMON, ERLENMEYER, LOMBROSO, BERCKHAN, SAVAGE, PIPER, MATTHIEU, SOLLIER, SÈGLAS, SCHOLZ, BEZOLD, KIRCHHOFF, G.C. FERRARI). Per la completa trattazione dell'argomento amerei anch'io inserire esempî, ma la economia del *Manuale* ormai me lo vieta, e solo in fine del Volume darò qualche breve saggio di letteratura pazzesca: qui mi limiterò ad esporre alcune norme generali di esame e le principali caratteristiche della dislogia grafica (Rinvio specialm. alla bella monogr. di A. RAGGI, *Gli scritti dei pazzi*, « Riv. Clin. », 1874).

α. Lo scrivere degli alienati non è sempre proporzionato al loro sviluppo mentale, alla istruzione ed alle abitudini di vita. Molti imbecilli non farebbero che scribacchiare, e moltissimi degenerati ci ammanniscono un profluvio di elucubrazioni altrettanto scrupolosamente eseguite quanto povere di contenuto; per contrario un buon numero di individui colti ed intelligenti, quando cadono in istato di pazzia, sono poco propensi a scrivere, oppure scrivendo trascurano del tutto le apparenze esterne, le regole di convenienza e le norme della ortografia grammatica e sintassi.

I pazzi esaltati, anche poco istruiti, riescono talvolta a comporre con stile eloquente, con dovizia insolita di motti spiritosi, con spigliatezza e scorrevolezza di frase; taluni versificano e rimeggiano con una facilità stupefacente; altri abbordano gli argomenti più astrusi, le tesi filosofiche, le dottrine scientifiche, le questioni religiose e sociali (mania, melancolia delirante, paranoia). — I depressi e gli esauriti, siano pure coltissimi, scrivono per lo più con stento, si dibattono e perdono nella trama del periodo, empiono il foglio di cancellature, e alla fine non raccozzano che frasi incomplete, imperfette nella forma, poco significative riguardo alle idee che vorrebbero manifestare (melancolia passiva, confusione mentale, demenza primitiva, neurastenia, indebolimento mentale del paralitico).

β. Messa in riscontro alla loquela, la scrittura del-

l'alienato non ci disvela sempre alterazioni della stessa intensità e natura. Certe varietà di incoerenza sono più evidenti nei discorsi che non negli scritti; altre volte invece il disordine di associazione, massime negli stati iniziali e parziali di demenza, si esplica solo nello scrivere (MARCÈ). Quest'ultimo fatto può dipendere dal modo tenuto dall'alienista nell'esaminare la parola articolata e la scritta: quando gli si parla, il pazzo è guidato nel rispondere dalle nostre domande, mentre quando scrive è lasciato al lavoro spontaneo della sua ideazione. In ogni modo, è la capacità di attenzione che crea i maggiori divarî fra l'alienato che discorre e quello che scrive, perchè generalmente le idee si svolgono con maggiore lentezza durante la scrittura, e la mente, che le vede espresse davanti a sè in traccia stabile, può meglio afferrarne i legami e regolarne la successione. Così da individui notoriamente pazzi, o esaltati, o depressi, o in preda al più profondo delirio, si possono ottenere scritti assennatissimi senza alcuna esteriorità od espressione morbosa. Altre volte il disordine mentale, che ci era accortamente dissimulato, si rivela invece ad un tratto in qualche espressione particolare intercalata nella scrittura, in qualche minuzia di compilazione, in un tenuissimo segno, ad es. nella sola firma di una lettera (ESQUIROL e LEGRAND DU SAULLE ne riferiscono casi tipici). Notiamo, per ultimo, la diversità che gli scritti dei pazzi possono presentarci nel tempo, ora alla distanza di poche ore, ora alla distanza di qualche settimana e mese (forme remittenti, periodiche e cicliche, psicosi isteriche ed epilettiche, stati di torpore mentale consecutivi ad episodî maniaci, ad accessi congestizî, ecc.).

Rifacciamoci alla serie di osservazioni, che già dicemmo necessarie per completare l'esame obbiettivo degli scritti di un pazzo (v. p. 516-7), ed avremo campo di desumerne una moltitudine di fatti morbosi.

1.° Il numero e la lunghezza degli scritti sono generalmente in rapporto alla maggiore o minore sovrabbondanza delle idee, alla più o meno facile rievocazione delle imagini, allo stato di euforia di pessimi-

smo o di anedonia, alla vivacità o torpidità degli affetti, al concetto della propria personalità.

In paragone dei sani si può dire che i pazzi scrivano molto, forse troppo: anzi ve n'ha che scrivono assai più abbondantemente di quanto parlino; pertanto le diverse psicopatie si distinguono fra loro anche per questo riguardo.

Lo *scrivere copioso*, *frequente* e *prolisso* caratterizza i mattoidi o degenerati eccentrici ed utopisti (i quali si sapricciano nel « far gemere i torchi »), i querelanti, i paranoici, e soprattutto i deliranti perseguitati e pretesi riformatori. Quando un pazzo ci viene davanti con un voluminoso involto di carte manoscritte gelosamente custodite, o ci spedisce lettere su lettere e reclami e promemorie, dove si ripetono con fastidiosa esuberanza le stesse cose, non è difficile la diagnosi. Scrivono pur molto gli ipomaniaci, massime i periodici « ragionanti », gli ipocondriaci, le isteriche sempre malcontente, i pazzi morali. Di certi deliranti cronici, dementi ed imbecilli si può affermare che vivano per iscrivere silenziosamente e fatuamente tutto il giorno (*graforrea*), come se la esuberanza di quantità potesse supplire alla miseria e inutilità delle idee Io conservo nella mia collezione parte di un manoscritto di paranoico con delirio persecutorio-superbo: pesa 7 chilogr. e annovera 36,000 pagine! — All'opposto lo *scrivere poco*, *breve* e *conciso* è caratteristico dei melancolici, salvo quelli con speciali delirî di scrupolo o di misticismo: gli individui affetti da pazzia del dubbio mostrano anche in questo atto la loro irresolutezza continua; mentre il non scrivere mai è effetto ora dello stato angoscioso e della diffidenza (melancolie allucinatorie, delirii di persecuzione), ora dell'abulia e dell'inerzia mentale (forme stupide, demenze apatiche ed organiche, idiotismo grave), ed ora del profondo turbamento della coscienza (mania con furore).

2.° Il materiale e l'aspetto degli scritti ci rappresentano l'ordine o il disordine del contegno, gli sforzi o le deficienze dell'attenzione, il rispetto o la trascuranza delle convenienze sociali, la persistenza di certe idee, il pregio attribuito dal pazzo alle sue opere grafiche.

Qui l'alienista si gioverà pel diagnostico psicopatologico di tutte le particolarità appariscenti che già gli valsero per le discinesiografie (v. p. 517-23). Occorre, dunque, osservare:

a) Il *materiale* su cui è tracciato lo scritto. — A molti pazzi lo scrivere sulla carta non basta o non è permesso, ed allora essi si sbizzarriscono a coprire di caratteri e grafiti i libri e giornali che leggono, gli oggetti di uso personale, gli abiti, le pareti della camera, ecc. (« palimsesti »).

b) La *qualità della carta*. — Ad es. il servirsi di larghi fogli di protocollo e di grossi quaderni caratterizza il querelante e il paranoico con delirio orgoglioso; lo scrivere su fogli dissimili e frammenti sudici di carta è proprio del maniaco; l' adunare striscie di giornali e pezzi qualsiasi di stampati per ricoprirli di segni alfabetici è lavoro assiduo del demente, dell'imbecille grafomane, del paralitico.

c) La *disposizione generale dello scritto*. — Lo scrivere pulito, ordinato, scrupoloso, in caratteri fini e in linee fitte che tengono tutta l'altezza e la larghezza del foglio, come si trattasse di un incartamento burocratico, contrassegna la sovrabbondanza e prolissità del grafomane, la minuziosità del querulante e del perseguitato, l'inesauribilità emotiva dell'ipocondriaco, la noiosità simmetrica del demente. Per contrario, lo scrivere disordinato ed arruffato, le linee irregolari e tortuose, il consumo della carta, le parole buttate qua e là pel foglio senza nesso alcuno, l'inframmettere gambature e svolazzi inutili di penna, la diversità dei caratteri che or son grandi, ora piccoli, ora inclinati in un senso ed ora in un altro, sono tutti indizî di iperideazione, di volubilità nell'umore, di incostanza nell'attenzione; e si veggono negli scritti del maniaco, dell' allucinato, del paranoico esaltato.

d) La *qualità dell'utensile*. — L' adoperare penne consunte, bastoncelli, fiammiferi intinti di materie coloranti (carbone, polvere di mattone) basta alla fatua vanità ed all'impulso scrittorio del demente; l'usare quando il lapis quando la penna, o il dito stesso, caratterizza il maniaco grafomane; lo scrivere parole e lettere con inchiostri diversi è sicuro indizio dell'allegoria delirante, ecc.

e) Il *modo di conservare gli scritti*. — Il maniaco non dà importanza alle proprie espansioni grafiche e ne fa sper-

pero, regalandone a chiunque; per contrario il melancolico, con delirio di incolpazione a base mistica, è restìo a consegnarci le brevi, ma spesso espressive sue lettere. Ancor più gelosi dei loro elucubrati sono certi imbecilli e dementi grafomani, che li tengono in seno, se ne empiono le tasche, li rinvoltano nel fazzoletto, li rivestono di una coperta di stoffa, e stazzonandoli con l'attrito finiscono con renderli un ammasso informe di quaderni sbuzzati e di sudicie cartaccie Più di tutti geloso se ne addimostra il paranoico: questi conserva e nasconde studiosamente i suoi autografi preziosi, li porta immancabilmente con sè perchè non glieli rubino, e non li consegna senza diffidenza anche quando contengano elucubrazioni che potrebbero (naturalmente secondo il suo delirio) « *dargli gloria* » o servire a « *confondere i suoi nemici* ».

3.° La qualità degli scritti dipende naturalmente dal grado di cultura del pazzo, dallo scopo che egli si prefigge, e dal luogo dove risiede (se in libertà o nel Manicomio): tuttavia si traggono criterî diagnostici, non solo dal modo di compilazione dello scritto, ma anche dal genere di composizione che *caeteris paribus* viene preferito, dal ripetersi insistente delle medesime forme letterarie, dal loro contenuto generale, ecc.

Gli scritti dei pazzi possono dividersi in varie categorie, di cui qui indicherò le principali:

a) Le *lettere*. — La forma epistolare è la più comune nella vita libera, e lo è ancora più nei Manicomî, dove il pazzo isolato dalla società, lontano dai parenti, ha mille occasioni di scrivere lettere; vi perora soprattutto la sua libertà, chiede visite e notizie, dà commissioni, narra le sue sofferenze, ecc. In questi intenti nulla vi è di speciale alla pazzia, massime se vengono domandate cose utili possibili ed assennate; ma l'insistenza del carteggio assume carattere morboso, quando vi si palesino l'incoscienza del proprio stato, o la tenacia di certe idee, o la debolezza della mente che non apprezza il significato dell'altrui silenzio, nè delle risposte negative. Spesso le lettere contengono domande impossibili e bizzarre: così il chiedere molte cose inutili e dis-

simili è proprio del maniaco, il chiederne in quantità strabocchevole lo è del paralitico, il voler oggetti di lusso indica la vanità del paranoico e l'istinto di seduzione dell'erotomane, ecc. Quando la lettera è senza scopo o versa su oggetti disparati e fatui, ci prova indebolimento mentale: che anzi i paralitici e i dementi dimenticano spesso lo scopo per cui presero la penna, e divagano in non-sensi incomprensibili. L'epistolario dei pazzi è quasi sempre un tessuto di verità e di errori, con le tipiche locuzioni che caratterizzano ciascun delirio: vi si ritrovano l'autorimprovero e la disperazione del melancolico, il pessimismo dell' ipocondriaco, la euforia del maniaco, l'amarezza e la superbia del paranoico, la grandiosità grottesca del paralitico, il malcontento dell'isterica, la greve tristezza dell'epilettico, la scema vanità del degenerato, lo spirito caustico e ribelle del pazzo morale, la sottigliezza del querulante, ecc., senza parlare delle formule stereotipe in cui si rivelano le allucinazioni e le idee fisse (cfr. § 93). Dalle lettere si tirano deduzioni pel prognostico, poichè vi si scorgono evidenti il sistemarsi progressivo degli stati morbosi di credenza o il ritorno della ragione.

Rispetto all'esecuzione materiale del carteggio, si osservino: — α. la *quantità:* ad es. è smoderato il numero di lettere che inviano i paranoici perseguitati, i pazzi ragionanti, i maniaci cronici; — β. la *lunghezza:* prolisse sono in genere le lettere dei deliranti, degli ipocondriaci, dei queruli e dei maniaci, cui non basta mai un solo foglio; brevissime quelle dei melancolici; — γ. i *poscritti:* frequentissimi per la sovrabbondanza di idee nell'esaltato, interminabili nel delirante pel timore di non essersi spiegato, reiterati nell'ansietà del dubbio, contengono inutili ripetizioni di cose già dette nell'amnesia del demente e paralitico; — δ. l'*indicazione di luogo*; è pomposa nel megalomaniaco, ironica o altera nel perseguitato (es. *Dalla Reggia della follia*, *Dal Macello di carne umana*...), sostituita da tristi allusioni nel melancolico (es. *Dalla Casa di pena*,..), erronea nell' inconsapevole di sè e del mondo esterno, manca spesso nell'indebolimento mentale del paralitico; — ε. la *data:* manca essa pure o è sbagliata nell'amnesia che contrassegna gli stati incoscienti, cronici ed organici di pazzia; talvolta è minutamente indicata l'ora, con qualche

aggiunta allusiva che prova o la querimonia del melancolico (es. *Il dì della morte*), o la vana minaccia del paranoico (es. *Ora del giudizio*), o la fatuità del demente (es. *Ore 7 ant. con un buon caffè e latte nella pancia*); — ζ. la *firma*: dimenticata talvolta dal demente e dal paralitico, è accompagnata dal maniaco con dichiarazioni bizzarre (es. *Una pazza a digiuno* . . .), dal melancolico e dall'ipocondriaco con frasi umilianti o tristi (es. *L'ultimo dei mortali*, *L'indegna tua moglie*, *Lo sventurato suo cliente*, ...), dal perseguitato e dal querulo con allusioni amare (es. *L'indegnamente oppresso*, *La vittima innocente* . . .), dal paranoico superbo con qualifiche altere (es. *Gerardo M. G.* ‖ *Conte della Repubblica di S. Marino*, . . . *Magnetti Pietro et Magnus Petrus* (prete megalomane che si dice Papa), . . . *Giudice: Maria: Rosalia* ‖ *Regina: di Giusta e tremenda Giustizia*, ecc.), è accresciuta dal paralitico con titoli bizzarramente pomposi (es. *Il colonnello X. Y.* ‖ *Presidente di Candia, di Capraja e dell'Elba* ‖ *Imperatore di Italia e di Francia* ‖ *Grande Ammiraglio di Casa Savoja* ✠ ecc.), infine è sostituita da certi deliranti mediante segni o emblemi simbolici (es. *Rooo*, ... ✠✠† . . .); — θ. la *sopraccarta*: caratteristici dei grafomani deliranti e deboli di mente sono il rinchiudere più lettere dentro la stessa busta, l'inviarle in sudici involti di carta e stracci, il continuare sulla busta il testo della lettera, ecc.; — η. il *ricapito*: il dirigersi alle persone più diverse e lontane, lo scrivere con errori d'ogni sorta a personaggi altolocati di cui esagerano o falsano i titoli (es. *A sua maistà e la propo sua mani* ‖ *della madre mia* ‖ *Regina di grazia e giustizia* . . .), l'aggiungere appellativi ironici ed offensivi, lo spedir lettere con indicazioni vaghe a immaginarî corrispondenti, sono tutti indizî preziosi dello stato mentale: tipico dell'erotomane è l'invio di epistole amorose, del perseguitato quello di cartoline-libello e di lettere minatorie, e così via via.

b) I *reclami*. — Abbonda questa categoria di scritti fra i paranoici perseguitati, i querulanti, i pazzi morali, le isteriche, gli epilettici, ecc. Sotto l'apparenza della logica e la verosimiglianza dei fatti enunciati, il reclamante mostra sempre a nudo la povertà ed ostinazione morbosa delle idee, la erroneità dei giudizî, la falsità delle accuse, più raramente

le sue illusioni ed allucinazioni. Patognomonica è l'insistenza con cui il perseguitato, il paranoioide, il querulante, il pazzo morale assediano tutte le autorità, Sindaco, Questore, Prefetto, Magistrati, Tribunali, Parlamento, Ministri e Re: questo solo fatto, anche esclusa ogni altra parvenza di illogicità e debolezza intellettuale, basta alla diagnosi.

c) I *memoriali*. — È categoria assai più varia delle precedenti, perchè comprende le auto-confessioni dei melancolici con idee di rimorso, le riflessioni di quelli con idee mistiche, i diarî accurati e prolissi dell'ipocondriaco, gli appunti giornalieri di certi allucinati e dementi, le liste di valori paradossali del paralitico, le interminabili narrazioni dei paranoici, ecc. Hanno somma importanza psicologica le descrizioni introspettive che dei loro dubbî, delle loro idee fisse, dei disturbi percettivi, degli impulsi morbosi, ci possono dare i neurastenici, gli ansio-maniaci, i melancolici coscienti, gli invertiti sessuali, i delinquenti-nati, e perfino molti paranoici originarî finchè dura il periodo di evoluzione fluttuante e incerta del loro delirio (Esempî tipici di queste « autobiografie » di pazzi e degenerati vennero dati alle stampe da Lombroso, Morselli, Règis, Krafft-Ebing, A. G. Bianchi, ecc.).

d) Le *composizioni letterarie*. — I pazzi esaltati hanno, in genere, una notevole inclinazione alla poesia. Versificano infatti molti ipomaniaci, deliranti mistici, megalomani e anche certi imbecilli e degenerati; e poichè la poesia è il primo prodotto dell'evoluzione letteraria in ogni popolo, si può dire che il poetare così frequente dei pazzi sia un ritorno atavico. Spesso la forma è puerile, la misura del verso è scorretta, la aggettivazione stravagante, manca il nesso fra i concetti; ma non raramente vi è facilità invidiabile di rima (assonanza delle parole), vivacità d'immaginazione, freschezza ingenua di stile. Ma oltre alla poetica, la grafomania dei pazzi s'espande per altre vie: nella satira (perseguitati), nel sermone e nell'omelia (melancolici e mistici), nei racconti a mo' d'esercizio scolastico (imbecilli), ecc. Deve l'alienista distinguere attentamente in questi parti letterarî ciò che è frutto dell'esaltazione, dell'agevolezza nell'ideare, dell'impulsività psicomotrice, da ciò che è naturale effetto di circostanze individuali preesistenti alla malattia (condizione civile, cultura,

capacità mentale, abitudine allo scrivere): distinzione non sempre ricordata da chi trattò i rapporti fra il genio, il talento e la pazzia (cfr. p. 62).

e) I *palimsesti*. — Questo genere di scritti, così genialmente illustrato dal LOMBROSO, è proprio dei pazzi reclusi nel Manicomio (paranoici, epilettici), e dei criminali ritenuti nelle Carceri: vi si mostra esagerata la tendenza delle persone volgari a scrivere il proprio nome, parole e figure oscene, invettive, motti satirici e politici sui muri dei luoghi pubblici, sui libri presi in lettura, sui tavoli dei caffè, ecc. ed è forma grafica sussidiaria del tatuaggio (cfr. a pag. 186, Vol II).

f) I *testamenti*. — Lo studio dei testamenti olografi lasciati dai mattoidi, dai paranoici, dai degenerati pseudo-altruisti antropofili e zoofili, dai suicidi, e di quelli più importanti ancora scritti dai paralitici, dagli afasici, dai dementi emiplegici, spetta alla Medicina legale (cfr. LEGRAND DU SAULLE, MASCHKA, FILIPPI . . .). Può pertanto all'alienista presentarsi l'occasione di esaminarli per la diagnosi della malattia nell'individuo ancor vivente, ad es. in certi casi di psicosi paralitica, o di malincolia, o di ossessione tafefobiaca.

g) Le *pubblicazioni*. — Qui si comprendono, in primissimo luogo, i prodotti dell'esuberante attività mattoidesca: monografie di pseudo-scienziati, scoperte di genî incompresi, progetti di folli utopisti, profezie di visionarî e allucinati mistici, elucubrazioni di filosofastri e teosofi, compilazioni indigeste di falsi eruditi, reclami auto-apologetici di pretesi inventori, ecc. Questi « mattoidi » (LOMBROSO) sono in realtà degenerati più o meno imbecilli, o ereditarî paranoioidi con delirio orgoglioso sbiadito e larvato, o paranoici veri in evoluzione del delirio, talvolta epilettici, pazzi morali e criminaloidi. La loro produzione è inconcludente, varia, imgombrante, d'ogni testo e volume, e cresce sotto i nostri occhi vertiginosamente per l'agevolezza sempre maggiore dello stampare. I suoi caratteri precipui possono riassumersi così: — *a*. argomenti astrusi e metalogici, spesso esposti in forma neologistica (es. *Psicografia*, *Macrocosmo e microcosmo*, *Filosofia ritmica*, *Dottrina fisico-dinamico-cosmo-tellurica*, *l'Uni-Verso*, *Essere o non essere?* . .); tesi scientifiche insolubili (es. *moto perpetuo*, *quadratura del circolo*, *spazio a n-dimensioni*, *mute-*

rializzazione dell'etere . .); soluzioni assurde di quesiti difficili (quali sarebbero la *metallizzazione dei corpi organici*, la *direzione degli aerostati*, il *pareggio delle finanze italiane*, lo *spiritismo* . . .); proposte ridicole (es. nuovo battesimo delle vie di Torino coi nomi di *via o contradapla scrfa, ogi, bama, mofmibapa* . . .); — β. titoli pomposi, prolissi e plurisinonimici (cioè con molti *ovverossia*) e dedicatorie a personaggi altolocati o iperboliche; — γ. nel testo, affastellamento di paradossi, confusione, digressioni enormi, ripetizioni fastidiose, retoricume sovrabbondante, esclamazioni ed interrogazioni a josa, punteggiatura eccessiva o nulla, tendenza ad un oscuro metaforismo non raramente basato su consonanza di suoni e simiglianza dei segni, allusioni personali fino alla nausea, egocentrismo sfrenato; — δ. volume sproporzionato al subbietto, non di rado diluito in stampe periodiche a titoli eccentrici (es. « *Il Travaso* »; « *Pietro Micca* ‖ *e i 45) sospesi di Montecitorio* ‖ *non entreranno* »; « *La Giustizia* ‖ *ossia i figli di Adamo e le figlie di Eva* ‖ *al Tribunale della storia, della scienza e della critica* » . . .); — ε. illustrazioni pseudo-geometriche, iconografie simbolistiche; inserzione del ritratto dell'autore, spesso attorniato da emblemi e motti, ecc..

Vengono, in secondo luogo, i men frequenti stampati editi dai veri pazzi, ad es. dai querulanti, dai perseguitati persecutori, dai folli morali usciti dal Manicomio. Certe volte costoro narrano le loro dolorose vicende e ci dànno preziosi ragguagli sulle loro allucinazioni e sul loro delirio (esempio bellissimo *L'Ebetismo* del Dott. L. C. di Reggio Emilia; il periodico « *Il Campanaio* » del Sig. A. V. di Nicastro). Altre volte sono i parenti e gli amici che, non ammettendo il disordine mentale dell'individuo, ne pubblicano gli scritti per dimostrarne la pretesa ragionevolezza e protestare contro un così detto « sequestro arbitrario » (esempio classico le *Mémoires d'une aliénée* [Ersilia Rouy, che si diceva discendente da Enrico V°] *publ. par M. Normant*, Paris, Ollendorff, 1883).

4.° Lo stile degli scritti è, certo, in rapporto con la cultura antecedente, ma il disordine e l'instabilità della ideazione, l'infiacchirsi della intelligenza e della

memoria, il difetto di attenzione, il predominio di concetti deliranti concernenti la personalità, le impulsioni, imprimono note particolari alla ortografia, alla grammatica, alla sintassi ed al fraseggiare degli alienati.

Tutte le modalità morbose della dizione, le disfrasie che studiammo nella loquela (§ 92), sembrano ingigantirsi nella scrittura. Qui troviamo ancor più evidenti l'allografia, le parafrasie, gli automatismi verbali, i disgrammatismi e gli asintattismi già segnalati, e che ora sarebbe inutile ridescrivere; di piu, l'aggravante delle scorrettezze ortografiche che sono sempre più copiose, varie e appariscenti delle ortopneiche (cfr. RAGGI). L'assenza più o meno completa della ortografia caratterizza le frenastenie (imbecillità), mentre la sua dimenticanza parziale è indizio delle dismnesie acquisite (demenza, paralisi generale). In genere la mente del pazzo tende a semplificare le regole formali della scrittura; così il copiare frasi incomplete, l'ommettere qualche membro della frase, il ripetere inutilmente lettere e sillabe, il non finir le parole, sono altrettanti sintomi che indicano il progressivo decadere della memoria e l'infiacchirsi dell'intelletto: vanno, infatti, aggravandosi nella paralisi generale coi progressi dal morbo. Ma codeste alterazioni dello scrivere si vedono pure in altri stati che non sono di demenza; ad esempio, nel maniaco cui l'ideorrea vieta di badare al formalismo dello stile, nel melanconico che è scorretto nello scrivere perchè angustiato dalle sue paure e distratto dalle sue allucinazioni, nel paranoico che si affretta, trascurando ortografia e grammatica, a ideizzare sulla carta le sue percezioni e rappresentazioni confuse (cfr. FERRARI, « Riv. sper. Fren. » '93). Non sarà difficile sceverare la vera causa della disgrammatografia, tenendo conto delle altre particolarità materiali ed intrinseche dello scritto.

Certe particolarità di compilazione si potrebbere considerare addirittura patognomoniche degli scritti pazzeschi. Così l'assenza di coniugazioni, i verbi all'infinito, il fraseggiar scucito e puerile, dimostrano povertà congenita o miseria acquisita di ideazione (imbecillità, ignoranza del delirante grafomane, demenza). Il fraseggiar pleonastico, l'aggettivazione sovrabbondante, il lungo e intricato periodare caratterizzano

invece il disordine opposto di associazione (mania, esaltamento paranoico). Compaiono pure negli scritti le assonanze foniche delle parole, le sostituzioni di pronomi o di perifrasi alla persona prima, le frasi intercalari estranee all'argomento, le agglutinazioni poli-sintetiche, e tutte le altre consimili forme errate e bizzarre di locuzione che trovammo nel discorso dei pazzi. Significantissimo è il ripetersi di date frasi, tanto nella melancolia (es. *Così non va non va non va* ‖ *e non va bene e non va bene e non va bene e non va bene*, ecc.), quanto nella paranoia ambiziosa (es. *O giustizia di Dio, è giustizia, ò giustizia di Dio*). Tipica poi è la maniera con cui si manifesta talvolta l'incoerenza cronica della demenza secondaria; la costruzione grammaticale è esatta, nulla manca alla proposizione, ma questa è priva affatto di senso.

5.° **La logica e il contenuto concettuale degli scritti dipendono dal modo con cui si altera l'associazione delle idee, e da ciò che vi si riflettono tutti i fenomeni emotivi, percettivi e rappresentativi che contrassegnano gli stati psicopatici.**

Anche a riguardo delle dislogie grafiche è inutile ripetere quanto fu detto in proposito della loquela (§ 93): si trovano ancor più palesi negli scritti dei pazzi le particolarità morbose che ci manifestano la condizione statica e dinamica della loro intelligenza, la quantità di ricordi posseduti o residuati nella loro mente, i disturbi di associazione e rievocazione delle idee, le deformità del ragionamento, i concetti morbosi concernenti l'io ed il mondo esterno, i sistemi deliranti, le sintesi concettuali di strana e personale creazione, ecc. Giova però considerare alcuni peculiari caratteri della logica pazzesca.

a) Per rispetto al modo di ragionare gli scritti degli alienati ci si offrono molto diversi.

α. Alcuni sono *logici*: — e vi scorgiamo ottemperate tutte le regole sillogistiche del ragionamento normale. Questo è specialmente il caso degli scritti eseguiti dagli individui in istato di lieve depressione od esaltazione sentimentale, o affetti da disturbi circoscritti dell'ideazione e della volontà, o che si trovino in periodi di calma, o si incamminino verso la convalescenza.

β. Altri scritti invece sono assolutamente *alogici*, perchè vi manca ogni traccia di concetto finito: — sono accozzaglie di parole mozze, di frasi imperfette, di segni alfabetici sovrapposti e buttati giù alla rinfusa, oppure constano di successioni monotone delle stesse parole scritte in fila, senza senso. Ci sarà facile vedere nelle apparenze puerili dei caratteri il prodotto di idioti ed imbecilli, o nelle vestigia d' una calligrafia normale quello di dementi, di maniaci agitati, di paralitici (Es. ecco quattro righe copiate da uno scritto di demente semi-illetterato e grafomane: 213 *delle sahrestii alle ochareliice* ‖ *lahrimeeagenetre chumuneyho Biatcha* ‖ *Biiatt, si perdessam* + *oj* 10 *alla* ‖ *finne dejî dessani asti il penasco alo* ‖ .. e così continua per 154 pagine in-folio ! !).

γ. Un terzo gruppo è contrassegnato dalla *illogicità:* — lo scritto è continuato, talvolta regolare ed esteticamente ben fatto, ma le frasi sono sconnesse, oscure, intralciate, non di rado composte a periodi lunghissimi pieni talvolta di neologismi, privi di senso o almeno incomprensibili per noi che non arriviamo a scoprirvi filo logico, e, tutto al più, vi percepiamo il frastagliume di antichi delirî (Es. ecco un brano di un periodo di questo genere tolto ad un reclamo elegantissimo di un ex-impiegato demente: « *Rimostrato con tali, susseguitamente apprensivi riflessi allo ignorante, e malfermo conduttivo rattenersi invece d'ogni mia attingibile così rimunerazione che dal mio passarsi di qualificamento personale, mi sia od abbia potuto rendere constevole ai miei sani attuamenti, dal pregiudizio e dalla insinuazione labile di tutti gli altri, contenuti a disbrigo di censura inveita su di me, come di un modus-vivendi, infieribile*, ecc. ecc.). — Quando lo scritto è breve ed incerto, è agevole vedervi impresso lo stile scucito e stentato dei malinconici, il quale si rivela specialmente verso la fine pel sopraggiungere della stanchezza cerebrale: se è sovrabbondante, vi traspare anche, col disordine dei caratteri e coi disgrammatismi, la pseudo-incoerenza dei maniaci, oppure l'incoerenza più o meno avanzata dei dementi.

δ. Il quarto gruppo ha indole, per così dire, *metalogica*: — tutte le proposizioni vi sono complete e ben coordinate; il ragionamento scorre con una rara fluidità, con una sotti-

gliezza serrata, quasi inesorabile di logica; spesso ci meravigliano l'acutezza dei giudizî, l'arguzia delle osservazioni, la rapidità dei raffronti, la finezza della critica, la dovizia e la precisione dei ricordi, la commozione eloquente dello stile. Tale è il sillogizzare dei « paralucidi », dei pazzi morali, eccentrici e querulanti, di molti perseguitati e megalomani con delirio sbiadito o latente, di non pochi melancolici « ragionanti », e di un gran numero di degenerati e neurastenici impulsivi. Che se l'edificio appare armonico e se il falso si nasconde spesso sotto un sembiante di vero (talvolta per finzione volontaria), un'attenta analisi ermeneutica ce ne metterà a nudo la fragilità e l'errore. Leggendo con un po' d'acume diagnostico tra le righe, si scoprirà tutto il paralogismo pazzesco, con la sua verità relativa, le sue premesse erronee, i suoi sofismi, i raziocinî manchevoli, gli entimemi, le inconseguenze, i ravvicinamenti forzati, le credenze basate su fenomeni allucinatorî, le fantasticherie. In certi casi la verbosità surroga la grettezza dei concetti: divagazioni interminabili, idee accessorie ingombranti, frasi sonore ma vuote, mancanza di gusto letterario, conclusioni affrettate, allegoriaggini che oscurano il pensiero e si avviluppano in una matassa inestricabile di parole. A un dipresso si presenta così anche la pseudo-letteratura e la pseudo-scienza dei mattoidi, che cangiando forma o apparenza estrinseca a quanto dicono hanno la ferma credenza di dir cose nuove nella sostanza.

b) Per rispetto al contenuto ideativo, vedemmo a lungo in che consista e come si estrinsechi l'idioglossia vesanica (pag. 442 e seg.). Nulla manca nel linguaggio scritto degli alienati di ciò che trovammo nel parlato: prevalenza del tema delirante, espressioni particolari a ciascun delirio, restringimenti dell'ideazione in sintesi parziali, impulsioni del pensiero manifestate con intercalari e frasi emboliche, propensione al metaforismo e al simbolismo, abbondanza di sentenze e di tratti satirici, allusioni e sottintesi spesso ininteligibili, formule mistiche e cabalistiche, infine parole deturpate nella loro morfologia e semasiologia, cioè neologismi attivi (p. 463 e seg.). Tenendo conto dei degenerati e dei paranoioidi, il cui disordine intellettuale si esplica specialmente

nella grafomania, si può dire che il neologizzare appaja più copioso e vario e barocco nella parola scritta in raffronto della articolata (es. neologismi di pseudo-inventori: il **terremmometroscopio**, la **cafungaja** e i **microfitozoi oscillanti**, la **fecola nervina azzurra**, la **vaccinazione dinamica interna**, il **baruscafo** . . .; neologismi di pseudo-filosofi: la **Umanificazione**, la **Teofotologia**, l'**Uni-trisono**, ecc.).

6.° Il valore espressivo dei segni è spesso esagerato od alterato dal pazzo, sia perchè egli trovi insufficiente la scrittura normale per bene esprimere le proprie idee, sia perchè nel dissolversi della personalità arrivi a individualizzare la forma grafica in rapporto all'individuazione morbosa del suo pensiero.

Ommettiamo le modificazioni involontarie del grafismo che dipendono dai disturbi generali della coscienza, poichè ne parlammo incidentalmente altrove, e fermiamoci sulle modificazioni volontarie e riflettute. Ne troveremo di varie sorta. — α. In prima i paragrafismi di *punteggiatura*, ad es. esuberanza di punti esclamativi e di lineette, file di puntini, linee intere composte di interrogativi, ecc. Ne trarremo criterî per diagnosticare la emotività e gli affetti morbosi dei melanconici, le allusioni e i sarcasmi del perseguitato megalomane, i dubbî angosciosi del degenerato ossesso, e via via. — β. Vengono poi i *paragrafismi verbali*, le parole e frasi sottolineate o scritte in caratteri distinti, più grandi, a mo' di stampatello, o con inchiostro di diverso colore: esse ci denotano le espressioni speciali su cui il pazzo vuol richiamare l'attenzione, le idee dominanti, i delirî. — γ. Seguono i *paragrafismi letterali*, cioè certe lettere, specialmente le iniziali di talune parole, ingigantite o arabescate o arrovesciate, le majuscole messe a capo d'ogni parola o inframmezzate nel corpo della sillaba, le enormi gambature, gli artifiziati svolazzi aggiunti alla firma, ecc.: sono segni che ci provano l'esistenza di un delirio o ce ne schiariscono la natura. — δ. Più importanti, sebben più rari, sono i veri *neografismi*, cioè la invenzione di nuovi alfabeti, la deformazione sistematica dei

segni, la loro riduzione a tratti cuneiformi, a geroglifici, ad arabeschi, l'introduzione di lettere d'alfabeti antichi o stranieri, e la stessa scrittura volontariamente arrovesciata o a specchio (fig. 115). Il neografismo può dipendere da un

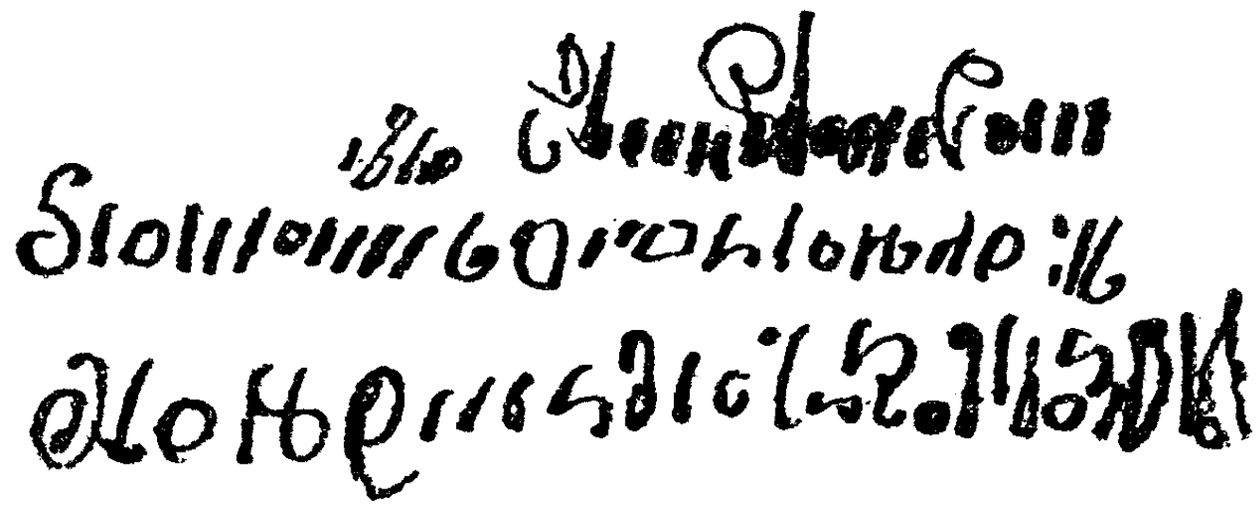


Fig. 115. — Fac-simile della scrittura di un paranoico perseguitato e megalomane in istadio di demenza (Dal Manicomio di Roma).

tentativo di dissimulazione, da un automatico disolversi della scrittura nell'indebolimento psichico, da un delirio inventorio, ecc. — ε. Finalmente, dobbiamo attribuire il massimo valore diagnostico a tutte le varietà dell'*ideografismo*, quali sarebbero figure geometriche, croci, stelle, triangoli, circoli di punti e simili, intercalati nel testo, messi a capo o a piè di pagina, oppur disegnati vicino alla firma. Altri scritti più imaginosi sono abbelliti da illustrazioni fatte a penna, a lapis o a colori, e raffiguranti ora oggetti emblematici (es. *tombe* negli scritti dei melaucolici, *spade* e *pugnali* in quelli dei paranoici perseguitati . . .), ora animali simbolici (es. la *colomba* [Spirito Santo] negli scritti dei mistici e paranoici religiosi allucinati . . .), ora personaggi bizzarramente vestiti ed atteggiati (es. *angeli*, *generali*, *autoritratti* come nella fig. 116 . . .), ora infine scene comiche ed oscene tutte a dilucidazione del testo (allucinati, deliranti, epilettici), o anche senza alcun rapporto col contenuto dello scritto (dementi, imbecilli). È il completo ritorno atavistico alla pictografia barbarica ed alle prime fasi d'evoluzione della scrittura.

99. **Esame dei disturbi nel linguaggio raffigurativo (« Arti plastiche » dei pazzi).** — Le manifestazioni artistiche dei veri alienati non sono frequenti: si può dire

che manchino quasi del tutto nelle vesanie acute e nelle cerebropsicopatie, che pur sono le più importanti sotto l'aspetto pratico, mentre la tendenza ad esprimere il proprio pensiero mediante raffigurazioni e imagini, l'iconologismo, contraddistingue certe parafrenie (mattoidi, imbecilli), i delirii sistematizzati (secondarî e paranoici) e gli indebolimenti parziali psichici (dementi). Ond'è che l'arte si esercita piuttosto dai pazzi ricoverati nei Manicomî, e salvo casi rarissimi non porge criterî diagnostici al medico che esamini i malati di mente nella vita libera o in famiglia. Non pertanto, può avvenire che anche da questa categoria particolare di prove materiali si tragga lume per scoprire un disturbo affettivo e intellettivo dissimulato o incipiente, per meglio definire l'indole e la sistemazione progressiva d'un delirio, segnatamente metabolico, e in ultimo per determinare il grado di capacità mentale negli arresti e ritardi di sviluppo.

I rapporti fra arte e pazzia andrebbero considerati sotto più aspetti: 1.° le rappresentazioni artistiche degli stati neuro- e psicopatici, con riguardo speciale alla storia dell'arte e della medicina (cfr. RICHER, CHARCOT-RICHER, REGNARD . . .); 2.° l'affinità più o meno reale del genio e del talento in arte con le condizioni di nevrosi e psicosi (cfr. MOREAU DE TOURS sen., LOMBROSO, RADESTOCK, GUYAU, ARRÈAT . . .); 3.° la degenerazione dell'arte sotto l'influenza di ingegni traviati da un eccessivo neofilismo o perturbati nelle basi organiche della personalità (cfr. MAX NORDAU . . .); 4.° da ultimo, le elucubrazioni artistiche negli stati patologici della mente sotto il riguardo diagnostico (cfr. TARDIEU, SIMON, MORSELLI, DOSSI, NOYES, SÈGLAS . . .).

Nella teoria delle arti se ne distinguono due gruppi: le *ritmiche*, che lo SCHELLING diceva « parlanti », e sono la musica, la danza e la poesia; e le *plastiche* o « figurative » cioè l'architettura, la scultura e la pittura. Guardando al loro sviluppo etnico e storico, troviamo che le ritmiche precedettero le plastiche, e che di queste l'ultima a svolgersi fu la

pittura, per gustare la quale occorre un più elevato potere di immaginazione (HEGEL). Infatti, il ritmo fonico ed il mimico appartengono alla più elementare e naturale forma di espressione, alla voce ed al gesto, e quindi furono più spontanei ed universali (cfr. § 74, 87, 92, 93, 97). Le altre arti rispondono a bisogni intellettuali ed estetici più evoluti, l'incisione ed il disegno a quello di ornarsi la persona e abbellire gli oggetti d'uso comune, l'architettura a quello di ben riparare i morti e gli idoli, la scultura a rappresentare le cose e le persone nelle tre dimensioni spaziali di forma, la pittura a riprodurre le imagini di colore in semplice superficie e senza profondità. Notiamo ancora che la riproduzione dei grandi spettacoli naturali, il *paesaggio*, si svolse assai più tardi di quella della *figura umana*, in cui si impersonava simbolicamente la antropomorfica Divinità: e la figura stessa fu dapprima riprodotta nella rigida immobilità del riposo, quindi nelle azioni violente ed eccessive, solo in ultimo nell'espressione dei sentimenti dolci e delicati. Queste fasi storiche ci sono compendiate tuttora dallo sviluppo delle attitudini artistiche nel fanciullo (B. PEREZ).

Dalla filogenesi ed ontogenesi dell' arte e dei sentimenti estetici vengono spiegati molti fenomeni psicopatologici: — 1.° la tendenza istintiva del frenastenico ai movimenti cadenzati ed ai ritmi vocali monotoni (*metromania*), i quali sono spesso le sole manifestazioni estetiche della sua scarsa intelligenza; — 2.° la deficienza di ogni emotività ed idealità estetica nei degenerati, pazzi morali, criminali, prostitute, e in un gran numero di epilettici ed isteriche; — 3.° la soddisfazione che tutti gli individui a personalità imperfetta o disintegrata trovano nel ritornare ai mezzi barbarici di ornamentazione (tatuaggi, colori vistosi, emblemi religiosi ed erotici); — 4.° il rapido e spesso totale oscurarsi del sentimento e dell'intellettualità dell'arte ogni qualvolta si perturbi la coscienza: invero, l'arte dipende, come ben dice GRANT-ALLEN, dall'emozione piacevole d'esercitare le proprie forze intellettuali e fisiche, e questa emozione è affievolita o cangiata in dolore nel melancolico, disordinata nel maniaco, inibita nello stupido, scomparsa nell'apatico demente e nel paralitico; — 5.° il ritorno atavistico verso le espressioni primitive ed

infantili di ciascun'arte (ad es. monotonia del ritmo e del disegno, indifferenza emotiva pel paesaggio, povertà di espressione nelle figure, ecc.), negli stati di degenerazione e di dissolvimento della personalità, nei delirî sistematici secondarî, nelle demenze, ecc.: — 6.° infine, la predilezione dei deliranti per un iperbolico simbolismo di raffigurazione, sia perchè le loro sintesi ideative si foggiano su analogie apparenti di forma, sia perchè la loro mente concepisce relazioni bizzarre e scorrette fra gli stati dell'io e fra gli oggetti esterni.

I prodotti artistici dei pseudogenî mattoidi, dei degenerati con parestesia o disestesia del senso etico-estetico, e degli alienati che vogliono raffigurare plasticamente i loro concetti morbosi, si contraddistinguono: 1.° pel carattere involutivo e dissolutivo dell'insieme dell'opera d'arte (atavismo e individualismo); 2.° pel predominio esagerato del contenuto concettuale sulla semplice soddisfazione del sentimento estetico (simbolismo, ideografismo).

a) Manca per lo più nell'arte pazzesca ogni corrispondenza fra il pensiero espresso dall'individuo sotto forma più o meno estetica e l'attitudine emotiva della collettività, ossia è arte individualistica, extrasociale, e assai spesso antisociale. L'inventiva vi è scarsa, trattandosi ordinariamente di combinazioni bizzarre e strane di cose volgarissime: che se certe volte il prodotto artistico appare nuovo, questa apparenza di originalità viene ottenuta o con eccessi di fantasia, o con inutili complicazioni di dettagli e sovraccarico di accessorî, o con associazioni stravaganti di materiali, linee, imagini e colori i più diversi e male intonati. Vi è tendenza ad esprimere in veste astratta e metaforica i sentimenti e i concetti informatori dell'opera d'arte, donde il simbolismo esagerato ed oscuro, il sovrapporsi incomprensibile di allusioni emblematiche, l'abbondanza grottesca di ricordi personali. All'arruffata ed ingombra fantasia dell'artista non basta l'espressione raffigurativa, gli occorre il sussidio della parola, ed ecco il sopraccrescere del simbolismo nei copiosi motti dilucidativi (?) di cui è ricoperto il prodotto d'arte.

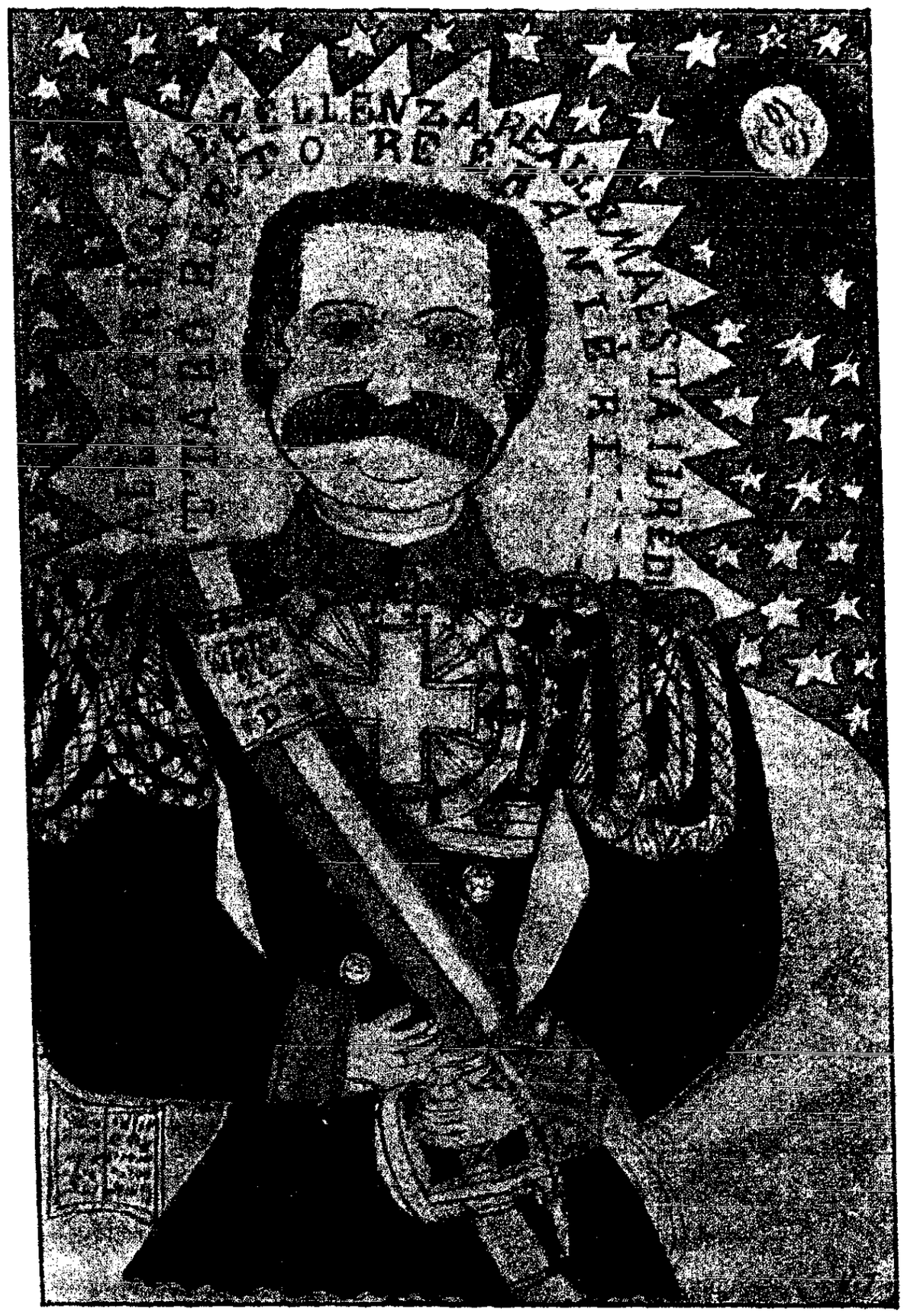


Fig. 116. — Autoritratto di un paranoico con delirio mistico-superbo allucinatorio (Dalla mia collezione).

[Questo disegno fatto finamente a penna, e qui ridotto a $^2/_3$, è opera di un individuo semi-illetterato affetto da delirio sistematico religioso. Tutti i suoi scritti sono zeppi di illustrazioni allucinatorie e simboliche, dànno ragguaglio giornaliero delle sue continue visioni, e spesseggiano di majuscole fuori di posto. Ne do' qui sotto due brani:

[I] 1866 *il mese di mAria maAG* ‖ *Gio il Giorno* 14 *uenerdì io* ‖ *RolAndo BAsilio figlio di Dio* ‖ *io vidi tre sAntissimi mi* ‖ *rACOlli il primo ss mirA* ‖ *colo io uidi il mio sAntissi* ‖ *mo si Gnore id diO Gesù Cri* ‖ *sto l'AueuA lA ss ueste RùssA* ... — [II] *Gli Altri dùe dèmònii chè st* ‖ *AuAno di frunte di* ‖ *me stetterò ùn minutto se* ‖ *cùndo è puoi si uoltA* ‖ *rono uerso il Célo dellA méz* ‖ *Anolè e S uno foGitt*^{i} *† AtrA uerso ùn cAmpo di Gr* ‖ *Ano e viene io suno* ‖ *pASSato uicino e vidi* ‖ *dentro il CAmpo mo* ‖ *lti splendori*, ecc.]

Tutta l'opera artistisca pazzesca tradisce l'assenza di buon gusto e il deformarsi del senso estetico attraverso una personalità abnorme. O vi è disordine atassico dei concetti fondamentali, o questi si ripetono in foggia monotona ed invariata che ha i caratteri dell'idea fissa. Nelle costruzioni architettoniche e nei disegni si osserva, dunque, ora un contorcimento complicatissimo (barocchismo), ora una ipersimmetria fredda e povera delle linee (pretesa grandiosità che stupisce, ma non commuove). Le manifestazioni emotive delle figure vengono semplificate (preraffaellismo), laddove crescono fino all'iperbole le idee che loro si vorrebbero fare esprimere rendendole intelligibili alle masse (ai « filistei », aristocratismo dell'arte) Si foggiano e dispongono gli oggetti materiali e le scene naturali come se fossero capaci di sentimenti e di pensieri in accordo con quelli dei personaggi: questa spiritualizzazione dell'ambiente fisico è tendenza regressiva verso un atavico animismo, e prevale pur troppo in certe scuole moderne (simbolisti, decadenti). Nella scultura vi è immobilità delle persone, ma esorbitanza di accessorî emblematici (bizantinismo, fig. 117): nella pittura, prevalenza di colori fondamentali e chiassosi ravvicinati in modo stridente e disarmonico, oppure uniformità fastidiosa di tinte che rivelano una specie di daltonismo psichico degenerativo o una condizione di morboso esaurimento e pervertimento degli organi sensoriali (impressionismo). Notevole è che ai pubblici concorsi artistici, dove accorrono con estrema sollecitudine mattoidi e paranoici, le loro opere vengono presentate sotto motti stravaganti, mistici od orgogliosi, non di rado neologistici (es. *Scripsi quod vidi*, *Num et Saul ?*, *Manus Domini*, **Imeiyôr** . . .).

b) L'ideografismo degli alienati, reminiscenza, come vedemmo, di un'antichissima fase o di una condizione barbarica della scrittura, si estrinseca soprattutto con disegni, imagini e figure che rappresentano le allucinazioni, i concetti allegorici, i delirî e le idee ossessive dell'alienato, quando non siano il prodotto di una specie di automatismo che spinge l'imbecille a riprodurre gli oggetti che colpiscono la sua attenzione e il demente a persistere con indolenza nella stessa identica manifestazione della sua attività pensante.



Fig. 117. — Statuetta in legno, scolpita da un alienato paranoico con delirio persecutorio-politico (Dalla mia collezione).

[Questo capolavoro dell'ideografismo plastico è la sintesi d'un complicato delirio di persecuzione con incipiente metabolismo della personalità (terzo stadio di una psicosi sistematica): ogni particolare ha un significato simbolico, che si riferisce alle vicende vere e imaginarie del malato o allude in forma ronica ai suo persecutori. Ne ho dato ampio cenno nell'« Archivio » di Lombroso, Vol. III, 1884: qui mi contenterò di dire che il *trofeo* infisso sulla testa del personaggio è l'ideoplasma di una canzone popolare « Il condannato a morte »; la *medaglia* tenuta nella mano sinistra è l'« Ordine del porco » che toccherà ai suoi persecutori l'*elmo con la lanterna* offenbachiana allude ai gendarmi che lo incarcerarono, ecc., ecc.].

Abbiamo due modalità di iconologismo vesanico conforme la materia adoperata dal pazzo, e sono il *grafico-pittorico* e il *plastico*.

α. L'ideografismo pittorico è abbastanza frequente. — Abbondano, in primo luogo, di *iconografie* gli scritti del paranoico riformatore religioso e politico e del perseguitato megalomane. Non sarà difficile desumere l'indole e il grado di sistemazione del delirio dai caratteri e dal significato dei disegni intercalati negli scritti o dei quadri, in cui si sbizzarrisce l'istinto artistico di certi alienati. Il megalomane abbozza il suo ritratto, adornandolo di decorazioni e di motti (fig. 116); il perseguitato vi mette alla gogna i suoi nemici e ve ne fa la caricatura, rappresentandoli in atti ridicoli o indecenti; l'allucinato mistico vi raffigura i personaggi soprannaturali con cui crede di comunicare. — Non mancano, poi, le illustrazioni negli scritti dei melanconici e dei maniaci con delirio allegorico: ad esempio, il melancolico vi trasfonde i suoi concetti religiosi e le sue idee tristi in crocifissi, tombe, scheletri, danze macabre, emblemi dell'eternità e della divinità; l'esaltato, non raramente anche erotomane, vi si espande con un profluvio di figure oscene. — Notevole, in terzo luogo, è la tendenza impulsiva a tracciare disegni e figure rozze e infantili, ciò che potrebbe dirsi *pictomania*, offertaci da molti imbecillie dementi. — In un ristretto numero di casi si tratta di una vera ossessione, quasi sempre pornografica, è ce ne dànno esempio gli epilettici, i pazzi morali, i degenerati e gli individui resi psicastenici per esaurimento sessuale.

β. Identico significato e valore clinico hanno gli *ideoplasmi*, di cui riporto un classico esempio elaborato da un paranoico del Manicomio di Macerata (fig. 117). Quando questi manufatti non siano la espressione d' uno speciale impulso all'attività procreativa per esuberanza di imagini, tutti i delirii di persecuzione e grandezza vi si trovano compendiati in modo così espressivo, che essi soli basterebbero alla diagnosi. Ma le sculture ed incisioni ideografiche sono rare, perchè è rara l'attitudine allo scolpire ed all' incidere. I più belli esempî se ne veggono ai pubblici concorsi per opere statuarie, e sono rivelazione di mattoidi sconosciuti.

Articolo IV.

La condotta dell'alienato.

§ 1.

Generalità sulla condotta negli stati psicopatici.

100. **Valore semejotico della condotta nella diagnosi della pazzia.** — L'ultimo gruppo di dati ejettivi, che l'esame clinico degli alienati si propone di raccogliere, riguarda la condotta. Questa fu definita in precedenza come « la serie degli effetti cinesiodici degli stati psichici concernente i *rapporti di azione e reazione fra l'individuo e il suo ambiente* (p. 126) » dobbiamo aggiungere ora che essa è il più importante fra i criterî diagnostici della pazzia, in quanto solo dalla condotta si può giudicare se un individuo sia sano o malato di mente. I nostri atti sono la risultante visibile delle modificazioni interiori o di coscienza: se dalla varietà e diversità degli atti desumiamo i cangiamenti e le divergenze individuali nel sentimento e nel pensiero dei sani, sarà pure dal disordinato modo di agire e reagire che potremo diagnosticare il disordine nel modo di sentire e pensare dell'alienato. E già ne vedemmo le prove nella mimica, nella loquela, nella scrittura, le quali, pur essendo vie di scarica e di manifestazione obbiettiva dell'energia psichica, dovrebbero considerarsi come altrettante modalità della condotta intesa nel senso generale di « adattamento attivo dell'organismo alle circostanze esterne di vita » (H. Spencer). Ma, per semplicità di descrizione semejotica, noi riservammo il nome di condotta all'insieme degli atti rivolti ad uno scopo

o intenzionato od inconscio, e mediante i quali si obbiettiva il carattere morale o la personalità del pazzo nei suoi rapporti con le condizioni individuali e sociali di esistenza (cfr. § 74 e 75).

Nessuna definizione della pazzia può prescindere dal criterio diagnostico della condotta, come ottimamente ha dimostrato Ch. Mercier (*The Nervous System and the Mind*, 1888; *Sanity and Insanity*, '90; « Dict. of psych. Med. » '92, passim). Non basta definire senz'altro la pazzia un « disordine della mente », poichè dovremmo dare eguale nome al daltonismo, ad un' illusione sensoriale non rettificata, ad un errore di memoria, ad un sogno di avvenimenti illogici o di atti criminosi, ad una forte emozione o passione, ad una credenza suggestiva, e a simili altri fenomeni conciliabili con la più completa salute mentale (cfr. § 68). Sono insufficienti anche le definizioni sintomatologiche e patogenetiche che si basano sulle apparenti perturbazioni della coscienza o sulla esistenza d'un processo morboso e sua presunta localizzazione in dati centri nervei, perchè non v'è fenomeno che sia patognomonico dello stato di pazzia, e perchè molte psicosi non sono vere malattie, ma traggono origine da un peculiar modo di sviluppo dell'intera antropologica individualità (cfr. §§ 64, 66 e 68). Effettivamente non v'è concetto scientifico della pazzia che vinca quello sociologico, col quale s'accorda, del resto, anche l'empirico: ora, la giurisprudenza e l'esperienza secolare considerano pazzo *colui che si trova nell'impossibilità di guidarsi negli atti conforme alle impressioni in lui prodotte dall'ambiente sociale ed alle idee che da codeste impressioni dovrebbero derivare*. Tale impossibilità non è che il lato ejettivo di una impotenza interiore assai più ampia, consistente in ciò che il pazzo non può più percepire, registrare e riprodurre correttamente le impressioni esteriori ed organiche, e i concetti basati su di esse. Per questo motivo egli diviene disadatto alle circostanze dell'ambiente, ma il suo disadattamento ci rimarrebbe ignoto se non si appalesasse nella condotta. Non possiamo dire, ad esempio, che un individuo sia pazzo solo quando è allucinato, ma quando la

allucinazione è il movente di qualche suo atto. E dicasi il medesimo di ogni altro fenomeno morboso, illusione, idea fissa, concetto delirante, impulso, come già rilevammo studiando la espressione degli stati psichici (§ 69 e 74).

Studiata sotto l'aspetto ejettivo e semejotico, la condotta del pazzo ci si presenterà con due caratteri precipui: 1.° essa non è appropriata alle condizioni di esistenza dell'individuo: e questo disordine può essere ora originario, e manifestarsi fino dalle prime fasi del processo di formazione della personalità (*inadattabilità costituzionale*), ora invece acquisito, e dipendere da una eventuale malattia dei centri di attività psichica (*disadattamento morboso*); — 2.° essa non è conforme alla condotta anteriore dell'individuo medesimo: e questa disformità può riguardare, ora tutto l'insieme degli atti destinati a soddisfare le tendenze normali della sua personalità, quale si venne costituendo in relazione alle condizioni d'esistenza (*incoerenza generale*), ora invece gli atti concernenti qualche gruppo particolare di tendenze che assumono un'intensità insolita o deviano dalla direzione ordinaria (*incoerenza parziale*). — Il difetto di adattamento e l'incoerenza della condotta dànno origine ad atti erronei, incongrui, nocivi, immorali, disordinati, irreflessi, bizzarri, i quali tutti rendono l'alienato non solo dissimile dagli altri conviventi, ma bene spesso anche temibile o dannoso pel consorzio sociale (nocumento verso sè stesso, pericolo in cui le persone della famiglia o altre incorrono di essere oggetto delle sue violenze, danneggiamento degli oggetti e interessi materiali, scandalo ed immoralità per offesa ai sentimenti dell'universale, ecc.). Ne consegue che l'individuo mentalmente anomalo od ammalato viene quasi sempre a trovarsi in una condizione « subsociale » od « antisociale ».

a) Prendendo le mosse dal concetto di H. SPENCER che « la condotta è l'adattamento attivo dell'individuo organico alle circostanze esterne di vita », noi potremo comprendere agevolmente in che consista l'inadattabilità od il disadattamento del pazzo.

Ogni specie vivente è sottoposta all'azione di condizioni esteriori di esistenza, cui deve adattarsi per vivere; all'insieme di esse i naturalisti hanno dato il nome di « ambiente » (cfr. la mia *Antropol. gen.*, Lez. XI-XII). Ora, quanto più una specie è elevata, tanto più numerosi e diversi sono i fattori mesologici, che agiscono sulla facoltà d'adattamento degli individui, di cui essa si compone. L'uomo, prima di tutto, deve adattarsi agli agenti modificatori fisici e fisio-chimici, semplici e composti, la cui somma costituisce il così detto *ambiente inorganico* (forze naturali, calore, luce, elettricità, atmosfera, suolo ed acqua, clima, abitato, quota e qualità degli alimenti, ecc.). Vengono di poi gli agenti modificatori biologici, di relazione interna ed esterna, compresi nell'*ambiente organico* (presa dell'alimento, uso e non-uso degli organi, mimetismo protettivo, ricerca e scelta dell'altro individuo sessuale, mezzo generatore interno, ecc.). Ma non basta. Nelle specie socievoli, come la nostra, l'individuo è circondato pure da fattori mesologici di indole *sociale*, e questi riguardano sì le relazioni fisiologiche che le psicologiche fra tutti i membri dell'aggregato. Sono relazioni *fisiologiche* la convivenza con individui consimili (associazione), la proporzione quantitativa dei conviventi (agglomerazione), la qualità dell'associazione (commensalismo, mutualismo, parassitismo), la modalità dell'unione sessuale (scelta concernente il sesso, endo- od esogamia, matrimonio più o meno indissolubile), i rapporti di sangue (parentela, famiglia, omogeneità od eterogeneità etnica), la diversità dei còmpiti individuali (divisione del lavoro, gerarchia endo-sociale, dominazione o servitù), la maggiore o minore facilità di soddisfare i bisogni fondamentali dell'esistenza (stato economico, agiatezza o miseria). Sono invece relazioni *psicologiche* il mimetismo sociale (imitazione fra i conviventi), l'organizzazione di legami sempre più stretti fra gli individui, e quindi la formazione di gruppi sempre più larghi e complessi (torma, clan, tribù, comune, popolo, stato,

nazione, razza), lo sviluppo di abitudini mentali utili alla convivenza (sentimenti ego-altruistici ed altruistici), infine i mezzi di comunicazione coi proprî simili (linguaggio).

È chiaro che l'adattamento umano a un sì complicato ambiente di vita è stato il prodotto di una lunghissima, faticosa evoluzione, nè ben lo si comprenderebbe qualora si staccasse l'uomo dalla catena degli altri esseri viventi. Noi proveniamo da specie, che s'erano via via adattate alle fondamentali condizioni inorganiche e biologiche di esistenza; e non abbiamo aggiunto alla « condotta animale » per trasformarla in « condotta umana » se non quei particolari adattamenti, che corrispondevano al nostro modo di convivenza, al progressivo integrarsi dei nostri aggregati sociali, e soprattutto agli acquisti continui, trasmissibili mediante l'eredità, della nostra più alta intelligenza. L'*adattamento dell'individuo umano* è adunque di gran lunga più complesso e difficile di quanto lo sia quello dell'*individuo animale;* questo ultimo è anche meno vario del nostro, come lo dimostra il fatto che nella condotta degli esseri inferiori esiste sempre una maggiore uniformità che non nella condotta degli uomini, siano questi ad un grado iniziale di incivilimento nel loro aggregato, oppure ad una fase giovanile del loro svolgimento personale. — Dal che derivano due conseguenze importanti nel campo psicopatologico. Deriva, in primo luogo, quella particolare serie di imperfezioni e deficienze che si osserva nella personalità dei degenerati, dove l'energia di trasmissione degli ultimi acquisti umani è affievolita: questa personalità si « deumanizza » non solo perchè nello svolgersi si arresta agli adattamenti più semplici, ma anche perchè risorgono forme inferiori di attività, rispondenti a condizioni antiche o preumane di esistenza. Deriva, in secondo luogo, la scarsa variabilità che di fronte alle malattie mentali vere e proprie ci presentano le anomalie e i vizii d'organizzazione mentale, per ciò che concerne lo stato dei sentimenti e delle tendenze.

Alle esigenze multiple e comprensive dell'adattamento umano corrispondono la struttura e la funzione più specificata del sistema nervoso di *Homo*. Se esaminiamo un animale inferiore, che ha pochi bisogni e quindi un numero più scarso di motivi per agire, troviamo una grande semplicità di organi

sensorii, psichici e motorii (fig. 118). La vita mentale, ad esempio, di un Rizopodo, di un Verme, di un Insetto, di un Mollusco, si compendia tutta nel ricevere alcune poche sensazioni elementari, nell'avere un'imagine molto imperfetta della realtà esterna, e nell'agire in risposta quasi sempre immediata agli stimoli; di guisa che in essi la condotta indi-

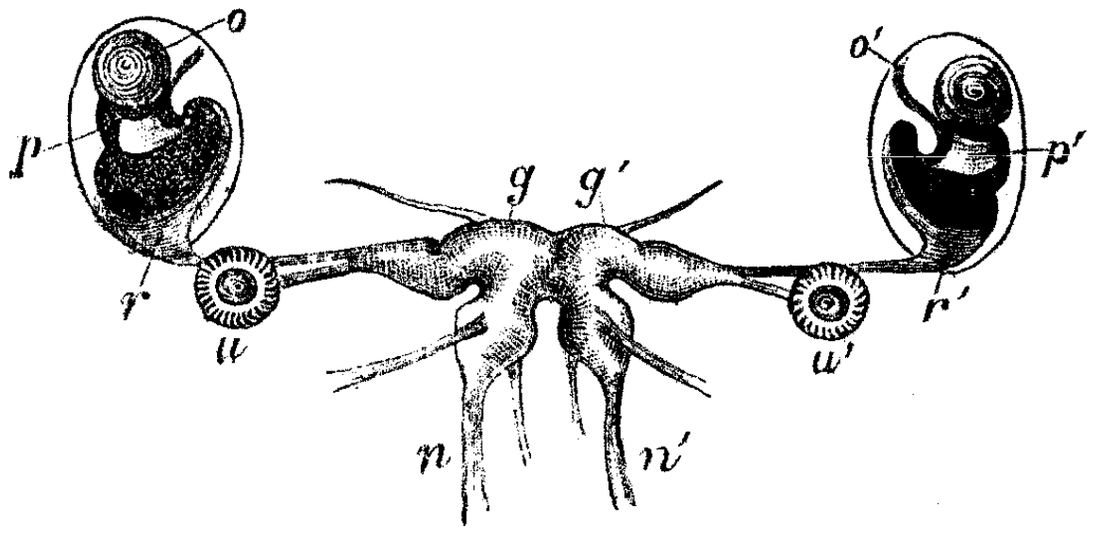


Fig. 113. — Apparato psichico di un Mollusco Gasteropodo, gn. *Firola* (Da HAECKEL).

[*gg'*, Ganglio cerebroide (cervello); — *nn'*, Cordoni nervosi (anello esofageo); — *ww'*, Organo dell'udito (otoliti); — *oo'*, Organo della vista (cristallino); — *pp'*, Pigmento (coroidea); — *rr'*, Espansione del nervo ottico (retina).].

viduale consta essenzialmente di atti reflessi determinati dalle eccitazioni sensoriali esteriori del momento, oppure da eccitazioni interiori organizzatesi nella specie in quella forma che noi diciamo « istintiva ». Quando la condotta comincia a presentare atti che derivano da ricordi accumulati nei centri nervosi dalla esperienza individuale, appare anche il primo germe della personalità; ossia l'animale diventa capace di rispondere in forma inusata o varia, che gli è *propria*, agli stimoli ed alle impressioni interne (sensazioni, bisogni). L'individuarsi della coscienza sino alla formazione della coscienza dell'io, è in rapporto con lo svolgimento della memoria. Mentre un movimento di reazione d'un Protozoario o d'un Metazoario inferiore offre generalmente caratteri prevedibili di forza, di durata, di direzione, ecc., per contrario non ci è possibile quasi mai prevedere quale sarà l'atto di risposta ad uno stimolo determinato, che ci offrirà un Mammifero degli ordini superiori, ad esempio un Cane, un Elefante, una Scimia, e tanto più un Uomo. Questa varietà individuale del-

l'agire e reagire, in cui si rivela la personalità, trova la sua spiegazione nella filogenesi ed ontogenesi del sistema nervoso e della psiche (cfr. §§ 64 e 65). Osservata poi nel campo psicopatologico, essa dà ragione di un gran numero di fatti, e soprattutto di ciò che la individualità *clinica* di ciascun malato si manifesti assai più nella *condotta*, ossia nelle reazioni abnormi agli stimoli indotte dal processo morboso, che non nella forma e nel contenuto dei disturbi interiori di coscienza. In altri termini, vi è grande varietà nelle tendenze e negli atti individuali, mentre esiste una relativa simiglianza e una frequente analogia sistematica fra le allucinazioni, idee fisse, idee, deliranti, emozioni patologiche, ecc. che si possono svolgere in una psicopatia.

Tuttavia, la individualità della condotta, anche nella specie umana che è tanto varia sotto il riguardo mentale, non può superare certi confini. La più grande, anzi la quasi totalità degli atti compiuti dai singoli membri d'un aggregato sociale, costituisce una continua ripetizione di atti consimili, sia per riguardo agli ascendenti e discendenti, sia per riguardo ai conviventi; e questo risulterà naturale per chi rifletta: 1.° alla trasmissione ed eredità delle abitudini della specie, che si sono organizzate nei rapporti intimi di struttura e funzione del sistema nervoso; 2.° alla generale analogia delle condizioni esterne, cui soggiace l'individuo della stessa epoca storica, civiltà, nazione, ecc.; 3.° all'imitazione, che è il pernio della vita mentale d'ogni società. Senza dubbio queste tre grandi concause dell'uniformità adattativa della condotta umana non tolgono la possibilità delle iniziative individuali: ma bisogna, ad ogni modo, che queste si effettuino in senso utilitario progressivo, così per l'individuo come per il suo aggregato (invenzione). Ogni qualvolta l'individualizzarsi della condotta è senza vantaggio alcuno, nè immediato nè futuro, quando è in contrasto non solo con l'utile sociale, ma pure con la integrità e la vita dell'individuo medesimo, quando non risponde alla corretta percezione della realtà manifestantesi nell'accordo di tutte le altre coscienze (unico criterio logico della verità), noi siamo tratti istintivamente ad ammettere che una condotta così poco adattata è indizio di imperfetto sviluppo o di malattia della personalità. La differenza tra delinquente

ed alienato sta forse in questo che il primo ci offre un disadattamento a finalità sempre egoistica, il quale si estrinseca esclusivamente con azioni antisociali; mentre l'inadattabilità congenita o il disadattamento del pazzo bene spesso si rivelano con atti, non solo antialtruistici, ma anche antiegoistici, ossia dannosi ai suoi bisogni ed interessi e nocivi pur anco alla integrità del suo organismo. Conveniamo però che non esiste una delimitazione netta fra criminalità e pazzia, tanto sotto l'aspetto psico-sociologico, quanto sotto quello bio-patologico.

b) L'altro dato caratteristico della condotta del pazzo, che noi chiediamo alla semejotica, e sul quale insisteremo, è la incoerenza per riguardo all'indole o costituzione psichica preesistente alla malattia: ed anche qui, per bene afferrarne il valore clinico, occorre pensare al modo col quale si costituisce la condotta normale dell'individuo.

Riferendomi a quanto dissi in altre parti dell'opera intorno alla sistemazione della personalità (Vol. I, § 19.°; Vol. II, § 66.°), ricorderò soltanto che ciascuna individualità umana si forma secondo una maniera *singolare* di sentire e di agire. La singolarità dell'io si manifesta specialmente nella costanza con cui le azioni intenzionali convergono sempre verso fini determinati, nella ripetizione degli stessi atti quando s'avverino certe condizioni esterne od interne, e nella continuità causale degli atti in guisa che costituiscano una serie omogenea di movimenti. Una personalità normale, solidamente formata, si contraddistingue adunque per l'*unità della condotta:* e questa unità è, a sua volta, il prodotto della *finalità* e *stabilità* dell'agire. — Per riguardo alla finalità, noi vediamo che una condotta veramente sana, buona, equilibrata, esclude le azioni senza scopo o *ateleutiche*, e le azioni troppo disformi tra di loro o *atassiche*. Prova unica e sola della ragionevolezza umana (in psicologia comparata si direbbe « della intelligenza ») è di avere la rappresentazione dell'effetto consecutivo al movimento, in altre parole l'idea finale dell'atto. Questa finalità non può non avere in tutti i viventi bene adatti un carattere unico, universale: essere, cioè, utilitaria, e soddisfare ai due scopi primordiali e fondamentali, la conservazione dell'individuo e la conservazione della specie, che si po-

trebbero sommare in uno scopo solo, la « continuità della vita » (WEISSMAN). — Riguardo alla stabilità, noi vediamo come ogni condotta individuale miri al raggiungimento dei due fini ora accennati sempre in conformità delle idee, dei sentimenti e delle tendenze, che si sono venute organizzando nell'individuo stesso. Alcuni di questi stati ideativi, affettivi e volitivi, predominando fin da prima su tutti gli altri, sono divenuti il nucleo centrale, su cui si è ordita e sistemata la personalità. Sono essi che mantengono l'unità psichica dell'io durante il corso dell'esistenza, perchè organizzandosi in sistemi strettamente coordinati sono più forti di tutti gli stati psichici nuovi od autonomi, e, inibendoli oppure assimilandoli, imprimono omogeneità e costanza alla maniera personale di sentire, di pensare e di agire. Non pertanto, al di sotto della personalità cosciente, di quella cioè che si accompagna con l'idea dell'io, si costituiscono altre aggregazioni, altre sintesi più semplici di stati psichici e soprattutto di tendenze, le quali formano altrettante piccole ed elementari personalità coesistenti con la prima e capaci di agire per puro automatismo nel silenzio dell'incosciente. Le personalità inferiori sono escluse dal concetto dell'unità personale; possono però, in certe condizioni, formarsi una unità propria che si alterna con quella normale (stati di doppia coscienza). Questa molteplicità di personalità subordinate le une alle altre già si scorge in numerosi fenomeni della vita psichica normale, p. es. nelle oscillazioni del carattere, in certe passioni fulminee, nei sogni, ecc.; si rende meglio manifesta con opportuni metodi sperimentali disintegrativi, p. es. nell'ipnotismo e nello « spiritismo »; da ultimo, ciò che più ci importa, dà origine ad un grandissimo numero di fenomeni psicopatici elementari donde deriva poi quasi tutta la psicopatologia, quali sarebbero gli errori di percezione, le idee fisse, le tendenze impulsive (cfr. le opere di PAULHAN, PIETRO JANET, BINET, MYERS).

Nei processi morbosi, che incolgono l'organo della coscienza, e che arrecano ora un impedimento od un arresto, ora un disequilibrio di dinamogenesi, ora anche una distruzione più o meno diffusa delle relazioni associative fra i diversi centri funzionali, avvengono molti fatti, che ci spiegano la condotta

ateleutica ed atassica dell'alienato. — Si oscura la rappresentazione della finalità degli atti, in quanto che si affievolisce quel legame mnemonico fra il presente ed il passato, dal quale s'origina l'unità personale dell'agire. — Certi gruppi o sistemi di idee, di emozioni, di tendenze, che pur parevano fortemente coordinati, si scompongono e i loro elementi si rendono autonomi: altri gruppi, che in ragione del loro adattamento avevano l'egemonia della condotta, si affievoliscono, e vengono sopraffatti da gruppi neoformati, corrispondenti alle nuove idee, emozioni e tendenze ingigantite dalla malattia. — In terzo luogo, risorgono quelle sistemazioni primordiali di stati psichici e specialmente quelle tendenze egoistiche d'indole pretamente organica o animale, che l'evoluzione adattativa della specie umana e dell'individuo aveva confinate e nascoste nei fondi dell'incosciente.— Di più, le forme inferiori e imperfette di personalità possono fare irruzione nel campo della coscienza ogni qualvolta questa si ottenebri o si restringa o si perturbi. Che anzi, essendo dotate di molta forza dissociativa e inibitoria sugli ultimi e per ciò più delicati e fragili acquisti della psiche umana, massime nella sfera affettiva o sentimentale, quelle personalità secondarie fin'allora subcoscienti giungono facilmente a coesistere con la personalità cosciente, oppure ad alternarsi con essa, e finalmente a sostituirsele del tutto (cfr. con quanto fu detto a pag. 49-50, Vol. II).

Sotto l'aspetto fisiopsicologico la condotta del pazzo ci dà il mezzo di giudicare come si compiano le importantissime relazioni funzionali di inibizione e di dinamogenesi che intervengono, non solo fra centri gerarchicamente subordinati dell'asse nervoso (midollo, bulbo, cervelletto [?], ganglii basilari, sostanza grigia del mantello), ma altresì fra i singoli centri corticali destinati alle attività rappresentative (zone psicomotorie, psicosensorie, ideogenetiche [o « inibitorie »?], ecc.). Egli è che nelle malattie mentali queste relazioni infracentrali sono sempre alterate.

Nel più dei casi viene a mancare l'influenza inibitoria dei centri superiori sugli inferiori: con che nelle

manifestazioni cinesiodiche della vita mentale dell'alienato predomineranno gli atti reflessi ed automatici. — In altri casi questa stessa influenza si trova esagerata, e si vede allora un rallentamento e perfino un arresto completo nella formazione dell'arco ergasico: questo può anche non giungere fino alla corteccia, sede organica più elevata della psiche, ma effettuarsi attraverso le parti soggiacenti dell'apparato nerveo centrale. — Vi è pure la eventualità che insorga un disequilibrio dissociativo nella reciproca inibizione e dinamogenesi dei singoli centri psichici (corticali). Gli uni possono cadere in tale stato di iperattività da occupare per sè soli l'intero campo della coscienza, impedendone l'accesso alle rappresentazioni, che si svolgerebbero da tutti gli altri; possono cadere, per contrario, in una condizione di inerzia, quasi di paralisi, in guisa che diventino ineccitabili alle stimolazioni esteriori od interiori da cui sono abitualmente risvegliati. — Ned è a dimenticare che oltre ai disturbi mentali provocati dalle alterazioni morbose propriamente localizzate nei centri, le quali furono fin qui le più considerate in Psicologia patologica, debbono esistere anche disturbi di vera *conducibilità*, come avviene pel linguaggio interiore (cfr. Vol. II, § 91). In tal caso, sospese o intercettate o distrutte le vie di associazione infracentrali, tanto fra un centro e l'altro dello stesso lato, quanto fra centri omologhi del lato opposto, si potranno avere nel campo della coscienza antagonismi fra stati od elementi psichici resisi autonomi e incapaci di inibirsi a vicenda (fenomeni di dualismo, lotta fra due personalità, ecc.).

Reputo opportuno porre qui alcuni schiarimenti sulla fisio-psicologia della condotta: la difficoltà e, in parte, la novità dell'argomento in un'opera psichiatrica mi scuseranno la lunghezza del discorso.

a) Abbiamo visto come la parte essenziale della vita psi-

chica siano le *manifestazioni motorie*: aggiungiamo che esse hanno sempre per precedente e concomitante il *sentire*. Per ciò la condotta — non ostante la sua apparente intellettualità nella specie umana, massime negli individui di razza, condizione sociale e coltura elevate — si riduce agli effetti centrifughi o motorii della sensibilità, o meglio, della *affettività* (emozioni e sentimenti). Ora, l'affettività ha due stati fondamentali, semplici, irriducibili, il *piacere* ed il *dolore*: la motricità avrà, a buon conto, due scopi, l'*attrazione* e la *ripulsione*. Quando un determinato movimento o una combinazione di movimenti attrattivi o ripulsivi si rappresenta alla coscienza, ovvero anche si prepara e si sistema, per la particolare organizzazione dei centri nervosi, nella sfera dell'attività inconscia sotto forma di reflesso, di atto istintivo o di atto automatico, noi diciamo che si è costituita o si costituisce una *tendenza*. Un sentimento aggradevole o penoso ci fa avvertiti che certe tendenze attrattive o ripulsive sono soddisfatte ovvero impedite. Si noti intanto che una tendenza può consistere tanto in un movimento (atto positivo, es. il parlare), quanto nell'arresto d'un movimento nascente (atto negativo, es. il tacere). Quest' ultimo genere di tendenze è il più complesso e difficile: esso esige l'esistenza d'almeno due centri nervosi, di cui l'uno starebbe per scaricare la sua energia per le vie centrifughe o motrici, mentre l'altro, entrando contemporaneamente o consecutivamente in attività, ne impedisce la scarica. In siffatto arresto d'una tendenza risiede ciò che i fisiologi chiamarono « inibizione »: ora, è specialmente il potere inibitorio, che noi troviamo modificato, deficiente o perturbato in molte malattie nervose e mentali.

L'inibizione delle tendenze si compie la mercè di un rapporto funzionale tuttora oscurissimo fra i singoli centri nervosi: è presumibile che si tratti di interferenze speciali nel trofismo interiore degli elementi organizzati (G. Fano). Fatto sta che la azione inibitoria viene esercitata dai centri nervosi, gli uni sugli altri, conforme alla loro gerarchia di posizione, di struttura e di acquisto filogenetico. Così l'encefalo, che è più alto più complicato e più recente, inibisce le azioni reflesse, che si potrebbero dire tendenze organiche

inferiori semplici ed antiche, del midollo spinale; la corteccia, per le identiche ragioni, inibisce quelle dei ganglii subcorticali, ecc. (cfr. fig. 66, p. 73; fig. 70, pagina 157, vol. II). Nè basta: esiste anche un rapporto di mutua inibizione fra centri gerarchicamente simili, quali sarebbero quelli della sostanza grigia corticale. Quando uno di essi, opportunamente stimolato, funziona, gli altri tutti rimangono in condizione di riposo; ed ecco perchè nel « punto di mira della coscienza » non può trovarsi più di un fatto psichico per volta: ne vedemmo gli effetti quando studiammo le idee fisse (§ 93, p. 427-442). La corrente del pensiero è determinata, in vero, dal continuo succedersi di percezioni, imagini ed emozioni, che salgono, a così dire, dalla sfera incosciente verso quella della coscienza, e lottano per superarne le soglia e per occuparne il punto di mira: lo stato psichico vincitore, durante il tempo che vi si accampa, impedisce ad ogni altro di entrarvi. Adunque, la coscienza non si comprende se non in quanto essa medesima è, in ultima analisi, inibizione. Nel bambino noi assistiamo alla lenta formazione di questo elevato processo inibitorio, il quale è dapprima affidato alle sole impressioni cenestetiche ed emozioni,

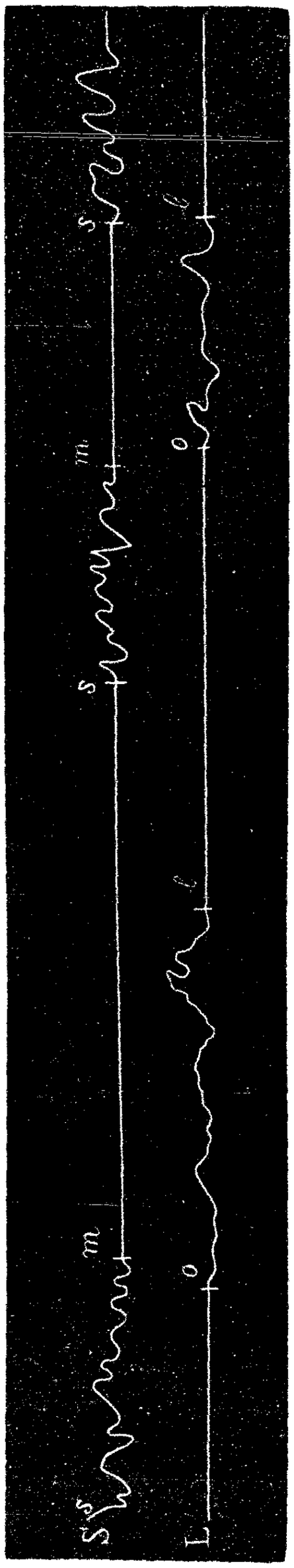


Fig. 119. — Influenza inibitoria delle impressioni sensoriali sui movimenti spontanei di un bambino (Dal WARNER).
S, Tracciato della mano sotto l'impressione del suono (*m*, periodo di suono musicale: attenzione; *s*, silenzio: moti spontanei). — *L*, Tracciato della stessa mano sotto l'impressione della luce (*l*, luce viva: gli occhi del bambino vi si fissano e cessano i movimenti; — *o* oscurità: ritornano a prodursi moti spontanei).

quindi alle percezioni, di poi alle imagini ed ai sentimenti sensoriali, in ultimo all'idee ed ai sentimenti astratti. Un esperimento elegantissimo di WARNER mostra come avvenga la inibizione esercitata dai fatti elementari di coscienza sui movimenti (fig. 119). Le membra del bambino sono in una continua irrequietudine, non solo per esuberanza di attività reflessa, ma anche per un vero bisogno di esercizio del senso muscolare. Se noi sottoponiamo la creatura a vivaci stimoli acustici (S) oppure visivi (L), si vede sospeso ogni movimento, finchè dura l'impressione del suono e della luce. Qui è il germe dell'attenzione, che il fanciullo, nel completarsi della sua personalità, saprà esercitare sempre più sui proprii movimenti, inibendoli, non soltanto la mercè di percezioni o stimoli esteriori, ma bensì mediante rappresentazioni o stimoli interiori.

L'attenzione rivolta sui proprì stati di coscienza, la percezione dei cambiamenti dell'io, insomma ciò che i filosofi chiamano « riflessione in sè e su sè », costituisce l'altissimo fra gli acquisti della mente: essa è il distintivo della coscienza umana più evoluta, ed è la forza interna che ci permette di guidare e correggere la nostra condotta. Il degenerato, il frenastenico, l'isterico, l'epilettico, il pazzo, non acquistano o perdono questo potere di appercepire e di riflettere, e però restano o diventano incapaci di regolare il corso dei loro pensieri, sentimenti ed atti.

Un secondo rapporto mutuo fra i centri nervosi è quello che i fisiologi dicono di dinamogenìa. Un centro, che funziona, può scaricare la sua energia, non direttamente attraverso le vie motorie o afferenti, ma su altri centri che a loro volta entrano in attività e finiscono col dare essi l'impulso finale al movimento. È su codesta dinamogenesi reciproca degli elementi gangliari nervosi, che si svolgono i legami associativi tanto importanti fra i centri corticali. Ecco perchè una sensazione qualsiasi risveglia l'evocazione di traccie lasciate da sensazioni precedenti, e dà luogo alla percezione, che è sempre un processo logico inconscio di raffronto e di ricognizione (A. BINET); ecco perchè un gruppo di imagini ne richiama altri consimili o antagonistici; ecco perchè l'iniziarsi di un movimento reflesso semplicissimo può dare origine ad

un intero sistema di movimenti, che diventano atti reattivi complicati od azioni coscienti. Tutti questi e i consimili fenomeni di associazione funzionale ci sono schiariti dalla struttura anatomica dei centri nervosi, dove, per quanto oscuri ci risultino gli uffici fisiologici delle minutissime particolarità messe in luce dall'odierna istologia, possiamo tuttavia supporre l'esistenza di relazioni incessanti, non solo fra gli elementi cellulari contigui dotati di funzionalità consimile, ma anche fra elementi di zone e regioni discoste funzionanti per ciò in modo differente (fig. 120).

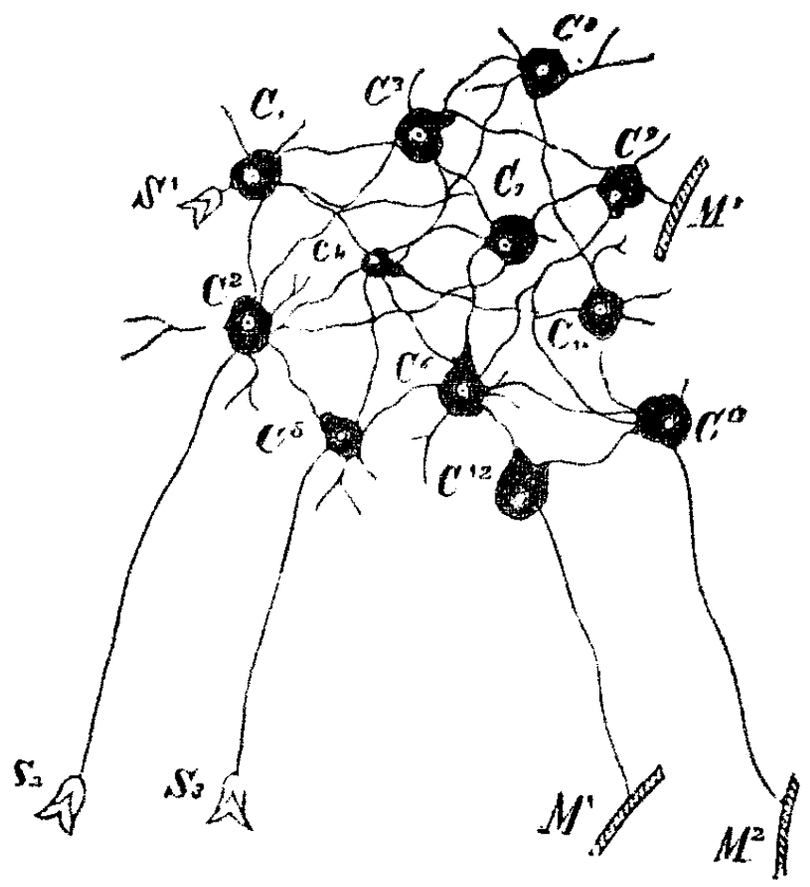


Fig. 120. — Complicazione del reflesso psichico in causa dei rapporti anatomo-fisiologici intercellulari (Da Fick).

[S^1, S^2, S^3, Estremità dei nervi sensibili ad una data eccitazione — C^1, C^2, C^3, C^4 ... Un gruppo di cellule psichiche, associate dai loro prolungamenti nervosi che costituiscono un reticolo — M^1, M^2, M^3, Muscoli diversi che possono rispondere allo stimolo secondo la direzione della corrente nervea. — Questa figura è ideale: le ricerche di Golgi, Ramon y Cajal, ecc. misero in dubbio le comunicazioni dirette fra le cellule nervose].

Le ultime indagini sperimentali e cliniche ci autorizzano a ritenere che la funzione inibitoria più alta, quella che si esercita sulle tendenze coscienti (« volontà »), abbia sede nella parte anteriore dei lobi frontali. Qui si sarebbero trovati centri moderatori di quelli funzionanti su tutto il resto della corteccia e nelle parti subcorticali: la loro inibizione costituirebbe il fatto psichico dell'*attenzione* o *appercezione*, donde la facoltà di regolare e dirigere il corso delle rappresentazioni (cfr. fig. 67-68, p. 152-53). Questo ci spiega i cangiamenti e pervertimenti di carattere, che seguono a lesioni sperimentali o patologiche delle regioni prefrontali: — egli è che si offende o distrugge l'inibizione cosciente sui reflessi psichici. Infatti una volizione altro non è se non un reflesso psichico, cioè un movimento, sul quale esercitiamo l'attenzione, appercependone lo sforzo, e che può essere arre-

stato o impedito mediante l'evocazione dell'imagine del movimento contrario (discernimento, scelta, determinazione). Possiamo ora comprendere perchè al volume ed allo sviluppo più perfetto delle regioni anteriori del mantello vada unita una mentalità sempre più grande, tanto sotto il riguardo filogenetico (evoluzione della mente nella serie animale e nella specie umana), quanto sotto il riguardo ontogenetico (evoluzione della intelligenza, del sentimento e della volontà nell'individuo, formazione del carattere, sviluppo e costituzione della personalità).

Mentre la vecchia psicologia ammetteva la cosidetta « libertà del volere », la nuova considera la volontà solo come un gioco alterno continuo di inibizioni e di dinamogenie a base fisiologica od organica. Noi non facciamo che assistere al consenso od al contrasto fra le diverse rappresentazioni di movimenti, ossia fra le idee motrici (impulsioni psichiche) che entrano nel campo della coscienza; soprattutto siamo consapevoli degli arresti e delle inibizioni di movimenti (volizioni), e, ricordandocene, ci guidiamo poi sulla nostra esperienza personale in conformità degli effetti utili (morali) raggiunti le prime volte. Non abbiamo però il potere di aumentare a nostro capriccio l'energia efferente d'una data imagine cinestetica (tendenza), perchè si attua sempre quel movimento attrattivo o ripulsivo, che è rappresentato in un dato istante dall'idea motrice più forte. Ora, la forza di un'idea motrice, d'una tendenza, le viene dal suo tono e colorito affettivo, aggradevole o penoso, e quindi l'affettività è l'unica causa impellente dei nostri atti. Noi agiamo e reagiamo, ci guidiamo cioè nella condotta, non già in conformità degli stati cognitivi e intellettuali, bensì degli stati affettivi — consistano essi in emozioni, in sentimenti concreti o sensoriali, oppure in sentimenti astratti o ideativi.

b) L'evoluzione seriale della volontà e lo svolgimento sistematico della personalità procedono, adunque, in relazione intima e proporzionale con quello dell'affettività, cioè con la timogenìa (da θύμός sentimento generale, *sensus*). Gli stadii di questa possono compendiarsi nel modo seguente:

1.° In una bassissima fase predominano gli elementi fisiologici, ossia le impressioni della sensibilità organica, i

bisogni fondamentali del conservarsi e del riprodursi. Ed ecco le tendenze vitali ereditarie nella specie, congenite nell'individuo, quelle che diciamo *istinti primordiali* (« pane ed amore »): l'uomo le condivide con tutti gli esseri animati, poichè esse sono la trama iniziale di tutta la vita affettiva.

Nelle personalità imperfette e nelle disintegrate questi istinti formano la parte prevalente, talvolta unica, della condotta (degenerati, dementi). Di più, la loro energia è tale da ridivenire gigante non appena si perturbi e si affievolisca il delicato e complesso potere inibitorio esercitato dagli acquisti ulteriori della volontà.

2.° Gli elementi organici cominciano ad associarsi con elementi psicologici percettivi; i primi però hanno sempre il predominio, perchè, insorgendo dalla cenestesi, sono o sembrano anteriori alla penetrazione del corrispondente elemento rappresentativo nella coscienza (teoria di W. JAMES). La condotta, a questo stadio, è guidata da fenomeni affettivi istantanei, di breve durata, di natura or penosa ed ora aggradevole, dovuti anch'essi all'esperienza accumulata della serie e della specie, e però designabili col nome di emozioni primitive animali. Esse sarebbero le emozioni *difensive* (paura, ripugnanza, disgusto, coraggio), le *offensive* (collera, risentimento), le *integrative* (gioia, euforia, benessere fisico, donde il sentimento della potenza), le *disintegrative* (dispiacere, tristezza, malessere, donde il sentimento di impotenza e l'irritabilità), e infine le *tenere* aventi per base il contatto (amore materno, primo nucleo della affettività sociale o altruistica).

Anche sotto questo riguardo l'uomo non si differenzia affatto dagli animali d'un grandissimo numero di tipi, classi ed ordini: il che fa sì che le emozioni primitive formino insieme con gli istinti la trama fondamentale della vita affettiva, si presentino di buon'ora nella psicogenìa infantile, si organizzino in tendenze stabili e poco dissimili in ciascuna personalità, e resistano anche molto agli attacchi dei processi dissolutivi, che originano la pazzia. Così le vediamo costituire tutta l'affettività in certe anomalie e deficienze congenite gravi della personalità, e rimanere, d'altro canto, a galla nei naufragî e nelle dissoluzioni terminali della mente.

3.° In uno stadio ulteriore, gli elementi psicologici, per-

cezioni ed imagini, si equilibrano con gli organici, anzi accennano già a predominare. Nascono bisogni non strettamente necessarii, ma pur sempre egoistici, perchè determinati dalle condizioni dell'organismo medesimo o dalle attività funzionali, che si sono venute in lui sistemando col crescere dei rapporti mesologici. Ad essi corrispondono stati affettivi o emozioni aventi di già un carattere più individuale, e manifestati con tendenze abbastanza complicate. Tali sono le tendenze ad attrarre verso sè un dato individuo del sesso opposto, fissandone l'attenzione e svegliando in lui emozioni simpatetiche (amore degli ornamenti, vanità, sentimento o istinto di seduzione); ad estendere e a far riconoscere dagli altri il proprio dominio incontrastato sugli oggetti e sulle persone (sentimento di proprietà, gelosia, prepotenza sui deboli); ad esercitare le funzioni sensoriali e percettive (curiosità, rudimento della conoscenza: sentimento di noja e malcontento); a spendere il soprappiù dell'energia fisica (giuochi, spirito di avventura, sentimento della libertà); a foggiarsi somaticamente e mentalmente conforme alle impressioni ricevute (mimetismo, dapprima inconscio poi consapevole, spirito d'imitazione); ad immettere il movimento e, per così dire, la vita propria fisica e psichica nelle cose circostanti (azioni meccaniche sugli oggetti e sovrapposizione d'un mondo fantastico sul reale: nucleo le prime dell'invenzione, germe la seconda del misticismo e dell'arte).

Queste emozioni sono designate dal RIBOT col nome di « primitive umane », ma la psicologia comparata ce ne rivela assai più che i semplici rudimenti negli animali di specie superiori, cui non è neanco estranea quell'emozione paurosa dell' « ignoto » o « inconoscibile », che è cardine e spiegazione a un tempo delle credenze umane (DARWIN, VAN ENDE). Dobbiamo, pertanto, riguardarle come emozioni secondarie egoistiche, proprie, nelle loro fasi iniziali e forme più grossolane della psiche protoumana o della psiche umana poco evoluta. Così le troviamo, difatti, intense ed efficaci nelle personalità inferiori o in via di sviluppo, quali sarebbero i selvaggi, i fanciulli e, per un certo senso, le donne. Passando poi alla sfera patologica, noi le troviamo dominare il carattere e la condotta delle personalità imperfette od anomale (degenerati, imbecilli, criminali, isteriche, paranoici originarii, ecc,),

non che di molte fra le personalità disintegrate dalla malattia (alienati propriamente detti, paralitici, dementi).

4.° Tutte le emozioni fin qui indicate come pertinenti ai due primi stadî dell'affettività son quelle da cui derivano poi tutte le altre dell'ultima fase timogenetica, o per evoluzione, o per arresto di sviluppo, o per combinazione. In questa fase ultima dell'affettività gli stati emotivi non sono più connessi a semplici impressioni o percezioni od imagini, ma ad idee e a concetti: in allora gli elementi psicologici o rappresentativi pigliano il predominio, e finiscono, da ultimo, col formare essi il nucleo della tendenza. A questa fase corrispondono le emozioni astratte, o sentimenti, che sono il grado più alto della timogenesi, l'acquisto supremo della personalità, l'espressione più completa dell'adattamento umano al suo ambiente (affettività sociale, altruismo, senso etico-estetico). Ciascuna personalità occupa nella gerarchia psichica un posto più o meno elevato conforme allo sviluppo di questi sentimenti, e conforme alla loro efficacia come guida e norma della condotta. L'ordine di evoluzione dei sentimenti è, difatti, l'ordine d'evoluzione dei concetti; e quanto più vi prevale l'elemento intellettivo (emozioni legate a concetti generali e ad astrazioni, « ideali », « idealità »), tanto maggiore è la difficoltà che i sentimenti correlativi si svolgano, si sistemino nella sintesi costituente la personalità, e si mantengano solidali ed attivi di fronte all'irrompere continuo degli stati affettivi precedenti, cioè di quelli collegati ai bisogni fondamentali ed all'emozioni primitive e derivate.

Così avviene che ogni arresto o deviazione nell'ontogenesi cerebrale si riflette particolarmente in questo campo elevato dell'attività psichica (esempî: l'insensibilità morale dei degenerati, l'assenza di pudore nell'imbecille, l'egotismo brutale del paranoico, ecc.). D'altra parte, ogni perturbamento patologico del cervello e sistema nervoso porta le sue prime offese nella sfera dell'affettività, nel tono generale o parziale dei sentimenti (p. es. pessimismo del melancolico, ottimismo del maniaco), e, qualora abbia indole distruttiva, dissolve la personalità da principio nei sentimenti astratti, per ridurla da ultimo alle sole manifestazioni inferiori dell'emotività or-

ganica (p. es. apatia della demenza consecutiva, ebetismo della demenza paralitica, ecc.).

Date le condizioni d'esistenza della specie umana e data la costituzione degli aggregati, in cui l'individuo di razza e condizione colta deve vivere, gli stati psichici emotivi, prodotti dalla evoluzione or riassunta dell'affettività, sono tra di loro in contrasto continuo. I più elevati e giovani, che sarebbero i sentimenti, lottano per dominare e inibire i più bassi ed antichi, le emozioni e gli istinti. Di più, tenuto conto del loro contenuto, i sentimenti che concernono i rapporti dell'individuo col rimanente della compagine sociale, di cui fa parte, sono spessissimo in opposizione con quelli che concernono i bisogni e le tendenze puramente individuali. Noi designiamo come « morali » le tendenze utili all'aggregato, quelle cioè che ne rispettano gli interessi e i sentimenti, o che mirano a renderne più sollecito, esteso e completo l'adattamento; designiamo come « immorali » le tendenze, che, rispondendo a emozioni ad appetiti e a bisogni puramente egoistici, offendono gli interessi ed i sentimenti della collettività, o ne ostacolano e ne ledono lo sviluppo fisico, fisiologico e psichico. L'educazione mira a rinforzare le prime a scapito delle seconde; e il governo di sè medesimo (*self-control* degli Inglesi), la forza di volontà, l'energia ed elevatezza del carattere consistono per l'appunto nel frenare, soggiogare e ridurre le tendenze organiche, individualistiche, inferiori od « animali » la mercè di un'inibizione esercitata dalle tendenze astratte, altruistiche, idealistiche, insomma « umane ».

Senza dubbio lo sviluppo della volontà e il perfetto adattamento della condotta sono agevolati dallo sviluppo dell'intelletto, in altri termini dalla statica e dinamica delle percezioni divenute imagini, idee e concetti. Però ciò avviene soltanto perchè un numero più grande e più vario di stati rappresentativi costituisce una serie più numerosa e diversa di stati sentimentali (*motivi*), fra' quali potrà effettuarsi la lotta (e quindi la *scelta*). Aggiungasi che un'intelligenza evoluta e colta prevede in modo più completo le conseguenze dei proprii atti, ed intuisce, così, *fini* più alti ed estesi come regola e norma della sua condotta individuale (benessere altrui, rispetto ai sentimenti ed agli interessi dei conviventi,

utile dell'aggregato). Si comprende però come intelligenza e sentimento possano anche trovarsi in disaccordo, e il più delle volte non offrano correlazione precisa di sviluppo, di crescenza e di grado. Una persona intelligentissima può essere quasi del tutto priva di affettività, laddove una mente semplice e limitata nella sfera conoscitiva può elevarsi agli eroismi ed alle abnegazioni più sublimi; del che ognuno evocherà facilmente esempii tratti dalla propria osservazione e dalla storia per riguardo alla psicologia normale. In quanto alla psicopatologia, l'alienista incontra un numero stragrande di forme e casi di pazzia, dove si mostra, con tutta la sua sorprendente sequela di effetti i più bizzarri e contraddittorii, questa reciproca indipendenza dell'elemento cognitivo e dell'affettivo. Il fatto si spiega con ciò che una rappresentazione, pur essendo netta e ben definita nella coscienza, può difettare o mancare di tono o di colorito emozionale, e quindi, non causando una tendenza sufficientemente dotata di impulso centrifugo, essere priva di azione dinamogenica od inibitoria di fronte a tutte le altre tendenze, che la ostano o le resistono.

c) Riassumiamo ora le leggi precipue di una psicopatologia generale della condotta:

1.° *La condotta dell'alienato è la manifestazione più diretta e sicura delle deficienze e alterazioni della personalità.* — Questa legge, dopo quanto abbiamo detto in più parti dell'opera, non richiede altri schiarimenti: notisi intanto il suo valore nel campo della Psichiatria forense, dove per l'appunto il giudizio peritale si deve portare esclusivamente sulle azioni, in quanto costituiscono la rivelazione ejettiva della coscienza.

2.° *La condotta dell'alienato, in quanto è regolata da stati emotivi e rappresentativi anomali o morbosi, resta inadatta o diviene disadatta per rispetto all'ambiente.* — L'inadattabilità, giusta quanto dicemmo sopra, è indizio di debolezza, insufficienza ed anomalia congenita, spesso ereditaria o degenerativa, della capacità affettiva e intellettuale; il disadattamento significa alterazione morbosa dell'affettività e della intelligenza già acquisite.

3.° *Il primo e più certo criterio diagnostico d'una*

pazzia è l'incoerenza della condotta rispetto ai precedenti dell'individuo. — L'incoerenza qui considerata riguarda le malattie mentali, che incolgono le personalità regolarmente sviluppate (vesanie, cerebro-psicopatie): essa consiste in una dissimiglianza più o meno improvvisa e più meno estesa fra le azioni che vediamo compiere dal malato e quelle che egli avrebbe compiuto in tempi anteriori. Ai sentimenti ed ai concetti nuovi rispondono atti insoliti contrastanti cogli adattamenti speciali che in lui s'erano coordinati e che ora si scompongono e distruggono.

4.° *Nei processi generali di dissoluzione della personalità la condotta si disintegra in senso inverso alla sua evoluzione (filogenesi ed ontogenesi).* — Le prime ad alterarsi sono le tendenze di indole affettiva più elevata e composta, cioè le soprasociali, le sociali e le altruistiche: il senso estetico, il senso morale, il sentimento religioso, le passioni politiche, l'amor della patria, la simpatia e la pietà pei proprii simili e gli esseri viventi, l'amore della famiglia. In seguito si alterano le tendenze, che riguardano i bisogni derivati, quale sarebbe l'esercizio dell'intelligenza, dell'emotività, delle funzioni di senso. Solo in ultimo l' alterazione incoglie le tendenze organiche che concernono la riproduzione e la conservazione dell' individuo: l'amore sessuale, il bisogno di esercizio muscolare, quello di respirare, quello di nutrirsi. Nei primi stadii di dissoluzione si esagerano naturalmente tutte le tendenze individualistiche od egoistiche: negli ultimi anche queste si oscurano e possono persino scomparire nella morte della affettività e della intelligenza.

5.° *Nei processi degenerativi della psiche lo sviluppo della condotta si arresta agli adattamenti di grado inferiore.* — All'invalido, al degenerato, al frenastenico, manca soprattutto la capacità di salire sino alle più alte sfere del sentimento, alle tendenze soprasociali e sociali: il suo senso etico-estetico rimane imperfetto, il suo sentimento religioso è nutrito di sole imagini sensoriali grossolane, la simpatia e la pietà non sono da lui sentite, ecc.

6.° *Gli elementi più stabili della condotta sono quelli, che rispondono alle tendenze più antiche nella serie, nella specie e nell'individuo.* — Antichissime sono naturalmente le

tendenze organiche (nutrirsi, bere, respirare, moversi, riprodursi), perchè rispondono a necessità fondamentali dell' esistenza: ed ecco perchè nelle dissoluzioni della personalità permangono più a lungo. Dopo di esse, mostrano stabilità le tendenze acquisite dall'individuo sin dalle prime fasi dello sviluppo, e però organizzatesi nel suo sistema nervoso: tali sono specialmente le tendenze sensoriali e le affettive egoistiche (golosità, piacere del ritmo, ricerca di certe emozioni, vanità, ecc).

7.° *La condotta del pazzo deve essere interpretata in riguardo allo stato delle inibizioni e dinamogenie infracentrali del sistema nervoso.* — Di questo principio di psicopatologia della condotta ho dato le ragioni in paragrafi precedenti. Qui basterà avvertire che gli atti del pazzo sono generalmente abnormi, eccentrici, ridicoli, incoerenti, incongrui e dannosi, per due precipue ragioni: *a*) vi è disordine dell'affettività (emozioni, tono sentimentale, sentimenti specifici), e così è alterata la proporzione di intensità ed efficacia delle tendenze, che motivano l'atto; *b*) vi è disordine dell' intelligenza (percezioni, imagini, idee), e certe rappresentazioni, essendo più forti delle altre, neutralizzano le antagonistiche, e tendono a trasformarsi in atto.

8.° *L' individualizzarsi della condotta è in ragione diretta dell' isolamento della personalità dal suo ambiente reale.* — Il pazzo si può dire un individualista sfrenato, così che finisce coll'individualizzare non solo i proprii sentimenti e le proprie idee, ma col crearsi anche una percezione tutta sua della realtà esterna. In genere col sistemarsi dei delirii si produce un metabolismo della personalità, cui corrisponde una condotta sempre più dissimile da quella del soggetto quand'era in condizioni sane, e da quella della massa dei sani.

9.° *La consapevolezza o inconsapevolezza dell'abnormità d'una tendenza o d'un atto non ha valore alcuno per escludere od ammettere la pazzia.* — È principio psicopatologico di suprema importanza, che interessa la Psicologia forense, e che dopo lunghissime discussioni si trova oggi sanzionato nello stesso Codice penale italiano. L'art. 46, infatti, per la esclusione della imputabilità non esige che lo stato d'infermità di mente sia tale da togliere sempre la « coscienza »:

basta che tolga anche la « libertà dei proprii atti ». Invero si può essere consapevoli di una tendenza (coscienza di sè) e della sua criminosità (coscienza morale) senza però avere la forza di inibirla mediante la rappresentazione di tendenze contrarie (discernimento e scelta). [Cfr. a pag. 590].

101. **Criterii direttivi per l'esame della condotta del pazzo.** — Due intenti precipui ha l'alienista, che si accinga ad esaminare la condotta nelle malattie mentali: — 1.° osservare gli atti complessi o le azioni, con cui si estrinseca la personalità dell'alienato; — 2.° determinare le divergenze, che passano fra gli atti indotti dal disordine mentale e quelli che costituerebbero la condotta dell' individuo medesimo supposto sano di mente.

A) Le azioni dell'alienato sono da studiarsi in rapporto con le sue circostanze esterne di esistenza o coll'ambiente. — Non si può dire che una personalità sia stata completamente analizzata nelle sue manifestazioni attive, se non quando ne venga punto per punto indagato il modo di agire riguardo agli stimoli esteriori ed alle singole tendenze, che guidano tutta la condotta umana. In primo luogo, conviene dunque che l'alienista consideri bene l'*ambiente* in cui vive il suo malato, poichè la condotta di questo potrà variare cenforme ai fattori mesologici da cui si trova circondato (famiglia, isolamento, vita libera, manicomio). In secondo luogo, l'alienista raccoglierà il maggior numero possibile di osservazioni dirette e di informazioni precise sul *modo di condursi* del malato medesimo nelle diverse eventualità dell'esistenza.

a) Sull'ambiente in cui vive il pazzo, e in cui può esserne studiata la condotta, abbiamo discorso abbastanza (Vol. I. § 17-19°, e Vol. II, § 66-67°, spec. p. 57-59). Vedemmo inoltre come i procedimenti di esame, ispezione, interrogatorio

ed inchiesta debbano variare conforme alle circostanze, nelle quali il medico osserva il suo malato (Vol. II, § 71, p. 95, 100 e 111). Le tendenze, le abitudini, le azioni, in cui si rivela il disordine mentale, risentono le influenze mesologiche non meno di quelle che corrispondono allo stato normale della personalità: bisogna specialmente ricordare che il carattere del pazzo si modifica a seconda che egli continui a trovarsi in seno alla famiglia oppure sia in luogo di custodia.

α. Questa influenza perturbatrice dell'ambiente sull'intensità e sul decorso dei sintomi psicopatici ci spiega il quasi costante cambiamento, che si verifica nella condotta del maggior numero di pazzi, non appena siano allontanati dai parenti e sottoposti alle regole disciplinari del Manicomio. Quivi i più agitati e turbolenti si calmano, i disordinati ed eccentrici si riordinano, gli impulsivi diventano meno pericolosi, i deliranti stessi presentano una sosta delle loro allucinazioni ed uno scolorimento del delirio, giacchè quasi tutti costoro vengono via via adattandosi alle nuove condizioni che li circondano. Si direbbe che l'ambiente manicomiale eserciti una specie di interferenza su certi fenomeni morbosi: infatti esso modifica generalmente *in meglio*, attenuandone i caratteri pazzeschi, la condotta degli individui affetti dalle seguenti forme: — mania vesanica, eccitazione maniaca sintomatica di altre psicosi (paranoia, paralisi generale, frenosi sensoria confusionale, isterismo), delirii tossici acuti e subacuti (alcoolismo), delirii con impulsioni violente distruttive e omicide (epilessia), delirii sistematizzati con umore irritabile (paranoia con delirio di persecuzione specifica), stati ansiosi con idee di suicidio (melancolia agitata, demenza senile con delirio di povertà), forme ragionanti (pazzia morale, delirio di querela).

Altre volte invece la reclusione può indurre un *peggioramento* nella condotta: ad es. in certi stati melancolici lievi od iniziali (melancolia passiva semplice), nei delirii ipocondriaci leggieri, in alcune paranoie persecutorie (con delirio di persecuzione generica od astratta, e con incipiente metabolismo della personalità), nelle ipocondrie e pazzie neurasteniche (puerperali), in certe forme degenerative (ossessioni ed impulsioni coscienti, pazzia del dubbio) e psicosi costituzionali collegate a neurosi (epilessia, isterismo), e in un numero non

indifferente di frenastenie (imbecillità) e di psicastenie terminali (demenza incompleta tranquilla). In questi casi il contatto con altri alienati, la lontananza dalle persone amate, l'inoperosità rispetto al lavoro abituale, la perdita della libertà, provocano aumento od esacerbazione di molti sintomi. Talvolta si tratta di fenomeni di *induzione*, dovuti ad una vera influenza suggestiva dell'ambiente ed all'istinto di imitazione, che caratterizza tutti i cervelli indeboliti, dotati di poca iniziativa, e vivamente impressionabili. Non mi perito a dire che in molti pazzi l'esito in demenza secondaria, cronica ed inguaribile, è agevolato, affrettato e persino indotto dalla esistenza monotona, stucchevole e priva di affetti dell'Asilo.

Trova qui posto una considerazione di tecnica Manicomiale. Si sa che i Manicomii moderni, quali si sono venuti formando durante il dominio della scuola clinica francese (Esquirol, Parchappe, Renaudin, Ètoc-Demazy, Falret . . .), sono costrutti ed organizzati specialmente allo scopo di separare i pazzi in categorie conforme al loro stato generale. Alle categorie degli alienati corrispondono altrettanti comparti o padiglioni dell'Asilo: *Tranquilli* suddivisi in *t. inoperosi* e *t. lavoratori; Semiagitati*; *Agitati* (« furiosi »); *Sudici*; *Infermi; Epilettici* (impulsivi). Il criterio direttivo di tale separazione è, come si vede, assolutamente empirico, e non ha altro in mira se non le manifestazioni più esteriori della pazzia: la condotta dei ricoverati.

β. In famiglia ed in libertà la condotta dell'alienato è assai più spontanea: e lo si capisce facilmente. Si rifletta che in moltissimi casi la pazzia si svolge da germi ereditarii latenti, o viene contratta in causa di multipli fattori d'indole morale, ad es. la cattiva educazione, il mimetismo domestico, le abitudini viziate o viziose, i contrasti affettivi, le disillusioni e i patemi, la miseria e le difficoltà materiali della esistenza, la concorrenza, gli eccessi di lavoro, ecc., i quali tutti continuano ad agire sui sentimenti e sulle idee del malato, e quindi alimentano e vivificano, per così dire, il suo stesso disturbo affettivo, le sue illusioni ed allucinazioni, il suo delirio. S'aggiunga che i consanguinei d'un alienato sono ben di sovente intaccati in più o men larga misura dalla stessa sua labe gentilizia, e ne risentono la nociva suggestione fino

al punto da giustificare, per una mala intesa pietà, tutte le stranezze della sua condotta, e pur anco fino al punto da entrare nella cerchia illogica delle sue idee ed affezioni morbose. Ecco perchè quei pazzi, cui vedemmo giovare l'isolamento e la custodia nel Manicomio, ci offrono in casa lo spettacolo più genuino e sincero della bizzarria, della violenza, della impulsività nella condotta. Il fondamento della cura starà dunque nel sottrarli all'influenza dannosa delle famiglie.

b) La condotta del pazzo va esaminata sotto due aspetti: — l'uno concerne l'insieme generico dei suoi modi di condursi, e ci viene rivelato specialmente dalle modificazioni morbose delle *abitudini*, che sono l'espressione statica del suo carattere normale; — l'altro riguarda propriamente le *azioni* intenzionate o no, che sono svegliate da stimoli interni od esterni non abituali e nuovi, e in cui si rivela lo stato dinamico della così detta « facoltà volitiva ».

a. Sotto il nome di abitudini intendiamo designare quelle maniere particolari di reagire a stimoli molte volte esperimentati, le quali col ripetersi perdettero quasi la qualità di determinazioni coscienti o volitive con scelta, e divennero acquisti stabili e permanenti dell'adattamento individuale alle condizioni ordinarie di vita (carattere).

Esamineremo, in prima, le abitudini del soggetto per quanto concerne il *soddisfacimento dei bisogni fondamentali*, cioè: — 1.° il modo di *alimentarsi* e riparare le perdite quotidiane dell'organismo (come e quando mangia e beve, quantità e qualità dei pasti, contegno nel cibarsi, preferenze e idiosincrasie repulsive per dati cibi, ecc.); — 2.° il modo con cui vengono eccitate le funzioni dell'organismo la mercè di *sostanze dinamogene* (uso dei così detti « alimenti nervosi », inebbrianti o narcotici, abuso di alcoolici, di caffè, di tabacco, abitudini di morfinismo, cloralismo, solfonalismo, ecc.); — 3.° il modo con cui vengono osservate le *regole della conservazione personale* (abitudini di nettezza, governo igienico del corpo, mezzi usati per ripararsi dalle forze fisiche esterne, vestiario come difesa dal caldo e dal freddo, aerazione e disinfezione del luogo abitato, rimozione delle sostanze escrementizie e di rifiuto, ecc.); — 4.° il modo con cui sono esercitate

le *funzioni sessuali* (continenza o intemperanza, masturbazione, libertinaggio, artificii e raffinatezze della libidine, frequentazione di lupanari, turpiloquio, ecc.); — 5.° il modo con cui è appagato il *bisogno di attività funzionale dell'organismo*, massime a riguardo del soprappiù d'energia del sistema muscolare e nervoso (esistenza attiva o inerte, esercizii fisici spontanei, inclinazione al moto o all'oziosità, amore dei giuochi, tendenza alla crapula, occupazioni intellettuali, curiosità di sapere, abitudine della lettura, ecc.).

Passeremo, in seguito, a indagare le abitudini del nostro malato per quanto concerne la sua *esistenza in famiglia*, e cioè: — 1.° il modo con cui egli manifesta i suoi *affetti domestici* (contegno ordinario verso i genitori, il conjuge, i figli ed i parenti, umore espansivo e benevolo, oppure concentrato ed irritabile, rari o frequenti trasporti di collera, atti di affettuosità simpatica o di corruccio sproporzionati al motivo, ecc.); — 2.° il modo col quale provvede ed intende *al mantenimento di sè e dei suoi cari*, tenuto conto della sua condizione sociale, intelligenza naturale e cultura (laboriosità o accidia nell'esercizio del mestiere, dell'arte o della professione; governo economico, ordine o disordine della casa, istruzione ed educazione dei figli; tutela degli interessi materiali o trascuratezza nociva al benessere della famiglia, prodigalità, tendenza al risparmio, avarizia, desiderio del superfluo e amore del lusso sotto le sue varie forme di vestiario, di arredi domestici, di ricreazioni costose, ecc.).

Cercheremo, in terzo luogo, notizie sulle abitudini che riguardano — 1.° i *sentimenti religiosi* (atti di culto esterno, preghiera, frequentazione delle Chiese, ottemperanza delle regole canoniche, indifferenza, tolleranza od intolleranza in argomenti di fede, ostentazione di credenza o di miscredenza, abitudine della bestemmia, ecc.); — 2.° i *sentimenti estetici* (amore dell'ordine e della simmetria, buono o cattivo gusto nel vestire, colori preferiti, inclinazione ai piaceri grossolani della tavola, frequentazione dei teatri e convegni mondani, ecc.).

Da ultimo, ci dovremo occupare delle abitudini dell'individuo per riguardo alla *convivenza in società*, e cioè: — 1.° il modo con cui egli contrae e mantiene *rapporti affettivi coi suoi simili* (amicizie, compagnie nel lavoro e nei giuochi,

predilezione per individui moralmente degenerati, tendenza a isolarsi nel cerchio della famiglia, misantropia, vita solitaria); — 2.° il modo col quale sono manifestati i *sentimenti simpatici verso i conviventi* (umore ordinariamente benevolo ed indulgente, condiscendenza, compassione per le miserie e sventure, atti filantropici, sperpero del proprio in doni inutili e ingiustificati, amore degli animali sino alla eccessiva zoofilia: oppure umore irritabile, facilità alla collera, stizzosità, intolleranza d'ogni menomo contrasto, ricerca sofistica e maligna delle altrui colpe e debolezze, insensibilità egoistica per le disgrazie private e pubbliche, sentimenti di ostilità, maltrattamenti dei congiunti e dei figli, tirannia domestica, predominio egoistico delle passioni sui sentimenti altruistici, ecc.); — 3.° il modo di intendere e rispettare le *norme del vivere civile* (maniere urbane o inurbane, spirito di contraddizione, creanza o mala creanza, rispetto alle convenienze, contegno decente o indecente in faccia ad estranei e sopratutto in faccia a donne e a fanciulli, aggressività nel discutere, espressione dei sentimenti di mutua dipendenza verso i superiori e verso gli inferiori nella gerarchia sociale); — 4.° finalmente, il modo di intendere e di compiere i *proprî doveri verso i sentimenti e gli interessi del corpo sociale* (moralità od immoralità della condotta, dissimulazione od ostentazione del vizio, abitudine alla menzogna ed alla ipocrisia, spirito di disciplina o indisciplinatezza, obbedienza o ribellione alle leggi, concetto dei proprii diritti giuridici e politici rispetto ai diritti altrui, ecc.).

β. Conosciute le abitudini del malato, passeremo a studiarne le a z i o n i, che escono dalla cerchia degli adattamenti acquisiti, e rispondono, come effetto reattivo, a stimoli esteriori od interiori eventualmente nuovi od insoliti o più forti del consueto. Per usare un paragone grossolano, che dilucidi la differenza fra le reazioni *abituali* e le *non abituali*, potremmo dire che le prime costituiscono come l'ordito di cui è intessuta la condotta dell'individuo, e le seconde come la trama che dà risalto alla stoffa. Le une sono stabili e fino a un certo punto prevedibili quando conosciamo il *carattere* dell'individuo, poichè derivano dalla fissità degli adattamenti personali anteriori, i quali si sono organizzati la mercè della ri-

petizione o dell'esercizio. Le altre, all'opposto, sono instabili e ordinariamente imprevedibili, poichè dipendono dalla plasticità della funzione impulsiva e inibitoria centrale, e corrispondono, come dicono gli psicologi, a nuove esperienze, cui l'individuo è sottoposto dai cangiamenti nelle circostanze esterne e dalle inevitabili oscillazioni della sua personalità rese ancor più grandi nello stato di alienazione (cfr. § 66, p. 47-50).

Per studiare tutte le manifestazioni reattive di nuova esperienza, abbiamo tre procedimenti: 1.° esaminare passivamente la condotta dell'alienato quale si rivela nella sua completa spontaneità (cfr. § 72); 2.° informarci dai parenti, dagli amici, dai custodi su quanto avviene in nostra assenza, e quando il pazzo non si sa o non si crede osservato (ivi); 3.° provocare con opportuni artificì gli atti di cui ci sono note le caratteristiche morbose, con lo scopo precipuo di vedere se come e quanto sia alterata la funzione inibitoria dei centri superiori sui reflessi cerebrali di natura inferiore.

Quest'ultimo procedimento si risolve in pratiche di vera *suggestione*, che ora sarà *verbale*, se adopereremo la parola per provocare le reazioni del pazzo, ed ora *sensoriale*, se lo metteremo direttamente in rapporto con eventi, con persone o con cose, che possano spingerlo ad agire nel senso da noi voluto. Per stimolarlo con la parola, ci basterà dargli un ordine, sollecitarlo a compiere qualche atto, discutere con lui il suo delirio e le sue allucinazioni, oppure mentovargli fatti, persone e cose, il cui ricordo svegli determinate idee od emozioni morbose. Più efficace ancora sarà la stimolazione immediata dell'attività cerebrale che potremo ottenere, ad esempio, con la vista dei cibi e delle bevande, se vogliamo esaminare la condotta concernente i bisogni nutritivi; con la consegna di lettere o con le visite di parenti ed amici, se miriamo a saggiare l'affettività domestica; con la presentazione di imagini sacre e altri oggetti consimili, se ci occupiamo dei sentimenti religiosi, ecc. In sostanza, ogni categoria particolare di azioni può essere provocata sperimentalmente con l'uso metodico degli stimoli esteriori ed interiori (stati presentativi e ripresentativi) atti a fare insorgere le corrispondenti tendenze, sia in forma di movimento, sia in forma di arresto d'un movimento nascente.

B) Non è facile dire in che consista la divergenza tra la condotta d'un alienato e quella d'un sano di mente: in altri termini, non è facile stabilire i criterî ejettivi, dai quali si possa desumere che un individuo si conduce da pazzo nelle varie eventualità dell'esistenza. È evidente pertanto che la diagnosi di « condotta pazza » o di « condotta pazzesca » si fonda nella pratica e nel consenso dell'universale sui dati seguenti: 1.° opposizione fra i motivi impellenti all'atto e le condizioni esterne, nelle quali si trova l'individuo: e il contrasto è dovuto a ciò che questi ha perduta o non ha acquistata la capacità di riadattare i suoi sentimenti e concetti erronei all'ambiente (criterio dell'*incorreggibilità finale delle azioni*); — 2.° opposizione fra gli atti, di cui ora consta la condotta del malato, e le manifestazioni antecedenti del suo carattere, quando era nello stato di salute (criterio dell'*incongruenza* o *incoerenza personale*); — 3.° opposizione fra la condotta dell'individuo deficiente, anomalo o alienato, e quella che nelle stesse circostanze di ambiente avrebbe la grandissima maggioranza delle persone sane, tenuto conto dei sentimenti ed interessi sì dell'individuo che dell'aggregato (criterio del *disadattamento sociale*).

La questione qui indicata è di suprema importanza per la Psichiatria nei suoi rapporti con la Giurisprudenza e col Diritto, poichè, conforme al modo con cui essa è risolta, viene pure definito l'arduo problema della responsabilità. Non è questo il luogo di trattare l'argomento (veggansi le opere di Psicologia forense e di Sociologia e Antropologia criminale): gioverà però ricordare, in via sommaria, che per definire e stabilire la natura morbosa o pazzesca di una condotta vennero proposti e sostenuti, senza molta fortuna, criterii diversi da quelli che ho superiormente accennati. Tal'è, ad esempio, il criterio psicologico della *coscienza*, intesa nel significato di consapevolezza dei proprii atti: la psicologia patologica ci mostra che in un numero stragrande di alienati questa con-

sapevolezza non è affatto perduta e neppure oscurata. Tal'è pure il criterio etico-sociologico della *coscienza morale*, intesa come consapevolezza della immoralità o criminosità degli atti: contro di esso stanno i frequentissimi casi di pazzi perfettamente conscii di delinquere e spinti al mal fare da un'impulsione morbosa avvertita dalla loro coscienza. Migliore è, adunque, sebbene non perfetta, la formola adottata dal nostro Codice (Zanardelli, 30 giugno 1889): « Non è puni- « bile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era « in tale stato di infermità di mente *da togliergli la coscienza « o la libertà dei proprii atti* » [Art. 46]. Qui la semplice particella separativa *o* è stata senza dubbio un grande progresso sulle disposizioni anteriori di legge e sui Codici di molti altri Stati civili, poichè, pur considerando i casi nei quali manca davvero la *coscienza dell'agire*, non si sono esclusi dal giusto benefizio della inimputabilità (irresponsabilità sociale) gli individui, in cui tale coscienza non è perduta od annebbiata, ma in cui trovasi lesa invece la *libertà dell'agire*. Questa libertà va però intesa, non nel vieto senso metafisico di un assurdo « libero arbitrio », poichè sarebbe in contrasto col principio di causalità, bensì nel senso fisio-psicologico d'una capacità di correggere l'adattamento erroneo dei proprii sentimenti e delle proprie idee alle condizioni di ambiente, in altri termini nel senso d' una capacità di aggiustamento.

Per applicare al caso clinico in esame i tre criterii della condotta, che ho indicato più su, fa d'uopo, prima di tutto, riflettere che essi non possono andare da soli: l'uno illumina e consolida l'altro. Procedendo poi allo studio degli atti compiuti dal nostro malato, non potremo pretendere (come purtroppo si pretende dal volgo e, per lo più, dai magistrati giudicanti) che essi abbiano tutti e sempre indole morbosa, cioè che la condotta del pazzo sia sempre pazza o pazzesca. In vero, un gran numero di alienati non cangiano, malgrado il perturbamento della affettività e intelligenza, le abitudini che concernono la loro vita istintiva, perchè esse sono fortemente organizzate nella specie, nè quelle che, acquisite dall'infanzia, sono la parte meno mutabile della personalità. Ciò si osserva in numerosi casi di melancolia, di ipocondria, di psicopatie terminali (demenze incomplete), di pazzie periodiche

semplici, di psicosi nevrasteniche, di pazzia morale, per tacere delle forme periodiche, ecc. Altri pazzi offrono errati solo certi adattamenti particolari a condizioni esterne, perchè esistono disturbi iniziali o limitati del sentimento e dell' ideazione, cui rispondono anche isolate tendenze; in tutto il resto la condotta può essere normale. Tale è il caso peculiarissimo dei degenerati incolti da impulsioni coscienti (« monomanie affettive » della vecchia scuola), e di certi paranoici con delirio circoscritto (« monomanie intellettive »). Però, guardando bene, si vede poi che questa unilateralità è soltanto apparente. Egli è che, in fondo, tutte le attività o funzioni psichiche sono solidali fra loro, e una semplice tendenza morbosa implica un disturbo complesso e generale dell' adattamento interno alle condizioni esterne: implica, cioè, la perdita di quel potere di aggiustamento, pel quale l' individuo corregge il contrasto o il dissenso fra gli stati dell'io, o fra lo stato dell' io e quello dell'ambiente.

α. Riguardo all'incorreggibilità finale dell'azione, conviene ricordare che la condotta dell'individuo è normale o sana, quando consta di *atti rivolti intenzionalmente ad un fine*. In tutto il regno animale l'intenzionalità dei movimenti è l'unica prova ejettiva che noi possediamo per dire che esiste un'intelligenza (tale è il criterio fondamentale cui si inspira la psicologia comparata, Romanes). Ora, per mantenere il proprio adattamento al mezzo occorre che l'individuo intuisca la finalità degli atti, ne prevegga, cioè, le conseguenze. Se l'atto contenuto nella tendenza impellente, o di già iniziato, gli porterà nocumento oppure sarà in contrasto con le condizioni esterne (delle quali nell'uomo sono parte precipua i rapporti sociali), esso verrà impedito o arrestato nel sano dalla rappresentazione di questo danno e di questo contrasto. Una condotta bene adattata risulta, adunque, da una lotta incessante fra tendenze antagonistiche, di cui le utili (cioè le morali per l'individuo e per la società) sopraffanno ed inibiscono le svantaggiose (le immorali). Condotta morbosa sarà invece quella che offre i seguenti caratteri: 1.° disequilibrio, diminuzione o perdita della funzione inibitoria; 2.° prevalenza dei motivi interni (emozioni, illusioni, allucinazioni, idee deliranti) sugli esterni (percezioni); 3.° sproporzione fra il motivo e la in-

tensità, durata e reiterazione dell'atto. Questo fa sì che il pazzo sembra agire *senza motivi,* o, come si dice, senza ragione, e però in modo *sragionevole*.

β. Riguardo all'incoerenza personale della condotta, dobbiamo pensare che nei sani gli atti riconosciuti utili dall'esperienza vengono ricordati per poter servire di norma alla condotta futura, ogni qualvolta si ripetano le circostanze, da cui furono provocati, e cui corrispondono. Adunque, la coerenza nella finalità degli atti è altro indizio di una condotta regolare e bene adattata: quando esiste una connessione relativamente fissa fra gli antecedenti e i conseguenti dell'agire, abbiamo la prova ejettiva che la personalità è integra e sana, cioè mantiene la sua unità ed identità. Ma non appena un processo morboso disintegri ed alteri la sintesi degli stati psichici donde risulta la personalità, noi vediamo la condotta farsi incoerente ed irregolare. È quanto avviene nelle forme acquisite di vesania, e nelle tardive di psicosi, nelle cerebro-psicopatie, nelle encefalopatie tossiche (frenopatie propriamente dette), delle quali diciamo che esse pervertono e modificano il carattere morale dell'individuo, perchè si svolgono in personalità già normalmente costituite. Giustamente il Tarde (*Philosophie pénale*, 1890, p. 155) dice che la pazzia ci aliena e ci disassimila in quanto ci fa stranieri verso noi stessi e verso il nostro ambiente: chi impazzisce, perde la propria *identità personale*.

γ. Riguardo al disadattamento sociale del pazzo, abbiamo già visto come la finalità degli atti non vada intesa soltanto nel senso egoistico. Ogni uomo fa parte di un aggregato, di modo che la convivenza assurge al valore di fondamentale condizione di esistenza, cui l'individuo deve adattarsi. Un perfetto e sano adattamento individuale sarà, adunque, quello in cui verranno inibite tutte le tendenze contrarie agli interessi ed ai sentimenti dell'aggregato, e in cui la condotta non avrà per guida soltanto i motivi egoistici, ma quelli altruistici. Però un adattamento sì fatto non viene raggiunto dalle personalità imperfette del frenastenico, dell'anomalo, del degenerato, e, qualora sia stato acquisito, viene perduto in più o men grande misura dagli individui, la cui personalità va incontro agli attacchi di processi morbosi, che la pertur-

bano e la dissolvono, com'è per l'appunto il caso di tutte le alienazioni mentali.

Il criterio del disadattamento sociale fu messo in opera anche per risolvere il problema della natura della delinquenza (vedi, fra i molti che scrissero di criminologia, il VACCARO M. A. sp. nella recente sua opera: *Le basi del Diritto e dello Stato*, Torino, 1893). Lo stesso criterio forma pure il nucleo del surricordato concetto della « dissimilazione » o « dissimiglianza » del delinquente riguardo ai suoi consociati, emesso dal TARDE (loc. cit.). Ma sarebbe ingiusto confondere il delinquente comune coll'alienato: vi è fra essi una differenza importantissima, consistente in ciò che il primo conserva intatto il potere di correzione e di aggiustamento, ossia dovrebbe essere in grado di riadattare i suoi sentimenti e concetti erronei alle condizioni esterne (sociali), mentre il secondo ha perduto questo potere, o, se si tratta di forme congenite (delinquente nato, pazzo morale), non l'ha acquistato nello svolgimento della sua personalità. Da codesta differenza non si deve inferire però che la società si trovi disarmata contro gli individui antisociali o disadatti e per ciò nocivi. Anche quando ai vecchi criterii metafisici e giuridici della responsabilità si sostituisca quello sociologico della temibilità del colpevole, si vede che non viene a cessare il diritto sociale di difesa, che è la vera base scientifica del Diritto penale.

102. **I fattori morbosi e le alterazioni della condotta nell'alienato.** — Le maniere di agire del pazzo tengono a due sorta di motivi: gli uni sono esogeni, e consistono nelle stimolazioni esteriori, cioè nei cangiamenti indotti dalle sensazioni negli organi sensoriali e percettivi; gli altri sono endogeni, e consistono nelle stimolazioni interiori, cioè nelle emozioni insorgenti dall'organismo viscerale e nelle imagini ed idee rievocate nei centri rappresentativi. Poichè ogni nostro atto è il risultato di una tendenza, che è a sua volta il prodotto di sentimenti e di rappresentazioni, la causa delle anomalie, bizzarrie e morbosità della condotta vuole essere cercata in questi fattori esterni ed interni,

cioè nello stato della sensibilità, del sentimento o affettività, dell'intelligenza o cognizione, e della volontà o conazione.

Nella condotta dell'alienato noi troveremo, pertanto, le seguenti categorie di azioni pazzesche:

1.° *Azioni cagionate da disturbi di sensazione* (sensazioni troppo deboli o troppo intense, sensazioni secondarie, sensazioni malamente interpretate o illusioni, sensazioni puramente subbjettive o allucinazioni);

2.° *Azioni cagionate da disturbi di ripresentazione e associazione delle imagini in idee* (deficiente o falsificata conservazione delle imagini, lesioni della memoria ritenitiva; mancante o falsificata riproduzione delle imagini, lesioni della memoria rievocativa; alterata ricognizione delle sensazioni e imagini, lesioni di percezione; intensificato o diminuito potere di attenzione; lenta, accelerata o incongrua formazione ed associazione delle idee; deficienze di raziocinio ed errori di giudizio, idee coatte e delirii);

3.° *Azioni cagionate da disturbi di sentimento* (depressione, esaltamento e oscuramento del tono sentimentale delle imagini ed idee; lesione dei singoli sentimenti intellettuali; irritabilità, apatia e versatilità di umore);

4.° *Azioni cagionate da disturbi di volontà* (agevolata o difficoltata formazione di idee motrici; aumento o diminuzione del sentimento di sforzo o conativo; intensificazione, evanescenza o pervertimento delle tendenze ereditarie o istintive, acquisite o abituali; dissociazione e predominio d'una tendenza, idee impulsive e impulsi).

Descrivere una ad una tutte queste condizioni morbose del sentire, dell'intelletto e del volere, studiarne la patogenesi, indicarne la frequenza ed i mutui rapporti nelle singole malattie della mente, è il còmpito della Psicopatologia generale e speciale. A noi bastava porre in rilievo come dall'esame clinico ejettivo dell'alienato, cioè dalla semejotica, si giunga a desumere e a costruire tutta la sintomatologia psichica dell'alienazione, la quale sostanzialmente si risolve in combinazioni varie di disestesie, distimie, di noesie e disbulie. (Su di ciò veggasi il Cap. V.°).

Fra le alterazioni cui va soggetta la condotta nelle infermità e malattie mentali si devono principalmente distinguere quelle che riguardano l'insieme delle azioni, cioè le Disprassie generali, e quelle che concernono invece le azioni singole procedenti dalle singole tendenze, cioè le Disprassie parziali.

a) Considerando, in primo luogo, le disprassie generali, l'alienista esamina la condotta dell'alienato sotto tre aspetti diversi:

1.° Come manifestazione ejettiva dell'attività psicomotoria, la quale può essere alterata per eccesso, per difetto o per arresto, conforme a quanto vedemmo avvenire in tutte le funzioni cerebrali. — Questo gruppo di disprassie concerne strettamente la forma, non il contenuto della condotta;

2.° Come manifestazione ejettiva del carattere individuale, cioè della maniera con cui si associano e combinano sistematicamente nell'unità fisio-psichica dell'individuo le disposizioni congenite e le tendenze acquisite. — Questo gruppo di disprassie concerne in parte la forma e in parte il contenuto stesso della condotta, in quanto che nelle anomalie e forme morbose del carattere non si vedono solo esagerate o affievolite le tendenze, ma le si vedono pur anco modificate nella loro finalità e non raramente pervertite;

3.° Come manifestazione ejettiva dell'equilibrio mentale, cioè della mutua relazione inibitoria e dinamogenica fra le tendenze, alcune delle quali possono, per ragione di malattia, rendersi indipendenti e acquistare tale forza, persistenza e reiterazione da predominare su tutte le altre e da condurre quasi alla completa disintegrazione della condotta, come vedemmo avvenire delle idee fisse rispetto al processo logico del pensiero. — Qui pure la disprassia è di forma e di contenuto, potendo la tendenza autonoma e imperativa essere non

solo più forte ostinata e coartante, ma anche diretta a fini morbosi.

b) Passando di poi alle disprassie particolari, l'alienista esamina la condotta del pazzo, scomponendola nei singoli gruppi di azioni, che corrispondono alle diverse eventualità dell'esistenza umana.

La serie di queste eventualità dà origine alle seguenti categorie di azioni sempre più complicate ed alte:

1.° Azioni concernenti la *conservazione dell'individualità organica* (nutrizione e riparazione delle perdite quotidiane; difesa contro gli agenti fisici esterni, che potrebbero danneggiare l'integrità e la salute dell'organismo; soddisfacimento del bisogno di attività funzionale dell'organismo stesso):

2.° Azioni concernenti la *conservazione della specie* (attività riproduttiva, senso erotico, affettività sessuale):

3.° Azioni concernenti la *esistenza materiale dell'individuo come membro di un aggregato sociale* (conquista dell'alimento e dei mezzi economici per vivere e per soddisfare i propri bisogni; attività nel lavoro, ed esecuzione del còmpito che spetta ad ogni convivente rispetto all'aggregato di cui fa parte):

4.° Azioni concernenti i *rapporti di associazione famigliare* (vita domestica, abitudini di famiglia, affettività verso i congiunti e i consanguinei):

5.° Azioni concernenti i *rapporti di convivenza cogli altri individui dello stesso aggregato o di aggregati affini, ed, in genere, con tutti i viventi* (relazioni sociali; rispetto alle consuetudini, alla vita ad ai diritti dei consociati; sentimenti altruistici, di pietà e di giustizia, simpatie ed amicizie; sentimenti morali, patriottici, filantropici e biofilici; senso di convenienza e senso etico):

6.° Azioni concernenti i *rapporti di dipendenza*

dell'uomo dall'insieme del cosmos (concetti del divino e della divinità, omaggio all'inconoscibile ed al soprannaturale, sentimento religioso e sue espressioni):

7.° Azioni concernenti il *soprappiù dell'energia psichica* speso oltre ai bisogni strettamente utili all'esistenza materiale dell'individuo e della specie (attività imitatrice o creatrice dell'intelletto, produzioni artistiche; attività ricreativa, giuochi; curiosità, sviluppo della conoscenza; sentimenti estetici).

Debbo, anzitutto, giustificare la denominazione di Disprassia, che mi appartiene nel senso qui indicato di « disordine della condotta » (da $\pi\rho\acute{\alpha}\sigma\sigma\omega$ faccio, opero, conduco a termine). Altri infatti l'ha adoperata in un senso differente dal mio, cioè di « disturbo nella facoltà di riconoscere l'uso pratico degli oggetti »; ed è così che furono descritte una « aprassia » (Allen-Starr, Rossolymo, Blocq-Onanoff, Bernheim) ed una « pseudo-aprassia » (per sinonimo di asimbolia, Pick). Ma a me sembra, come già ebbi occasione di rilevare (v. p. 528), che per designare le alterazioni di ricognizione sia preferibile il nome di « Disgnosie ». Infatti questo ci esprime con maggior chiarezza il disturbo della percezione o ricognizione degli oggetti mediante il cosiddetto « ragionamento inconscio dell'atto percettivo » (A. Binet).

In quanto alla analisi delle disprassie parziali, debbo dire che la classificazione degli atti complessi costituenti la condotta del pazzo, che io ho adottata, è a un dipresso quella dataci da E. Spencer e introdotta in Psichiatria dal Mercier (l. cit.). A me essa è parsa, dopo lungo studio, la migliore di quante potrebbero essere adottate nella semejotica, non solo perchè risponde all'evoluzione generale della condotta nella specie e nel fanciullo, ma anche perchè ci ajuta a procedere nei nostri esami clinici dal semplice al composto. Non la si troverà applicata nei trattati di Psichiatria che corrono per le mani di tutti, giacchè gli Autori, come altrove notai (p. 123), si sono ostinati a descrivere i sintomi della pazzia in conformità degli schemi artificiosi della psicologia teoretica; e nella loro smania di scomporre la fenomenologia

morbosa dell'alienato nei suoi elementi primi, ci hanno presentato i frammenti inerti della personalità, non più una personalità vivente ed attiva. La pratica ci pone, per contrario, davanti a individui, che agiscono e reagiscono, non in rapporto a casellarii più o meno classici di così dette facoltà di percezione, ideazione, sentimento, istinto e volontà, bensì in rapporto all'ambiente reale in cui vivono. Oltre al MERCIER già citato, ha compreso questa necessità della *praxis* il MARANDON DE MONTYEL, proponendo di studiare ejettivamente gli stati emotivi ed intellettuali (quindi anche la condotta) sulla base delle tre cose, che li provocano: la *salute*, la *fortuna*, la *moralità* (cfr. « Ann. méd. psych. », genn., '92, p. 108). Ho ricevuto dall' egregio alienista le sette grandi tabelle del suo « Piano di osservazione », ma non mi sono convinto della bontà della sua proposta: considero più pratica la guida fornita ai nostri esami clinici dalla classificazione di SPENCER, poichè tutta la attività mentale dell'individuo vi è compresa e distinta in relazione con l'ambiente.

§ 2.

CONDOTTA IN RAPPORTO CON L'UNITÀ SISTEMATICA DELLE TENDENZE.

(Disprassie generali).

103. **Esame della condotta in relazione coi disturbi dell'attività psicomotoria.** — L'attività psicomotoria si basa su quella trasformazione degli stimoli esterni od interni, sensazioni od imagini, in impulsi centrifughi, che diviene cosciente e può essere inibita e regolata in zone speciali della corteccia (§ 75 e 100). Essa è, dunque, una funzione reflessa, sostanzialmente non dissimile da ogni reflesso nervoso cellulare o gangliare; se non che, venendo accompagnata in date condizioni dalla coscienza, cioè dalla rappresentazione del movimento e della sua finalità, l'atto reflesso corticale si fa atto psichico, e il movimento assume il carattere

di volontario, diventa una volizione. Ora, nel pazzo l'attività psicomotoria ci dà il primo e più fedele specchio dello stato morboso, in cui cade l'organo psichico per eccellenza, la corteccia. A seconda che questa è colta da sovraeccitazione semplice, da irritazione, da esaurimento, da torpore, da arresto, e a seconda dell'integrità o della lesione anatomica dei suoi fini elementi costitutivi, si avranno disordini generali della condotta che riguarderanno due aspetti precipui dell'attività psicomotoria:

1.° Il suo svolgimento formale come prodotto della funzione reflessa corticale, e quindi la forza, persistenza, vivacità, associazione ed inibizione sistematica delle tendenze, dalle quali derivano le azioni e reazioni individuali. — Da questo lato, l'attività psicomotoria del pazzo si può trovare esagerata, eccessiva, sproporzionata alla intensità degli stimoli esterni, scaricata per le vie centrifughe a mo' di convulsione tonico-clonica; e avremo nella condotta un eccesso morboso di azioni e reazioni (*iperprassia*). Può, al contrario, essere indebolita, esausta, ostacolata, e pur anche sospesa; e di conseguenza la condotta si renderà povera di azioni spontanee e persino inerte nel reagire (*ipoprassia*, *aprassia*).

2.° Il suo rapporto con la coscienza, e soprattutto con la consapevolezza di agire in vista di un fine. — Da questo lato, l'attività psicomotoria può essere nel pazzo *conscia* od *inconscia*, a seconda che egli abbia o no la percezione dello sforzo di movimento, *volontaria* od *involontaria* a seconda che egli si rappresenti o no le conseguenze del movimento e possa regolarlo, sospenderlo e impedirlo del tutto mediante l'interferenza inibitoria di imagini motrici antagonistiche. Si badi frattanto che il pazzo, al pari del sano, può compiere azioni *involontarie* e *conscie* al tempo stesso. E questo avviene

qualora egli, pur avendo la percezione dello sforzo e la conseguente rappresentazione del fine del movimento, non sia in grado di evocare imagini motrici contraddittorie, nè di determinarsi conforme ad esse (mancanza del governo di sè medesimo): oppure sia tratto ad agire da rappresentazioni molto vivaci di movimenti, le quali sopravvincano tutte le altre (tendenze impulsive, impulsioni coscienti): o, in fine, agisca nella direzione impressa dalla legge del minimo sforzo e in conformità di abitudini organizzatesi nella specie e nell'individuo (azioni istintive, automatiche). È di suprema importanza avvertire che questa « coscienza delle azioni involontarie » dev'essere accuratamente separata dalla « coscienza morale », che è il sentimento aggradevole o penoso risvegliato dalla rappresentazione della finalità sociale od antisociale di un atto. Quando la Psichiatria nelle sue relazioni col diritto, studiando la imputabilità e responsabilità, dimostra, come già vedemmo, che il criterio empirico e giuridico della consapevolezza dell'agire non esclude il disordine della mente, ha precisamente di mira queste azioni involontarie nelle quali, evidentemente, non esiste il contrasto della scelta.

Le due specie di disturbi dell'attività psicomotoria, che qui abbiamo considerate distinte — disturbi formali, e disturbi di coscienza o consapevolezza dell'agire — non sono separabili nell'esame della condotta effettiva dell'alienato: le si possono tenere separate solo in quanto noi consideriamo la coscienza come una concomitanza non necessaria, nè costante di ogni fenomeno fisiopsichico. In realtà, avviene questo, che quando il processo fisiologico dell'attività psicomotoria è turbato per intensità e durata, quando esso è troppo agevole o troppo difficile, troppo accelerato o troppo lento, si perturba nel tempo stesso la percezione dello sforzo: e allora si perde, si oscura o si sospende la consapevolezza dell'azione. Dobbiamo rammentarci, a tale riguardo, che noi non siamo consapevoli di un movimento, se non quando vi parte-

cipa la corteccia cerebrale (cfr. p. 154, e fig. 121-2). Solo allora entrano nel punto di mira della coscienza, sono cioè appercepite, tanto l'imagine del movimento che stiamo per compiere e della sua finalità (rappresentazione dell'impulso o *tendenza*), quanto la sensazione del movimento che stiamo compiendo (sentimento dello *sforzo*): esse ci avvertono che la nostra energia si scarica per le vie centrifughe. Ma la scarica può avvenire anche con la nostra piena inconsapevolezza, sia perchè si produca nell'arco riflesso sottostante, cioè attraverso ai gangli sub-corticali, sia perchè l'organo della co-

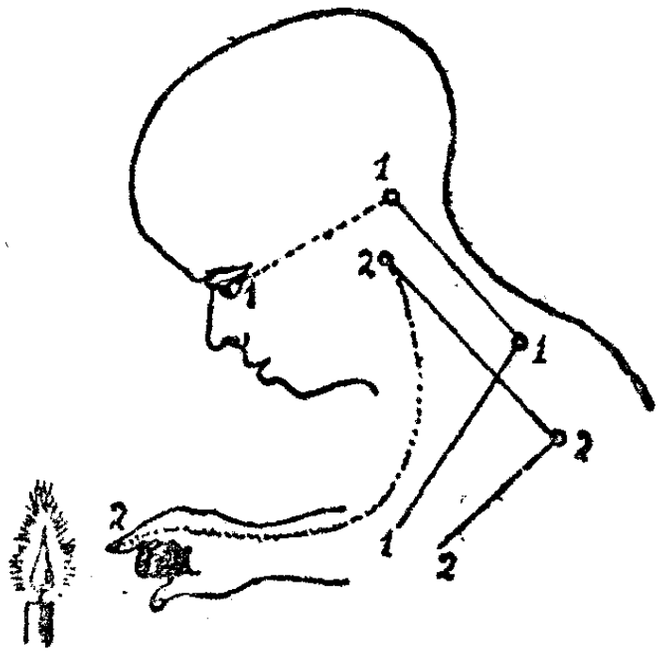


Fig. 121.
Schema del reflesso fisiologico ganglio-spinale.

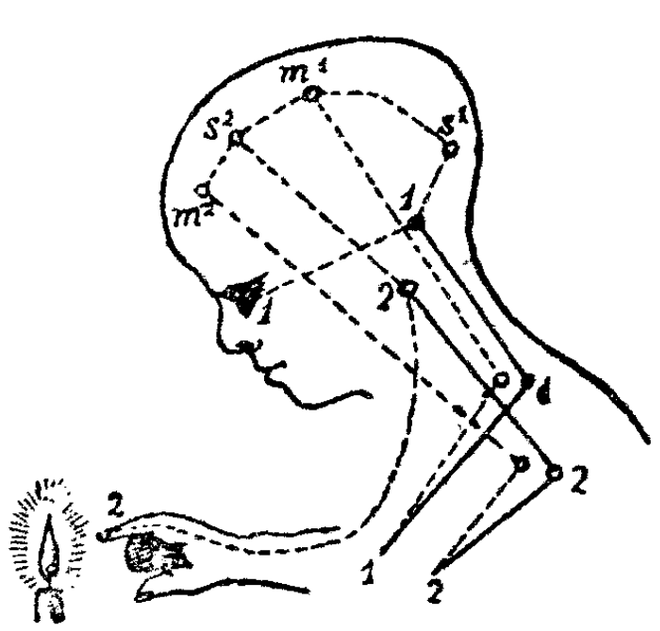


Fig. 122.
Schema del reflesso psichico ganglio-cortico-spinale.

Queste due figure servono a dimostrare lo sviluppo della funzione inibitoria corticale (volontà) dai reflessi semplici, puramente fisiologici, nel bambino (Da W. JAMES).

[1, 1, 1, 1, Movimento reflesso propulsivo o di presa, causato dalla impressione luminosa di una candela; — 2, 2, 2, 2, Movimento reflesso repulsivo o di retrazione, causato dalla impressione dolorosa della fiamma; — s^1, s^2, Centri corticali delle imagini e percezioni (coscienti) visive e tatto-dolorifiche; — m^1, m^2, Centri corticali delle imagini muscolari e della percezione del sentimento di sforzo negli arti superiori. — Le linee punteggiate indicano la corrente nervosa afferente o estesiodica; quelle intere, la efferente o cinesiodica; quelle tratteggiate della fig. 122, il percorso lungo le vie centrali di associazione].

scienza si trovi in condizioni tali da essere attraversato dalla corrente nervea in una direzione già altre volte percorsa e quindi diventata più facile e pervia (movimenti involontarî inconscî, atti automatici). Può avvenire, in terzo luogo, che la corteccia avverta la trasformazione dello stimolo in impulso motorio senza avere più il potere di arrestare e moderare il movimento, cioè di inibire la tendenza (movimenti involontarî conscî, atti psichici reflessi).

Si può tentare una spiegazione fisiologica del fenomeno subbiettivo « coscienza dell'azione » o « volontà », per applicarla poi nel campo psicopatologico; e la spiegazione va espressa così, in forma, lo dico subito, puramente metaforica. — La corteccia cerebrale è da paragonarsi ad un reostato intercalato in un circuito elettrico. Anch'essa è sovrapposta all'arco nervoso reflesso, ed è percorsa dalla corrente nervea: questa, attraversandola, vi incontra una resistenza maggiore assai di quanto incontri nelle vie soggiacenti, e così dà origine alla coscienza nel modo istesso che nel circuito elettrico nasce la scintilla.

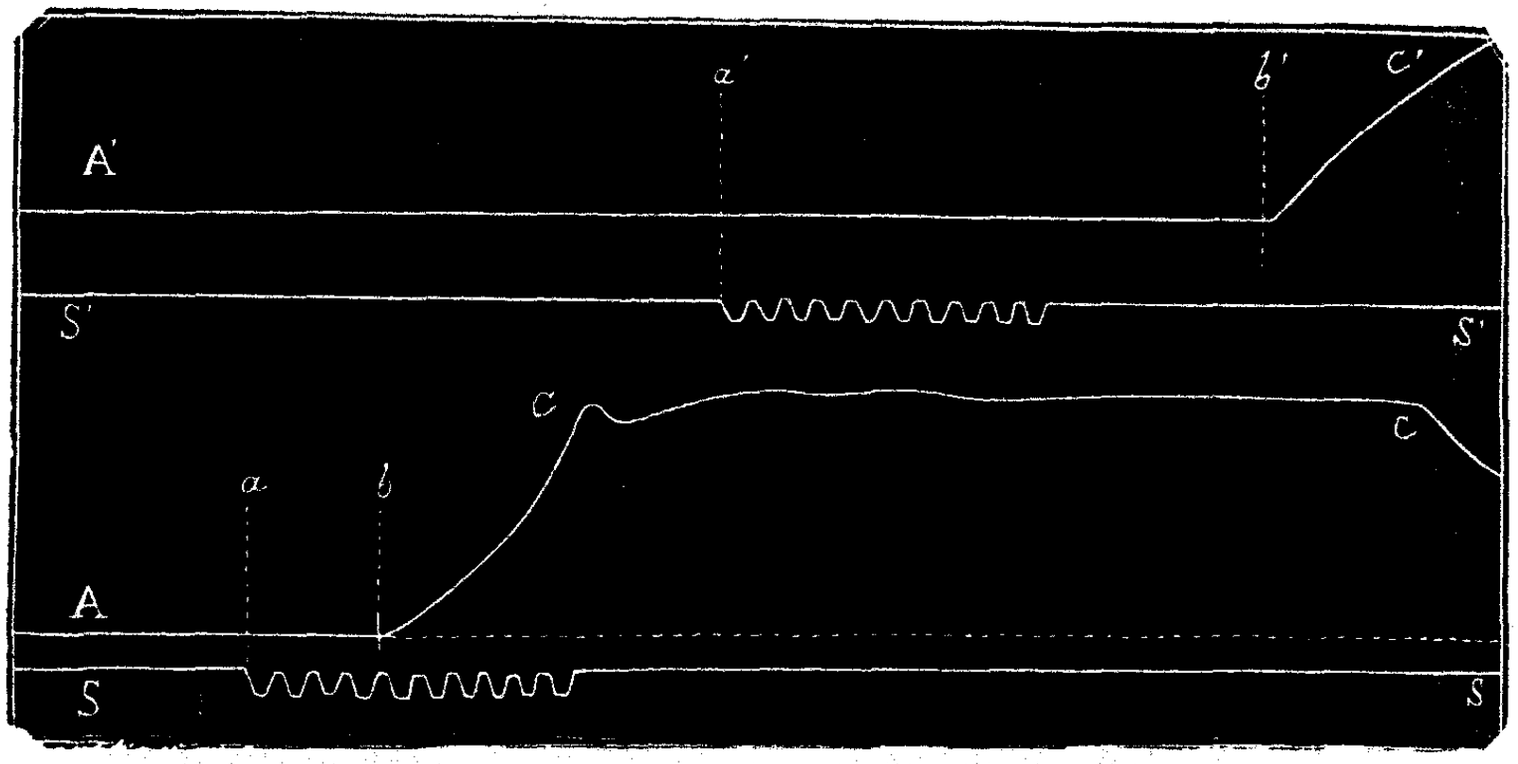


Fig. 123. — Dimostrazione della resistenza nervosa mediante il confronto del periodo latente diretto coll' indiretto.

[Le linee *A*, *A'* rappresentano il tracciato della contrazione di un muscolo dell'arto superiore (cane); le linee *S*, *S'* indicano il momento in cui comincia e finisce una stimolazione elettro-faradica. — *A*, è il tracciato miografico ottenuto stimolando il nervo motore più che sia possibile vicino al muscolo; *A'*, il tracciato quando si stimolino i centri corticali; *a b*, *a' b'*, periodo latente di eccitazione: nel primo caso la sua durata è qui di 0''.010 nel secondo di 0''.160, cioè il quadruplo. La differenza comprende: 1.° il periodo latente di eccitazione della corteccia; 2.° la trasmissione dal centro corticale al rigonfiamento cervico-dorsale del midollo; 3.° la trasmissione dal midollo al punto precedentemente stimolato dal nervo].

Che la resistenza sia più grande nella corteccia, è provato obbiettivamente dalla lunghezza maggiore del suo periodo latente di eccitazione (fig. 123). Questo periodo di latenza dopo le stimolazioni sperimentali rappresenta la più elementare forma di inibizione, ma possiamo figurarcelo come assai più prolungato. È appunto funzione speciale della corteccia ritardare indefinitamente la risposta allo stimolo. Al ritardo, che

dipende dalla registrazione dell'imagine motrice, ed alla ulteriore evocazione di questa sotto lo stimolo di altre imagini ed idee, noi diamo il nome di « volizione ». Un movimento acquista il carattere volitivo, ossia ci appare voluto, solo in quanto la sua latenza è sempre più lunga di quella d'un movimento reflesso o automatico.

Considerando ora l'attività psicomotoria nel suo complesso, si scorge come nelle malattie mentali l'aumentare e il diminuire della resistenza della corteccia diano origine a fenomeni morbosi di accresciuta inibizione fino alla sospensione completa d' ogni reflesso psichico, oppure ad una affievolita e pur anco abolita inibizione fino all' immediato trasformarsi di ogni stimolo, esteriore od interiore, in reflesso cerebrale. Nel primo caso l' individuo proverà un senso penoso di sforzo e di impotenza, che renderà più difficili, lunghe e scarse le azioni e reazioni (ipo- ed aprassia degli stati di depressione); nel secondo, invece, proverà un senso aggradevole di forza e di potenza, che renderà più facili, rapide e copiose le stesse azioni e reazioni (iperprassia degli stati di esaltamento). Ma come abbiamo detto or ora, e come ben provarono le indagini psicometriche sulla durata degli atti psichici elementari (percezioni, rappresentazioni semplici, associazione di rappresentazioni), la coscienza è in funzione di un tempo ben determinato: essa manca o si oscura quando l'atto si effettui al di qua o al di là del tempo opportuno. Senza attenzione non v'è coscienza, senza coscienza non v'è volontà. Ecco perchè agli estremi dei due stati morbosi suindicati, così nella troppa come nella troppo debole resistenza corticale, si finisce col cadere in una completa inconsapevolezza e inintenzionalità volitiva (stato di stupore, — stato di irritabilità e di furore).

A) L'iperprassia, l'esagerazione dell'attività psicomotoria, si manifesta con una più rapida e facile trasformazione delle idee motrici in movimenti, ed è accompagnata da una diminuzione nel senso dello sforzo. Essa corrisponde a stati di eccitamento dei centri psicomotorî, i quali possono raggiungere il grado di vere scariche convulsive; oppure a stati di indebolimento

dei centri inibitorî, che arrivano in taluni casi all'incapacità assoluta di dirigere e moderare l'attività di quelli. L'iperprassia ha varî gradi, che però non si presentano sempre separati nel quadro nosografico di determinate condizioni psicopatiche, ma invece si possono alternare e susseguire nel decorso di una stessa malattia mentale.

1.° Nel grado più mite il malato prova un bisogno irresistibile di moversi e di scaricare per le vie centrifughe l'eccesso od il soverchio d'energia, del quale si sente e si crede capace. E poichè le rappresentazioni motrici non possono risguardare, a questo stadio, se non movimenti intenzionali rivolti ad un fine abituale o ad un fine nuovo combinato sui ricchi elementi rappresentativi, che si affollano nella sua mente mantenendo ancora un certo vincolo logico, ne segue che l'iperprassia lieve prende l'aspetto di una semplice esuberanza nell'agire e reagire di fronte alle circostanze reali dell'esistenza. La condotta si mostra, insomma, affaccendata e smaniosa, ma non turbolenta nè convulsa; pronta e volubile, ma non violenta nè aggressiva. Ogni atto è il prodotto di stati affettivi piacevoli, ed è accompagnato da sentimenti ottimistici vivaci, da entusiasmo, dalla soddisfazione di poter fare, dalla «gioja di vivere».

L'aspetto ejettivo dell'alienato iperprassico è tipico, e noi ne parlammo studiando il tipo iperattivo del contegno (Vol. II, § 80, pag. 196 e seg.). Il malato si mostra in un fervore continuo di instancabile operosità: vuol cangiare tenore di vita, vuole acquistare una rapida fortuna; formula progetti azzardosi, l'uno più dell'altro, e si immerge in speculazioni, talvolta non senza successo; intraprende mille cose le più disparate, ma nessuna ne trae a compimento, le tralascia e le riprende a capriccio; corre di qua e di là, si affanna a visitare parenti ed amici, allestisce partite di piacere; è con tutti di un'affabilità di pessimo gusto, scherza con persone sconosciute, ma

si risente e insolentisce per un nonnulla; parla e straparla su tutto, poetizza, infiora i discorsi di allusioni e soprattutto di sottintesi erotici; desidera e vuole ogni cosa che vegga; ama le pompe, il lusso, i bagordi; fa spese pazze, regala principescamente, è prodigo fino allo sperpero, frequenta caffè osterie e bordelli; si commuove ed esalta con somma facilità; ha rapidi scatti di acrimonia e di ira, alternati con slanci improvvisi di tenerezza; diventa libero di modi, sincero fino alla sconvenienza, petulante, licenzioso nelle parole; perde il sentimento del dovere, si disinteressa della famiglia, mette tutto a soqquadro; imagina e compie azioni disoneste per procurarsi danaro; mentisce spudoratamente; è, in fondo, un egoista che soddisfa la sua smania di attività senza preoccuparsi delle conseguenze dei proprî atti, pur avendo consapevolezza piena ed intera della loro finalità.

Con ciò abbiamo riassunto il quadro clinico offertoci in particolar modo dall'esaltamento maniaco semplice, dalle fasi iniziali di mania, dal periodo maniaco di molte pazzie periodiche e cicliche (« pazzia ragionante senza delirio »), dallo stadio prodromico della paralisi generale progressiva. Gli alienisti son d'accordo nel designare questa iperprassia col nome di « follia d'azione ».

2.° In gradi più avanzati non abbiamo più soltanto il lusso dell'attività, ma il vero eccesso: le singole manifestazioni della condotta appajono ancora come conscie, però non sono più intenzionate o volute nello stretto senso della parola, assumendo esse i caratteri di puri reflessi psichici. Le idee motrici insorgono sempre facilmente, e il sentimento dello sforzo è indebolito; ma la stessa agevolezza e rapidità delle rappresentazioni di movimenti e di atti va a scapito dei loro vincoli associativi: la condotta si appalesa versatile, sconnessa e turbolenta al pari dell'ideazione, quale si estrinseca nei discorsi e negli scritti. Bene spesso i centri psicomotorî cadono in un'alternativa di sovreccitazione e di esaurimento, e, come avviene d'ogni nervo (legge della fatica), sono anche più irritabili.

Tutti gli atti, che abbiamo or ora descritto, raggiungono una vivacità e rapidità insolita, si combinano nel modo più inaspettato, si avvicendano senza ragione, e la condotta non diviene solo esuberante, ma altresì incoerente e disordinata. Il bisogno di agire non trova più soddisfazione in atti rivolti intenzionatamente ad uno scopo, ma è soddisfatto con ogni sorta di scariche motorie che procurino un sentimento immediato di potere fisico (gesticolazione, vociferazione, logorrea, ipermimia, grafomania, ecc.). Più oltre, se la stimolazione dei centri psicomotorî progredisce, o se fin da prima si svolge in forma di eccitamento, l'agire non ha più misura, e l'incapacità di frenarsi è addimostrata dall'emotività volubilissima, dalle reazioni inaspettate, dai frequenti accessi di collera, dalle tendenze distruttive, dall'imprevidenza cieca del pericolo, dall'assoluta perdita del senso morale: il pazzo diventa irritabile, osceno, aggressivo, violento, insomma oggetto di pericolo e scandalo pel corpo sociale.

È il quadro clinico che ci si presenta più o meno variato e più o meno intenso negli stati di sovreccitamento e di agitazione, i quali sono ora vesanici (mania acuta e cronica, demenza maniaca, demenza agitata, fasi di pazzia periodica e ciclica), ora neurosici (mania epilettica, isterica), ora sintomatici di processi organici (paralisi, alcoolismo acutizzato), ed ora episodici di psicosi degenerative (paranoie allucinatorie). Lo vediamo anche negli stati melanconici con intensa reazione al dolore (melancolia ansiosa, agitata).

3.° In un grado estremo l'iperprassia si manifesta con vere convulsioni psicomotrici: l'attività dei centri si scarica in forma clonica o clonico-tonica; non vi è più ombra di intenzionalità voluta e diretta ad uno scopo previsto, l'agire e il reagire diventano involontarî ed inconscî.

Qui la condotta si può dire che manchi affatto, nel senso di un adattamento alle condizioni esterne: ad essa si sostituisce la violenza e rapidità del semplice reflesso nerveo, poichè gli stimoli all'agire sono ordinariamente d'origine interna od organica (allucinazioni, emozioni, impulsi morbosi incoscienti)

o per lo meno la percezione degli stimoli esterni non è più rettificata (illusioni).

Abbiamo codesto disturbo del meccanismo formale della condotta nel furore della mania e della paralisi progressiva, nel « raptus » angoscioso, disperato, panofobico o terrifico della melancolia e dell' epilessia, nel *delirium acutum* (probabilmente infettivo) e nel delirio tossico, avvertendo però che in quest'ultimo, ad es. nell' alcoolico, può esistere una oscura e vaga consapevolezza dei proprî atti con sommario ricordo dell'accaduto (stati di semi-sogno).

B) L'**ipoprassia**, la diminuzione dell' attività psicomotoria, consta di una più lenta e difficile trasformazione delle idee motrici, e si accompagna con un eccesso del senso dello sforzo. Possiamo attribuirla tanto ad una depressione dei centri psicomotorî, quanto ad un eccitamento di quelli inibitorî: donde il fatto subbiettivo della resistenza maggiore, che incontrano le rappresentazioni di movimento per tradursi in atto. Questa resistenza aumentata, essendo sentita anche nei centri delle imagini verbali (specialmente delle verbomotorie), fa sì che la sindrome della bradifrasia e bradifasia si associa generalmente alla bradiprassia, come più tardi l'afrasia ed il mutismo saranno caratteristica naturale dell'assoluta aprassia.

1.° Fin dai gradi iniziali e miti di ipoprassia, il malato sente che gli è difficile ed anche doloroso l'agire: il dolore nasce da ciò che ogni impulsione motoria incontra ostacoli insoliti per immettersi nelle vie centrifughe e scaricarsi al di fuori. Da prima sono dolorosi e difficili soltanto i movimenti intenzionali, che dovrebbero corrispondere a circostanze nuove ed impreviste di esistenza, e quindi a fini non abituali: in seguito, lo stento ed il senso di aumentata resistenza incolgono anche i movimenti ed atti abituali. La condotta del pazzo ipoprassico si mostra altrettanto povera di ini-

ziativa, quanto ricca è quella dell'iperprassico. Egli, pur avendo la rappresentazione degli atti che dovrebbe compiere, non è capace di compierli: ha il *volere* senza il *potere* (ipobulia), dal che nasce il suo sentimento di sconforto.

I dati semejotici dell' ipoprassia semplice sono i seguenti: — irresolutezza nell'agire, lentezza nel prendere una decisione, timore di sbagliare quando una decisione fu presa; esagerazione di tutti gli ostacoli, che si oppongono all'agire, rappresentazione continua e paurosa di responsabilità immaginarie; muto e tenace rifiuto ad operare quando il malato vi sia consigliato o spinto, oppure penosissima inquietudine se vi venga costretto; sentimento penoso della propria impotenza; lamento continuo di non provare più desiderî, nè voglie, nè affetti; bisogno di isolarsi e di vivere appartato, di sfuggire ad ogni impressione, di chiudersi nel proprio dolore; fastidio di ogni novità, malcontento inesprimibile di tutto e su tutto; negligenza consaputa, e perciò tanto più disaggradevole e torturante verso i proprì doveri, massime domestici e religiosi; contegno imbarazzato e imbarazzante nei rapporti sociali; trascuratezza delle cure personali di pulizia, ecc.

E sotto queste parvenze che all'occhio dell'alienista si rivelano gli stati di depressione, dove la consapevolezza di sè, la « coscienza del proprio stato morboso » può persistere lucida e completa (melancolia semplice, fase melancolica ragionante delle pazzie periodiche e cicliche, ipocondriasi, pazzia del dubbio, pazzia costituzionale affettiva delle isteriche). Siffatta condizione di impotenza, percepita dal malato e mantenuta da turbamenti profondi della cenestesi, quando si prolunghi oltre misura, finisce però coll'oscurare e pervertire il sentimento ed il concetto della personalità (delirî allegorici).

2.° In un grado più inoltrato tutte le caratteristiche dell' ipoprassia si acutiscono: lo sforzo dell'agire si fa maggiore, la resistenza dei centri psicomotorî si accresce fino a rendere quasi impervie le vie centrifughe; l'influenza dei centri inibitorî oltrepassa i limiti della

semplice azione direttiva e moderatrice, e si esagera fino all'arresto d'ogni movimento intenzionato, massime se nuovo ed imprevisto: il campo della coscienza è assai ristretto ed anche obnubilato.

Qui le azioni si rivelano sempre più lente, rare e stentate: l'irresolutezza, dapprima consaputa e lamentata, si trasforma in una incapacità più estesa e inconsapevole di muoversi, di deliberare, di desiderare, di appetire; la reazione stessa agli stimoli è inceppata, anche se essi vengano percepiti; il malato se ne sta seduto ed immobile per lunghe ore; non solo tralascia le sue occupazioni abituali, ma non prende neppur parte a ciò che gli avviene d'attorno; s'allontana da ogni consorzio, o nei convegni sociali si conserva affatto passivo, provvede malamente ai proprî bisogni, non dà cenno di pensare ai proprî interessi, limita sempre più le manifestazioni affettive, e in ultimo finisce col non esprimere nè voglie, nè simpatie, nè antipatie.

Così si viene svolgendo quel disadattamento alle condizioni esterne, fisiche domestiche e sociali, che caratterizza gli stati di grave depressione (melanconia passiva, stupidità), non che quelli di debolezza acquisita della mente (demenza terminale delle vesanie, demenza secondaria a neurosi, demenza da processi organici e simili).

3.° Nel grado estremo si osserva la assoluta mancanza di ogni azione spontanea e pur anco di ogni reazione agli stimoli; le vie centrifughe dalla corteccia ai centri sono addirittura impervie, così che si possono avere movimenti reflessi negli archi diastaltici inferiori o subcorticali, ma non movimenti conscii od intenzionati; vi è immobilità non raramente spastica del sistema muscolare; la coscienza è sospesa o affatto oscurata e disintegrata.

Quando il disadattamento è assoluto, e la volontà si appalesa del tutto inerte, il quadro clinico della condotta è quello dell'aprassia per arresto o deficienza dei poteri mentali, e

conseguentemente per abulia (melancolia attonita, stupore profondo, pazzia catatonica, — demenza apatica o ebetismo).

104. **Esame della condotta in relazione alle anomalie ed ai cangiamenti morbosi del carattere.** — Il carattere nelle malattie mentali offre alle nostre indagini semejotiche due forme ben diverse di dissimiglianza rispetto ai tipi, che l'esperienza ci fa ritenere come proprî della salute e dell'equilibrio mentale.

La prima dissimiglianza è idiopatica o *congenita*, e si palesa con deficienze e anomalie di sviluppo. Il carattere non si svolge nè si perfeziona in conformità delle condizioni di esistenza in tutti coloro, che o per labe ereditaria, o per lesioni contratte durante il periodo embrio-fetale, o per malattie della infanzia, nascono e crescono con una personalità imperfetta e mostruosa specialmente nella sfera affettiva, rivelazione a sua volta d'un cervello arrestato nella ontogenesi, malformato, debole o invalido. Ed è quanto avviene negli stati di frenastenia e di parafrenia (idioti, imbecilli, degenerati, pazzi morali, paranoici originarî, epilettici, isterici).

L'altra dissimiglianza è d'indole deuteropatica o *acquisita*, e si palesa con cangiamenti morbosi e con pervertimenti del carattere abituale, che ci rivelava una presonalità normalmente costituita, cioè più o men bene adattata al suo ambiente. Questo, invece, è il caso delle vere e proprie frenopatie, siano esse, come si dice, di natura funzionale (vesanie o psiconeurosi, pazzie tipiche primitive), siano esse di natura organica (cerebropsicopatie ed encefalopatie tossiche). Nel vero alienato ben di sovente i primi o, per lo meno, i più espliciti fenomeni patologici si manifestano nel morale dell'individuo, vale a dire nelle sue abitudini e tendenze affettive (cfr. Vol. I, § 23, p. 73).

Il carattere si può definire la estrinsecazione della personalità nelle sue relazioni abituali con l'ambiente. o, anche, la « somma delle abitudini organizzate » (cfr. SULLY, *The human Mind*, 1892, Vol. II). Dei tre grandi fattori, dai quali il carattere viene formato — sentimento, inteligenza, volontà — quello che più importa è sempre il prmo. Il modo abituale di agire e di reagire, tanto nel sano, quanto nel degenerato e nel pazzo, è l' effetto dei sentimenti che dominano nella sintesi della loro personalità. Ha ragione il RIBOT quando afferma che la intelligenza non è un elemento costitutivo del carattere (*Les maladies de la personnalité*, 4.ª ediz. '92): lo prova il fatto comunissimo di degenerati senza carattere (nel significato sociologico od etico della parola), eppure forniti di vivace e perspicace inteligenza. Adunque, si deve considerare erronea anche la teoria della « libertà relativa », con cui si è tentato conciliare il pincipio metafisico del libero arbitrio con i dati positivi della isio-psicologia, della psico-patologia e della statistica. Il meccanismo della condotta nel sano e nel pazzo è sostanzialmene identico: ambedue *agiscono* in un dato modo, perchè *vogliono* in quel dato modo, e *vogliono* conforme a ciò che *sentono*, non conforme a ciò che intendono.

Durante gli ultimi anni il carattere dell'uomo fu studiato sotto i più diversi aspetti. Alcuni insigni psicologi stabilirono le leggi della sua formazione e stratificazione nell'individuo sano, massime nell' incivilito a raffronto del selvaggio (A. BAIN, BAHNSEN, LE BON, VOLKMANN, SERGI); altri ne seguirono lo sviluppo nell'età infantile (B. PEREZ, L. FERRI); non pochi tentarono distinguerne e classificarne i tipi, che diremo normali, perchè s' incontrano nella moltitudine varia delle persone sane (PAULHAN, PEREZ, OELZEIT, FONSEGRIVE, AZAM . .). E, per quanto riguarda la patologia del carattere, se ne descrissero specialmente le anomalie,che si osservano negli elementi inferiori del corpo sociale, nei delinquenti, nelle prostitute, nei degenerati (DESPINE, PARENT-DUCHÀTELET, LOMBROSO, SERGI . . .); se ne illustrarono anche le alterazioni morbose spontanee, primitive e secondarie, massime nella psico-neurosi isterica (AZAM, RIBOT, RICHER, P. JANET . . . .); e mediante le manovre magnetiche e la sug-

gestione ipnotica se ne provocarono a piacere i più curiosi cangiamenti artificiali (RICHET, P. JANET, BINET, BOURRU e BUROT . . .). Ma non può dirsi invece che gli alienisti abbian data finora la dovuta importanza allo studio del carattere nelle malattie mentali. Le descrizioni dei « caratteri psicopatici », che si leggono nelle opere comuni di Psichiatria, eccezion fatta di pochissime concernenti alcuni tipi speciali (se ne trovano esempii in MAUDSLEY, LEGRAND DU SAULLE, SCHÜLE), sono generalmente confuse e poco precise; giacchè, ad onta della ostentata finezza di analisi sulle abitudini egoistiche e sulle azioni impulsive ed irriflesse dei folli, manca in tali descrizioni la cosa più importante, manca il ritratto morale completo dell'individuo vivente, la raffigurazione sintetica della personalità reale. Ora, pur volendo in questo capitolo della semejotica trovare qualche utile dato diagnostico, converrà applicare all'esame del carattere dell'alienato i principii medesimi, che servono alla psicologia etologica per definire le differenti categorie di tipi psichici concreti. Questi tipi concreti o individuali ci mostrano, per così dire, le incarnazioni delleleggi della psicologia astratta: non ci offrono isolati e inerti gli elementi primi della attività mentale, cioè le emozioni, le percezioni, le idee, i sentimenti, i desiderii, le tendenze, ma ce li offrono invece sistemati insieme, e insieme operanti conforme alle necessità biologiche e sociali dell'esistenza individuale (cfr. spec. PAULHAN, *Les caractères*, Parigi, F. Alcan, 1894, del quale mi sono valso con profitto).

I criteri etologici applicabili ai tipi di caratteri esistenti negli alienati, sono principalmente due: 1.° l'empirico che concerne le loro qualità estrinseche o morali, ciò che chiamasi l'**indole** della persona nei suoi rapporti effettivi con gli altri conviventi; 2.° l'analitico, che concerne le qualità intrinseche, la **costituzione psichica individuale**, in quanto questa è data dalle forme particolari di associazione assunte e mantenute fra gli elementi primi della personalità, massime fra le tendenze.

A) Sotto l'aspetto delle **qualità morali** o del-

l'indole rivelantesi nella condotta di convivenza, l'esame degli alienati ci permette di fare una prima divisione empirica fra quelli di carattere *buono* e quelli di carattere *cattivo*. Guardando al valore diagnostico di questa divergenza nell'indole, si desumono dall'osservazione clinica le seguenti formule generali di etologia patologica:

1.° I caratteri buoni sono piuttosto rari fra i pazzi, rarissimi e addirittura eccezionali fra i degenerati. La stimate psicologica più frequente della degenerazione consiste, invero, nel disequilibrio fra le facoltà affettive e le intellettive, nel predominio dei sentimenti organici, nell'impulsività delle tendenze egoistiche, donde la perversione dell'indole e la inadattabilità sociale della condotta.

2.° Il carattere cattivo è la più frequente manifestazione della pazzia. Poichè, quando la personalità è incolta da un processo dissolutivo, il primo effetto della dissoluzione si porta sulle ultime e più elevate sistemazioni adattative delle tendenze, cioè sui sentimenti astratti e sugli altruistici: in altri termini, la pazzia perverte quasi sempre l'indole dell'individuo per lo innanzi moralmente sano, ne affievolisce e distrugge le qualità morali, ne semplifica l'affettività riducendola sempre più alle emozioni primigenie, e ne abbassa quasi sempre il valore etico estetico.

a) La bontà del carattere esclude, abbiamo detto, quasi sempre la degenerazione. Questo significa che la troviamo rarissimamente nelle forme anomale e deficienti della personalità, nelle frenastenie, nelle parafrenie o psicosi costituzionali, nelle psicopatie svolgentisi su base neurosica. Vi sono, è vero, imbecilli e tardivi di carattere sufficientemente buono e di indole dolce, affettuosa, arrendevole e mite, ma chi ben guardi, qui troverà piuttosto assenza di carattere che bontà affettiva: l'associazione fra gli elementi dell'attività

mentale si è fatta così debolmente da non dare veruna consistenza alla personalità, donde la mancanza d'ogni impronta personale nella condotta.

α. Quando ci troviamo di fronte a un pazzo di carattere *dolce, calmo, deboe, molle,* si tratta ordinariamente di una forma melancolica passiva svoltasi in una persona che prima della malattia si era sempre mostrata di carattere moderato od equilibrato, affettuoso, devote: la reazione dolorosa è qui nient'altro se non l'esagerazione delle naturali disposizioni d'un essere inclinato agli affetti, o, come si suol dire, d'un « animo sensibile » e « delicato ». Lo stesso può dirsi quando il pazzo si mostri un carattere *vivace, espansivo, franco* e *generoo:* qui avremo, in fatti, quelle forme leggiere di mania (ipomania, vuoi primitive, vuoi sintomatiche d'altre psicosi, che consistono principalmente in un'esaltazione del tono entimentale.

β. In certi casi di paralisi progressiva l'individuo attraversa, sebben per poo, una fase di euforia relativamente mite, che si oggettiva in una continua disposizione *benevola, espansiva* e *generosa;* na ben presto la benevolenza diviene un grottesco simpatizzare con tutti (il medico « *gli ha salvata la vita* », gli ha « *ridata l'intelligenza, la gioventù* », ecc.), la espansività si cangia in una sconveniente licenza di modi, la generosità dà luogo a prodigalità rovinosa. Questo eccedere della stessa « bontà di carattere » indica il dissolversi della personalità antecedente. Non dissimile è il quadro dell'alcoolismo acuto, fin che perdura lo stato aggradevole dell'ebbrezza giustamente il paralitico e l'ipomaniaco furono assomigliati all'ebbro.

γ In altre psicopatie si hanno solo le apparenze di un buon carattere, ma in fondo in fondo si trova poi che i limiti normali sono oltrepassati. Così il carattere *placido* e *sereno* può coprire el demente la generale fiacchezza dei poteri affettivi e la involuzione degli intellettuali: il *docile* può mascherare la mancnza d'ogni iniziativa, la mollezza della volontà, la facile aattabilità all'ambiente del Manicomio. Anche il carattere *fermo* e *intiero* è nei rapporti sociali indizio d'un vivo sntimento della propria dignità: nel paranoico, per contraio, si ha fierezza ed alterezza esagerata ogni qualvolta si vad svolgendo un delirio metabolico della personalità.

b) La malignità e perversità di carattere ci si può rivelare, tanto nella esistenza libera dell'alienato in seno alla famiglia e fra il consorzio civile, quanto nella condizione di ricovero e sequestro in un Manicomio. Essa assume tipi svariati, a seconda che la degenerazione e la dissoluzione incolgono piuttosto l'uno che l'altro potere dello spirito, e in particolare a seconda della deficienza e del disordine nella sfera affettiva: non ostante questa varietà, il carattere dei malati di mente offre alcune note comuni.

α. Prima di tutto, gli alienati hanno quasi sempre un carattere *egoistico*. Nella loro vita affettiva domina la più sconfinata e bassa autofilia, sino a raggiungere quello che gli Inglesi designano col nome espressivo di « egotismo ». Studiando in particolar modo la condotta dei melancolici, dei paranoici, degli ipocondriaci, delle isteriche, dei pazzi morali e della caterva innumerevole dei degenerati, si vede com' essi formino sempre del proprio io il movente finale di tutta la attività psichica: la stessa egocentricità del delirio altro non è se non l'aspetto, sotto cui la loro mente considera il mondo reale. Questo egotismo costituisce il fondamento d'altre varietà: — 1.° carattere *sospettoso* (gelosia cieca e sragionevole dell'alcoolista cronico, della paranoica in climaterio, dell'imbecille, dell'isterica); — 2.° carattere *indifferente* (noncuranza distratta del melancolico e dell' ipocondriaco, tutti concentrati nell'esame introspettivo delle loro sensazioni morbose; indolenza dell' idiota, del tardivo, dell'imbecille, del demente; apatia ed insensibilità affettiva del pazzo cronico; negligenza del paralitico); — 3.° carattere *cupo* e *duro* (concentrazione del melanconico; risentimento e spirito vendicativo del paranoico megalomane perseguitato; freddezza dell'epilettico; crudeltà e ferocia del degenerato); — 4.° carattere *falso* (astuzia, compiacenza nella menzogna e fecondità inventiva nel calunniare dell' isterica, del querulante, del pazzo ragionante; mendacio impudente dell'alcoolista, del morfinomane, del cocainomane, dell' ebefrenico masturbatore; ossequiosità ipocrita dell'epilettico; scaltrezza e tenace premeditazione di tutti i pazzi spinti da qualche idea impulsiva a commettere atti dannosi o criminosi, per es. il suicidio; dissimulazione del paranoico delirante ed allucinato, ecc.); — 5.° carattere *frivolo*

e *leggiero*, che mira alla soddisfazione irreflessa dei proprii bisogni (viziosità, amore dell'ozio e dei bagordi, turpiloquio del paralitico in istadio congestizio, del maniaco, ecc.).

β. In secondo luogo, la grande maggioranza degli alienati ci porge occasione di vedere tutte le gradazioni estreme del *carattere suscettivo* ed *irritabile*. Il loro pessimo umore è la conseguenza del sovreccitamento o dell'esaurimento sovraeccitabile del cervello, poichè in tali condizioni i poteri inibitorii diminuiscono, gli stimoli si trasformano immediatamente in atti reflessi, oppure sono sproporzionati alla resistenza dell'organo. — 1.° Il carattere si fa *irascibile*, *inquieto*, *burbero*, *bisbetico*, nei prodromi d'un buon numero di malattie mentali, e tale si mantiene poi per tutto il loro decorso (melancolia, mania, paralisi progressiva, alcoolismo, demenza senile, ecc.). — 2.° Nel più dei casi il carattere diviene *volubile*, *bizzarro*, *capriccioso*, sia perchè si altera e affievolisce il governo dei proprii atti, sentimenti e pensieri (il « self-control » degli Inglesi), sia perchè l'esperienza del passato più non serve di guida alla condotta d'una personalità, che si incammina a grandi passi verso la sua disintegrazione. — 3.° Altri indizii prodromici di una pazzia, spesso di natura organica e dissolutiva, si manifestano inaspettatamente col carattere *turbolento*, coll' *indisciplinato*, coll' *arrogante*, ecc.

Si capisce come nel Manicomio tutti questi eccessi si facciano meno evidenti, poichè la disciplina e anzitutto la lontananza dalle cause stimolatrici impongono ordine e calma anche al più irrequieto: ad ogni modo la vita dell'Asilo permette pur sempre al carattere variamente morboso dei pazzi di rivelarsi nella loro condotta verso i medici, i custodi ed i compagni. Anche là dentro, con la solita loro sfrontatezza si contraddistinguono i maniaci; con la loro irascibilità sragionata, i paralitici; con l'arroganza, l'acredine e l'ironia dei modi, il pazzo morale ragionante, il degenerato lucido, il querulo persecutore, il paranoico megalomane; con la violenza e la brutalità, l'epilettico; con la caparbietà e lo spirito cavilloso, l'isterica; con la taccagneria, il demente senile, ecc.

γ. In terzo luogo, i pazzi ci si presentano d'ordinario con un *carattere misoneistico*, cioè odiatore d'ogni nuova impressione. La loro stessa suscettività li rende diffidenti, scon-

trosi, ribelli ad ogni conforto od esortazione altrui, tenaci nel perseverare in propositi assurdi contro ogni sorta di ragionamento. Il melancolico, il paranoico, l' ipocondriaco non si lasciano sottrarre alle idee morbose; vi persistono, non solo perchè vi credono ciecamente, avendo perduta la capacità di adattare i loro sentimenti e pensieri alla realtà esterna, ma anche perchè ciascun nuovo stimolo antagonistico è per essi doloroso. Il demente e l'imbecille sono, per loro conto, difficilissimi a smuovere dalle abitudini corporee o mentali, che hanno contratto. Noi vediamo qui dominare la legge del minimo sforzo mantenuta da ciò che i centri cerebrali sono o invalidi dalla nascita, o resi meno resistenti e più prontamente esauribili dalla malattia. D'altra parte, ciò che sembra *diffidenza*, *spirito di contraddizione*, *fastidio del nuovo*, sarà molte volte l'effetto naturale della indecisione volitiva e della debolezza di carattere. S'aggiunga il ripullulare di tutte le credenze ataviche, latenti, per così dire, nei bassifondi dell' inconscio. Il pazzo è comunemente *superstizioso* e *fatalista*; egli animizza la natura bruta, e tende al più grossolano antropomorfismo della Divinità, attribuisce alle altre persone odii e passioni d' una durata indefinibile, poteri di indole misteriosa ed oscura, ond' è chiaro come la sua mente si trovi sempre dominata dalla paura dell' ignoto, al pari di quella del selvaggio e del fanciullo.

B) In riguardo alla costituzione psichica individuale, la pazzia porta, come primo ed immediato suo effetto, un disturbo nei rapporti mutui di associazione dinamogenica e di inibizione fra gli elementi della attività mentale, ed in modo particolare fra le idee, i sentimenti, le tendenze. Questo disturbo è di due sorta: ora è congenito ed ora è acquisito.

1.° Quando esiste un difetto od un'anomalia di sviluppo dell'organo psichico, quando cioè la pazzia è immedesimata nella stessa ontogenesi e nel ciclo biologico ulteriore dell' individuo (psicosi ereditarie, degenerative o costituzionali), la forma di sistemazione taggiunta dalla personalità rimane in vario

modo incompleta, gli elementi dell'attività mentale non si associano nè si inibiscono in modo costante, nè proporzionato alle realtà dell'esistenza. Alcuni di essi assumono uno sviluppo eccessivo, ipertrofico, soprattutto nel gruppo delle tendenze egoistiche, con che giungono a predominare nella vita intellettuale ed affettiva dell'individuo e fors'anco a unificarne la condotta in una direzione costante, sempre però con scarsa ed anche nulla adattabilità all'ambiente. Altri elementi restano invece deboli, più o meno scoloriti, privi di forti vincoli associativi con quelli dominanti, e però privi di azione inibitoria sufficiente sugli stati antagonistici; ciò si vede massimamente nelle categorie più elevate e composte di stati psichici (idee astratte, sentimenti ideali, senso etico ed estetico, inibizione delle tendenze), le quali o non si svolgono affatto o si atrofizzano finendo col non partecipare al funzionamento dell'attività mentale. A queste deficienze ed anomalie di sistemazione costituzionale psichica corrispondono i caratteri, che diciamo comunemente disequilibrati, per accennare alla mancanza di armonia fra gli elementi psichici, siano essi rappresentativi, emotivi o volitivi.

2.° Quando all'opposto la sistemazione della individualità psichica potè effettuarsi in sufficiente correlazione adattativa con l'ambiente fisico e sociale, e quando la pazzia incoglie una personalità, che si era svolta regolarmente ed era giunta ad una fase inoltrata del suo ciclo biologico, l'effetto precipuo della malattia è quello di perturbare la coordinazione associativa sistematica, che s'era venuta formando fra gli elementi dell'attività mentale. In allora si rilasciano e si dissolvono i vincoli reciproci esistenti fra le idee, i sentimenti e le tendenze che caratterizzavano per l'innanzi l'individuo; e qui possono presentarsi diverse eventualità.

Nei primordii del processo morboso, oppure nei casi di non completo dissolvimento della personalità, si indebolisce la attività di quegli elementi, che prima caratterizzavano la personalità dell'individuo impazzito. Le idee, i sentimenti, le tendenze normali, che in lui avevano assunto efficacia inibitoria ed associativa più intensa, e che perciò informavano tutta la sua condotta sia rispetto ai bisogni individuali sia rispetto alle relazioni domestiche e sociali, veggono ora insorgere altre idee, altri sentimenti ed altre tendenze, contro cui impegnano lotta per mantenere integra l'antica egemonia. Se la lotta è fra elementi di forza eguale e di tono emotivo altrettanto intenso, la condotta dell'ammalato rivelerà il contrasto e l'alternativa incessante di stati mentali antagonistici, e così si addimostrerà incoerente, saltuaria, contraddittoria, inconseguente.

Altre volte alcuni elementi psichici si esagerano a scapito dell'integrità e continuità dell'io personale preesistente: ossia certe idee, certi sentimenti, certe tendenze si rendono autonome, e, acquistando un potere inibitorio eccessivo, richiamando per associazione soltanto gli stati psichici affini, finiscono coll'esercitare una egemonia insolita su tutta la vita mentale. La condotta, per tanto, si addimostrerà in contrapposto cogli adattamenti anteriori, e, svolgendosi nella direzione impressa dagli elementi dominatori (allucinazioni, idee fisse, idee deliranti, delirii sistematici, affetti patologici, tendenze impulsive), tenderà a coordinarsi e a sistemarsi attorno ad essi, e potrà finire anche con unificarsi totalmente in conformità della nuova e morbosa personalità sostituitasi all'antica.

In un terzo gruppo di malattie mentali prevalgono gli effetti dell'oscuramento e della scomparsa definitiva di dati elementi psichici: la personalità si dissolve più o meno presto, e più o meno estesamente, perchè si af-

fievoliscono ed escono dal campo della coscienza gruppi interi di imagini, di ricordi, di idee, di sentimenti e di tendenze. E questo avviene in due modi: o in via secondaria, dopo che la prolungata egemonia degli elementi morbosi dominatori ha impedito per più tempo a tali gruppi di stati psichici l'ingresso nella coscienza, e, riducendone sempre più la partecipazione all'attività mentale, ha finito col sopraffarli definitivamente e quindi coll'atrofizzarli; o in via primitiva, quando esistano processi patologici distruttivi dei centri nervosi. Qui chiaramente alludiamo in particolare alle demenze, dove la condotta, perdendo a poco a poco tutte le manifestazioni motorie corrispondenti ai gruppi atrofizzantisi di sentimenti, di idee e di tendenze, si semplifica sempre più, e termina con ridursi a quelle azioni automatiche, che s'erano organizzate nell'esperienza individuale, ed alle azioni reflesse, che ne costituiscono la trama primordiale trasmessa dall'eredità della specie.

a) L'anomalia o degenerazione del carattere è difficile a descrivere, tante sono le varietà che può assumere. Parlando degli stati anomali della personalità, che stanno ai confini tra ragione e pazzia, avemmo occasione di ricordare le caratteristiche principali degli individui *insufficienti, deboli, incompleti, irregolari, instabili, irriflessivi* e *impulsivi* (cfr. Vol. II, p. 66-69): tali designazioni si potrebbero qui ripetere immutate.

α. Nel linguaggio comune si indica come disequilibrato colui cui manca soprattutto l'armonia generale fra le tendenze, così che, ubbidendo egli in modo volubile agli stimoli immediati emotivi e percettivi, oppure a stimoli rappresentativi e sentimentali non mai coordinati in sistemazioni costanti, la sua condotta è sempre *imprevedibile*. Un disequilibrato, messo più volte di fronte alle stesse circostanze esterne, non agisce quasi mai in modo uniforme: la sua personalità è frammentaria, e si rivela a sbalzi; più di spesso non v'è proporzione fra lo stimolo e gli atti che lo susseguono, fra il motivo im-

pellente e l'azione (egli è « eccessivo in tutto », « oltrepassa sempre il segno », « non ha misura », ecc.). Ed avviene che futili motivi lo facciano cadere in accessi di collera, di rimpianto, di disperazione, laddove le vere sventure lo trovano affatto indifferente. Questo, che a prima vista sembra indicare energia, significa per contrario debolezza di carattere e precisamente disestesia psichica, disarmonia fra gli affetti, egoismo più o meno larvato.

β. Il difetto di attenzione (« anaprosexia » dei Tedeschi) è un segno prezioso di debolezza congenita mentale: il disequilibrato è quasi sempre distratto. Quando un individuo, massime nell'età giovanile, non può applicarsi a lungo, non può pensare senza che il minimo sforzo intellettuale gli induca stanchezza, confusione nelle idee, cefalea frontale, ecc. si è quasi certi che il suo cervello è invalido, più o meno intaccato da labe ereditaria e degenerativa. Nelle scuole soprattutto si rivelano la povertà del potere appercettivo e la storditaggine, ma le madri e i parenti ci dicono allora la frase tipica: « X. avrebbe intelligenza, memoria, discernimento, ma non ha volontà: è solamente un distratto! ».

γ. Con la distrazione, con la scarsa inibizione dei proprî stati di coscienza, si collegano altre anomalie della sfera intellettiva facili a vedersi nei degenerati, e cioè la fissazione delle idee e la fantasticheria. — Da una parte costoro sono propensi a restare lungamente sotto il dominio d'uno stato psichico alquanto più forte del consueto, sia esso un'emozione, un'idea o una tendenza; donde la tenacia sragionevole di certi loro sentimenti e di certe loro passioni, per lo più meschini e inferiori i primi, impulsive e altrettanto facili a spegnersi poi le seconde; donde anche la ostinatezza di certe idee bizzarre e paradossali, che possono diventare ticchî incurabili, ossia idee incoercibili; donde, in fine, la desolante servitù del loro volere rispetto a certi appetiti e desiderii di indole egoistica, che nessun ragionamento debella, e che infliggono al loro carattere l'impronta della caparbietà. — D'altra parte, le loro idee tendono a combinarsi e a sovrapporsi secondo i rapporti più superficiali, bene spesso senza che la mente sia in grado di governarne la successione conforme alla legge logica di causalità: questo li rende fan-

tastici, facili sognatori, mistici e superstiziosi ad un tempo, attaccati al pregiudizio, creduli in tutte le cabale, propensi alle interpretazioni più semplici ma più assurde dei fatti naturali, avidi del « meraviglioso » sotto qualunque forma si presenti (soprannaturale, fiabe, leggende, auspicii, oroscopi, miracoli, mesmerismo, spiritismo, tavoli giranti, chiaroveggenza, chiromanzia, ecc.). Ed ecco perchè costoro sono poi predisposti ai delirii paranoici, tanto spesso intessuti sull'ignoranza e sulle sopravvivenze ataviche (Tanzi), e ricamati baroccamente coi ciarpami della semiscienza popolare.

δ. La falsità del carattere è pure anomalia psichica frequente nei degenerati: essi offrono una tendenza irresistibile a mentire, a fingere, a dissimulare, a calunniare. Molti tessono la loro esistenza di menzogne, nè sempre perchè vi trovino vantaggio. È tipico del disequilibrio di carattere asserire sbadatamente una cosa, un fatto, senza fare attenzione alle conseguenze della asserzione: di poi questa è mantenuta per la solita ostinatezza delle menti piccole, finchè, più volte ripetuta, essa si trasforma per autosuggestione in una credenza sincera (falsificazione dei ricordi, illusioni di memoria). Qui è l'origine di quella *simulazione incosciente*, che caratterizza tanti degenerati, e raggiunge il culmine nell' isterismo.

ε. Anche l'oscillazione del carattere è contrassegno di anomalo sviluppo della personalità; e dipende dal frequentissimo contrasto esistente fra le tendenze, dal quale la condotta è dominata senza che dalla lotta esca un assettamento definitivo del carattere. Tutti i proponimenti di calma, di ordine, di perseveranza, di laboriosità, sono ben presto sopraffatti dalle tendenze contrarie (« è un carattere cangiante », « è volubile ed incostante », « ha un'irrequietudine che non dà pace », ecc.). Così avviene che moltissimi degenerati e deboli versino nelle continue angustie del contrasto interno fra le idee motrici antagonistiche. In preda a dubbii tormentosi su ogni cosa, sulle loro credenze, sui loro affetti, sulle azioni da compiere o da trascurare, restano sempre indecisi: oscillano fra pensieri, sentimenti e desiderii contradditorii: da ultimo, si mantengono in un'inerzia quasi assoluta, perchè nessuna tendenza è sì forte da sopraffare le altre (« è incerto », « è irresoluto », « è senza energia », ecc.). Dal che si comprende

come sul fondo della deficienza e anomalia psichica costituzionale, o acquisita per encefalastenia, sia facile l' insorgere di stati morbosi di ansietà (pazzia del dubbio con idee fisse, scrupoli religiosi, ecc.).

ζ. In altri casi il contrasto fra le tendenze, anzichè restare nell' interno dell'anima, si estrinseca, si obbiettiva nella condotta, e si ha il carattere cangiante e volubile, quando il contrasto concerna le idee e i sentimenti successivi del soggetto medesimo, il carattere contrariante quando riguardi le idee e i sentimenti della comune. — Nel primo caso, il volubile passa la vita a disfare sempre ciò che ha fatto, a tentare le cose più opposte, a manifestare convinzioni, bisogni e tendenze le più differenti, a mettersi nelle carriere più varie senza perseverare in alcuna, ecc. (la numerosa caterva degli « spostati » è in gran parte costituita da questo gruppo di anomali, incapaci di adattamento fisso all'ambiente). — Nel secondo caso, ci imbatteremo in quello spirito di contraddizione, che impiccolisce e rende sì fastidiosa la personalità del degenerato. Costui, con la mente dominata dall'associazione di contrasto, si compiace di opporsi sempre alle opinioni, ai sentimenti e agli interessi altrui, contraddice pel gusto di contraddire, discute su tutto senza convinzioni nè ragioni, intavola querele interminabili sui più piccoli incidenti della giornata (in famiglia è « insopportabile, tirannico, cavilloso »; in società è un « attaccabrighe », un « querulante », un « rivoltoso »). Vi sono disequilibrati, che arrivano a spiegare la loro natura anomala con una quasi completa inversione dei sentimenti: tutto ciò che agli altri piace, ad essi dispiace; ciò che nei normali sveglia nausea, ribrezzo e dolore, in essi evoca, per morbosa associazione, sentimenti organici aggradevoli. Così è che vogliono il male per il male, sono sempre in cerca di emozioni aborrite dai sani, e offrono strani pervertimenti affettivi (massime nella sfera sessuale): sono, dunque « algofilici » per quanto personalmente li riguarda, « diabolisti » in letteratura e in arte, « blasfemisti » in religione, ecc.

η. Tutto questo porta non raramente i degenerati ad ostentare la propria individualità nel modo di pensare, di sentire, di agire: ostentazione che diciamo originalità ed eccentricità di carattere. Se sono degenerati di grado supe-

riore, forniti cioè d' intelligenza e coltura, vorranno distinguersi nel campo puro delle idee (« aristocrazia intellettuale », « antifilisteismo », « l'arte per l'arte », ecc.), e potranno pur compiacersi nel più glaciale e sterile solipsismo. Ma il più spesso la loro mente è piccola, e allora si contentano di andar contro la moda e le costumanze, contro le norme di vita adottate dall' universale, ora vestendo in foggie eccessive e strane, ora cercando attrarre lo sguardo del pubblico col disprezzo delle convenienze, ora comportandosi sfacciatamente come se niuno li osservasse, ora compiendo atti stravaganti e bizzarri. È specialmente a riguardo delle norme di condotta morale che si rivela il guasto di costoro: essi entrano bene spesso, per una tendenza inconsapevole, nella via del delitto (« follia degli atti » « mania ragionante », « pazzia morale »). Si avverta intanto che bisogna distinguere in queste singolarità della condotta ciò che è indizio d'anomalia costituzionale da ciò che è effetto d' un morboso cangiamento di personalità (cfr. § 68°). D' altronde l' originalità può essere la manifestazione d' una personalità altissima (uomini di genio): in tal caso, però, all' indipendenza dei pensieri e sentimenti che concernono le abitudini inveterate delle masse, si accompagna lo svolgimento di nuove associazioni che correggono errori comuni o iniziano adattamenti individuali e sociali sempre più avanzati.

θ. La condotta dei degenerati manca pure spesso di impronta o marca individuale: questo fatto è significato nel linguaggio comune con la frase assenza o mancanza di carattere. Nell'assetto definitivo di una personalità valida giunta al perfetto sviluppo esistono sempre delle associazioni di stati psichici, idee, sentimenti e tendenze, che ne formano il nucleo stabile, ciò in cui propriamente si individua l'unità sistematica dell' io. Ma appunto perchè questi primi gruppi costitutivi vi difettano o rimangono imperfetti, rilassati, facili a disgregarsi sotto impressioni nuove, le personalità inferiori sono scolorite, senza forte individualità, alla mercè delle circostanze del momento (è un « carattere debole », è « molle », è « leggero », ecc.). Ne è segno particolarissimo la facile *suggestibilità,* ossia la facilità di soggiacere a impulsi provenienti dal di fuori e di dirigersi conforme ad essi: il carattere si

addimostra malleabile. La suggestibilità si osserva tanto nelle idee, quanto nei sentimenti, nei desiderii, nelle tendenze; esiste più o meno pronta in tutti gli individui, dacchè l'ambiente sociale contribuisce per larghissima parte a formarci ed a foggiarci (cfr. § 67), ma risalta particolarmente nei deboli ed invalidi dalla nascita: le loro associazioni psichiche si lasciano agevolmente compenetrare da elementi eterogenei che le affievoliscono, le disintegrano e pur anco le inibiscono. Ne provengono alcune ben note caratteristiche degli inferiori: 1.° lo spirito di imitazione, che si rivela col seguire ciecamente le mode, col lasciarsi trasportare da ogni nuova corrente, coll'accettare, come cera, l'impronta delle idee altrui (mimetismo); 2.° l'attaccamento convenzionale ai modi vecchi di pensare e di agire, e l'aborrimento del nuovo che costa sempre uno sforzo (conservatorismo, misoneismo per « legge d'inerzia mentale » del Lombroso); 3.° la propensione a porsi volontariamente sotto la padronanza di qualche personalità più forte, sia nella condotta riguardante la convivenza sociale (servilismo, proselitismo), sia anche nella condotta concernente i bisogni sessuali (passivismo, masochismo); 4.° ne proviene, in ultimo, l'eccessiva facilità a subire la suggestione artificiale (magnetismo animale, ipnotismo, fascinazione) e ad accogliere senza controllo e senza lotta le affermazioni altrui (suggestioni in veglia).

c. Un altro particolare caratterizza i degenerati, ed è la eccessiva, ma fuggevole impressionabilità. Le loro passioni insorgono rapidamente, talvolta all'improvviso, e sono straordinariamente vivaci; ma oltre al non aver proporzione alcuna colle qualità reali delle persone e delle cose, che ne sono l'obbietto, durano anche pochissimo (veri « fuochi di paglia »). Talora assumono l'intensità dell'idea fissa, dell'ossessione, e si estrinsecano con una specie di regolarità meccanica, o stereotipa che può a prima vista far nascere l'idea di una grande « profondità » di passione, la quale informi tutta la condotta e la unifichi, ma che invece è l'effetto della psicastenia costituzionale e della deficiente associazione fra gli elementi dell'attività mentale. Più di spesso, stante il predominio dell'associazione di contrasto, i degenerati passano con somma facilità dalla simpatia all'antipatia, dall'amore

all'odio, dal desiderio apparentemente insaziabile alla ripugnanza ingiustificata, dal disgusto alla voglia sfrenata.

κ. Li vediamo, per la stessa ragione, forniti di un'emotività morbosa, ora esagerata, ora deficiente, ora versatile; ma anche nei più emozionabili le emozioni più forti si modificano, si trasformano nelle loro contrarie (« passano dal pianto al riso, dalla disperazione all'indifferenza », ecc.), e scompajono senza lasciar traccie. Così ci spieghiamo il fatto curioso che questi individui vanno sempre in cerca di nuove emozioni, e, quel che è più, di emozioni violente (lettura di libri fantastici, spettacoli tragici, sanguinosi o bizzarri, ricerca delle eccentricità, assistenza di malati, ecc.). La maggioranza è però appena suscettiva di un numero limitato e di una qualità speciale di fenomeni affettivi: le emozioni predominanti sono sempre di indole egoistica (appetiti grossolani, sessualità, vanità piccina, seduzione, gelosia, crudeltà, piacere del gioco). Ciò malgrado queste emozioni alla lunga finiscono col perdere il loro colorito, ed hanno poca efficacia sulla attività mentale.

λ. L'evanescenza degli stati emotivi e la rilassatezza dei rappresentativi sono la causa della tanto comune abulia dei degenerati. Altrettanto essi sono pronti a moversi di scatto e impulsivamente sotto stimoli esterni o per impulsi di indole psico-reflessa, quanto sono inetti ad agire per scelta ponderata fra i motivi e con previsione delle conseguenze dei loro atti. Ogni sforzo di volontà, che implichi una lotta fra le tendenze ed una deliberazione contraria alle emozioni del momento, li stanca; per lo più se ne stanno inerti, con la viva rappresentazione della loro fiacchezza morale, e quindi annojati, malcontenti di tutto e di tutti (obbiettivazione dello stato anomalo della propria cenestesi), disgustati della vita, pronti a declamare contro la società e le sue leggi, delle quali soventissimo si dicono vittima (« *sono disgraziati in famiglia* », « *nessuno li ama* », « *tutto va loro a rovescio* », ecc.), incapaci pertanto di alzare un dito per mostrare qualche iniziativa personale.

Tutti questi difetti costituzionali di personalità si veggono accumulati, ingigantiti nell'isterismo (cfr. Pietro Janet, *État mental des hystériques,* Vol. I, 1893). La disattenzione, la debolezza di pensiero, il difetto di sintesi, la fantasticheria,

le idee fisse, la impressionabilità, la volubilità, la facile sazietà delle emozioni abituali e il bisogno sempre insaziato di emozioni nuove, la fatua vanità, l'egoismo, la scarsa affettività, l'abulia, il malcontento continuo, la mobilità e imprevidenza, lo spirito contraddittorio, fanno del « carattere isterico » il tipo dei caratteri disequilibrati per anomalia di sviluppo. Ma sono a un dipresso le medesime note personali che osservansi nei degenerati affetti da pazzia del dubbio, da forme impulsive, da parafrenia sessuale, ed in quelli che poi andranno soggetti a psicosi costituzionali, per esempio a pazzia periodica ed a paranoia originaria: il che giustifica la designazione di « carattere paranoioide » entrata or' è poco nel linguaggio psichiatrico. Vicino ad essi dovremo porre un bel numero dei criminali-nati, dei criminali impulsivi e dei criminaloidi (LOMBROSO), e quegli individui di imperfetta intelligenza che, non arrivando alla vera imbecillità, costituiscono il gruppo numeroso dei fatui, dei semplici, insomma degli imbecilli superiori (SOLLIER). D'altra parte, la degenerazione provocando arresti di sviluppo, non è a stupire se in generale tutte le anomalie costituzionali di carattere rispecchiano in qualche punto la fase infantile e puerile della personalità.

b) La morbosità del carattere prende essa pure gli aspetti più varii, in conformità del disturbo psichico di cui è la manifestazione. Così avviene che i maniaci, i melancolici, gli stupidi, i paralitici, i dementi si contraddistinguano fra loro per una maniera particolare di agire, che noi studiammo già nel contegno, nel portamento, negli atteggiamenti, nella mimica (§ 80-87). Vero è che il processo morboso attenua e scolorisce sempre le note e caratteristiche individuali, dando origine per ciò a tipi medii di condotta pazzesca, la cui descrizione è parte precipua del quadro nosografico di ciascuna forma di alienazione (cfr. i trattati di Psichiatria, nella sezione di psicopatologia speciale). Si avverta pertanto che l'individualità dell'alienato non si cancella quasi mai del tutto, e ciò per ragioni che esponemmo altrove (§ 67): che anzi questa varietà individuale entro la cerchia d'una data psicopatia è la giustificazione della Clinica, con la quale si correggono gli assolutismi della Nosografia. Soltanto nelle dissoluzioni com-

plete e irrimediabili della personalità (demenze), la scomparsa dell' antico carattere individuale può dar luogo ad un tipo quasi uniforme di condotta, tanto poco dissimile da parere eguale. Si può dire, infatti, che l'alienato cronico si distingua per una assenza di carattere (nel significato preciso dei termini), poichè l'intelligenza, l'affettività, la volontà hanno perduto tutto quanto avevano acquistato mediante l' esperienza individuale, e sopravvivono soltanto, sempre più isolandosi, gli elementi primordiali della mente. Non pertanto vi sono morbosità di carattere, che hanno impronta specifica e guidano potentemente al diagnostico, quando ci troviamo dinnanzi a casi più o meno acuti di vesania, di psicosi e di cerebro-psicopatie.

Qui dirò soltanto di quelle morbosità generiche di carattere, che si osservano specialmente nelle forme iniziali, più subdole, attenuate di pazzia, e che, incontrate dal medico, debbono fargli sospettare un cangiamento patologico della personalità.

α. L'aberrazione del carattere è, nella maggioranza dei casi, il primo indizio dello sviluppo lento e subdolo di una pazzia (cfr. Vol. I.°, Cap. II, § 23, pag. 74 e seg.): essa si rivela in particolare, come dicemmo, con l'incoerenza, cioè con la mancanza di continuità e similarità fra gli atti nuovi e gli antecedenti. La famiglia, gli amici, i compagni avvertirono già da qualche tempo un cambiamento nel carattere dell'infermo. Questi attende sbadatamente ai suoi doveri di ufficio o non vi attende più affatto; ha trascuraggine della persona e degli abiti; commette azioni insolite, assolutamente contrarie alle sue abitudini, alla sua posizione sociale, ai suoi medesimi interessi; urta indifferentemente e senza alcun ritegno contro gli usi, le consuetudini e le norme sociali; ha antipatia e perfino avversione per chi prima amava, prova simpatia e trasporti per persone estranee e sconosciute. In certi casi risaltano su questo fondo tali stranezze di condotta, che nessuna mente umana potrebbe prevedere e neppur concepire (per es. mostrarsi alla finestra od escire di casa seminudo, recarsi di notte alla chiesa con un lume, predicare sulla via, sfilacciare tutti i proprii fazzoletti, fare scherzi grossolani e pericolosi al primo che si incontra, versare l'inchiostro, coprirsi di cipria, spandere le orine e deporre le feci nelle camere, capovolgere i mobili, mescolare i cibi più disaffini nel piatto,

portarseli alla bocca con le dita, spremersi limoni sulla faccia, emettere dei gridi bestiali, ecc., ecc.).

Questo stato aberrante della condotta è per lo più il prodromo d'una vesania acuta di forma esaltata (ipomania, mania, amenza o pazzia confusionale); ma può anco costituire da solo la manifestazione di uno stato psicosico in grandissima parte degenerativo (mania periodica semplice, fase esaltata della pazzia ciclica, frenosi isterica, episodii confusionali della paranoia e delle pazzie tossiche). Quando in mezzo all'irregolarità e stranezza della condotta si rivelino tendenze grandiose (inclinazione al dispendio, compre numerose di oggetti del tutto inutili, prodigalità in regali agli amici e a sconosciuti), oppure tendenze ambiziose (progetti utopistici, speculazioni azzardose, intraprese sproporzionate ai mezzi ed alla coltura dell'infermo) ovvero anche tendenze viziose (ricerca dei piaceri, crapula, abuso di alcoolici, libertinaggio), e compajano nello stesso tempo disturbi fisici caratteristici (imbarazzo di parola, tremore, ineguaglianza pupillare), troveremo facile la diagnosi di un processo dissolutivo, cioè di una paralisi generale.

β. La bizzarria del carattere è l'effetto più comune della debolezza cerebrale irritabile. L'individuo è irascibile per riguardo a tutte le minuzie, è stizzoso, infastidito e fastidioso: nelle discussioni si incalorisce, si infiamma e perde subito la calma; il minimo urto lo fa inalberare, oppure sembra che egli stesso vada in cerca della contrarietà per sbizzarrirsi poi in scene e querele senza fine; ha maniere aspre nella voce, nel tono delle frasi, nella mimica. Nello stesso tempo è di umore cangiante, di gusti versatili: passa dall'asprezza alle blandizie, dal dispetto alle carezze ed alle smancerie. Non sì tosto prova un desiderio (e i desiderii in questo stato morboso del carattere sono sempre assai vivaci), ha bisogno di soddisfarlo; che se non lo può, è altrettanto pronto a concepirne un altro, sia pur dissimile e opposto. La versatilità e fuggevolezza dei sentimenti si estrinseca nella capricciosità e turbolenza della condotta: gli infermi sono causa di disordine ovunque si trovino. Se liberi, scompigliano l'andamento della casa e mettono alla disperazione le loro famiglie (generalmente, per una delle solite contraddizioni della pazzia, il loro contegno sociale è men bizzarro di quello domestico); se ricoverati in un Asilo, frustrano la disciplina e turbano la quiete del loro comparto.

Questo carattere morboso viene osservato nel periodo di sviluppo e in certe forme attenuate delle comuni vesanie (mania, melancolia, amenza); come prodromo di psicopatie organiche (paralisi generale); come indizio del pervertimento affettivo indotto dalle intossicazioni croniche (pazzia alcoolica); come manifestazione di una invalidità costituzionale della mente (degenerazione psichica, pazzia morale, isterismo, epilessia, pazzie periodiche semplici); come rivelazione d'un disordine intellettuale, spesse volte dissimulato (paranoia sistematica): da ultimo, come residuo d'una malattia mentale già superata (stato di guarigione incompleta o con difetto).

7. La violenza del carattere è caratteristica di quelle alterazioni mentali, in cui vi è eccesso di emotività, esaltazione dei sentimenti, tumulto delle idee, ricognizione imperfetta delle impressioni sensoriali (illusioni) e quasi sempre spontaneità morbosa delle imagini (allucinazioni). Qui il malato è tanto vivace nell' agire dietro stimoli interiori, quanto pronto a reagire: predominano in lui i sentimenti di antagonismo, il risentimento, il sarcasmo, il disprezzo, lo sdegno; è intransigente nell'esprimere le proprie idee, intollerante rispetto a quelle degli altri; è rozzo ed autoritario nella parola, urtante ed impetuoso nei modi; attacca brighe per un nonnulla, ha trasporti di collera che giungono facilmente al furore, e in tal caso può commettere atti distruttivi inopinati, per cui è sempre un individuo temibile e pericoloso.

Ho definito così il carattere morboso, che contraddistingue un grandissimo numero di alienati, tanto nella vita libera, quanto in quella di Manicomio. Si ha violenza, impetuosità, temibilità e frequentissima dannosità di condotta in tutti gli stati di grave esaltamento con irritabilità della corteccia cerebrale e agevolata reazione psico-reflessa. Tali, prima di tutto, sono le varie manie, la vesanica con furore, la periodica e la ciclica, la epilettica, la isterica, l'alcoolica, la traumatica, la post-operatoria ecc.; in secondo luogo, le forme confusionali o amenziali, la paranoia allucinatoria acuta o frenosi sensoriale, il *delirium acutum* (infettivo), il delirio tossico, e soprattutto la rarissima pazzia transitoria (probabilmente sempre o alcoolica o epilettica); in terzo luogo, certi casi di melancolia agitata con ansiosa irrequietudine e penosissimo

pessimismo; quarto, gli episodî esaltati ed eccitati dei delirii sistematici o paranoie, e certe volte la pazzia cronica terminale nelle sue varietà di demenza secondaria agitata; da ultimo, la paralisi progressiva, sia nel primo suo stadio di iperattività psichica generale, sia nello stadio megalomaniaco.

I pazzi più temibili non sono però sempre i più agitati, clamorosi e irrequieti. Spessissimo le azioni più violente, impensatamente aggressive e ciecamente distruttive, sono compiute da alienati silenziosi, concentrati, con tutte le apparenze della calma inoffensiva. Tali sono, in primissima fila, i melancolici tutti, senza divario fra le forme così dette semplici o passive, le agitate od ansiose, e le attonite (*raptus melancholicus*). Vengono poi gli epilettici, muti e accigliati prima o dopo l'accesso, ma pronti a scattare in crisi violentissime (*raptus epilepticus*). Si deve pur anco temere dei deliranti allucinati estatici, di certi paranoici perseguitati megalomani in atteggiamento disdegnoso e meditabondo, degli ebefrenici in fase catatonica e stupida, degli alcoolisti, morfinisti, cocainisti, e in particolare di tutti i degenerati impulsivi, fra i quali non rare volte gli stessi imbecilli possono essere pericolosissimi per la rapidità e violenza dei loro atti insensati. Sono pure assai propensi alle reazioni impulsive certi paralitici dal contegno silenzioso, che si riterrebbero a prima vista in fase di stupore o già arrivati all'apatia della demenza.

δ. L'inquietudine è una alterazione di carattere, che si osserva comunemente nei primordii di molte pazzie (cfr. Vol. I, § 23), e che d'altra parte è sindrome integrale del quadro nosografico di un gran numero di psicopatie e psicosi confermate.

Nel primo caso l'inquietudine si spiega col disturbo intimo e profondo della cenestesi, con una vaga consapevolezza del disordine che si va preparando e svolgendo nella mente, con la confusione della coscienza che si vede inaspettatamente invasa da elementi morbosi (emozioni organico-viscerali, imagini fantastiche, idee fisse, ecc.). L'individuo prova un senso oscuro di malessere, contro il quale non sa come difendersi; ha la percezione incerta d'un pericolo che non può sfuggire; le sue idee si confondono, il suo naturale si modifica, il suo umore diventa cupo (« umor nero »), i suoi modi si inaspri-

scono. In famiglia egli è insolitamente austero e sospettoso, in società è accigliato, taciturno; si allontana dagli amici, si fa misantropo; non raramente cerca calma nella preghiera, nel raccoglimento, ma non ve la trova. Egli è indeciso su tutto, e della sua indecisione seco stesso si adira: generalmente però riversa sugli altri la piena delle sue ansie e delle sue incertezze; ha bisogni multipli che sente, ma non sa esprimere; i suoi desiderî non sono nettamente concepiti, e quasi sempre mancando di obbietto determinato, restano insoddisfatti, ond'è che accrescono sempre più il cruccio indefinibile dell'animo. — Questo stato penoso è specialmente caratteristico dei preliminari d'una vesania sopraggiungente in una personalità normale (mania, melancolia, paranoia tardiva), ma si può osservare anche durante lo svolgimento d'un processo morboso dissolutivo (paralisi progressiva, psicosi senile).

Riguardo all'inquietudine che accompagna psicopatie e psicosi già svolte e confermate, notiamo anzi tutto che il carattere cupo, misantropico, sospettoso, diffidente, ci fa distinguere in mezzo a mille il pazzo affetto da delirio sistematico vuoi persecutorio semplice, vuoi persecutorio superbo, vuoi ipocondriaco, e non rare volte anche il pazzo con delirio allegorico, massime se questo si è svolto su fondo melancolico. Hanno carattere inquieto, malcontento e scontroso l'individuo affetto da melancolia senile, l'epilettico, il pazzo ragionante, il querulante, ma soprattutto l'isterica. Lo hanno pure l'alcoolista inveterato ed il cocainista, anche quando non si svolga il loro tipico delirio persecutorio o geloso a base di illusioni ed allucinazioni visive od acustiche.

ε. L'indifferenza è la alterazione del carattere in senso opposto alla precedente. Si rivela col fatto che l'individuo sembra perdere l'antica e naturale vivacità dei suoi sentimenti e affetti abituali; non prova intensamente nessun desiderio; non si appassiona nè per le cose che da prima lo interessavano, nè per quelle che sarebbero atte a svegliare ora la sua sensibilità; non si scuote per emozioni piacevoli o penose anche forti; si lascia guidare senza resistenza, a poco a poco sembra perdere la spontaneità degli atti volitivi, è rassegnato alla sua sorte, e da ultimo si palesa del tutto apatico ed inerte. A questo affievolirsi dei sentimenti e della

affettività corrisponde l'indebolimento della intelligenza. Fin da principio il potere di attenzione diminuisce; si notano dimenticanze ed errori di memoria, incapacità di lavoro mentale continuato, discorso lento e misurato, confusione delle idee, il cui circolo sempre più si restringe e si impoverisce, facile suggestibilità, ecc.

Quando ci troveremo di fronte ad un individuo, la cui personalità è andata soggetta a questa specie di diminuzione nella sfera affettiva e nell'intellettiva, dovremo investigare particolarmente lo stato della memoria, e vedere se esista o no amnesia progressiva, e in quale estensione e su quali categorie di ricordi. In generale l'indifferenza nel carattere associata alla dismnesia è indizio di gravissimo od incurabile processo morboso, cioè di demenza, la quale può avere doppia origine: essere primitiva oppure secondaria. — Nel primo caso la demenza, se si mostra in un soggetto d'età avanzata, è dovuta alla involuzione e senescenza cerebrale (demenza senile); se in un soggetto giovane, può essere l'effetto di un rapidissimo esaurimento cerebrale per labe degenerativa (demenza precoce, da differenziare accuratamente dall' idiotismo), ovvero anche d'un disordine di crescenza congiunto assai spesso con onanismo (demenza ebefrenica); se in un soggetto adulto, tra i 30 e i 50 anni d'età, è purtroppo sintomo d'una lesione organica a decorso più o meno subdolo e letale (demenza paralitica). — Nel caso che sia secondaria, si potrà coll'anamnesi distinguerne le forme acutissime, che susseguono talora con estrema rapidità a malattie infettive (p. es. a tifo, a puerperio anormale, ecc.), e quella or più ed or men rapida che si svolge dopo ripetuti accessi di epilessia (demenza epilettica) o in conseguenza dell'abuso di alcoolici (demenza alcoolica, talvolta paralisiforme), o dopo attacchi apoplettici (demenza emiplegica), o per sifilide diffusa dei centri nervosi (demenza sifilitica, anch'essa non di rado paralisiforme), dalle forme di natura puramente vesanica, a decorso quasi sempre progressivo, le quali costituiscono l'esito più comune d'un grandissimo numero di affezioni mentali (demenza terminale). La demenza secondaria terminale succede certe volte con inaspettata rapidità ad un attacco di mania, di melancolia, di stupore e di amenza confusionale, massime se il soggetto vi

sia preparato dall'ereditarietà degenerativa: più di sovente, però, le vesanie passano in modo progressivo a demenza facendosi croniche. Raro e sempre molto tardo è l'esito demenziale nelle paranoie o psicosi sistematiche (eccezion fatta dalla paranoia originale) e nelle pazzie periodiche e cicliche.

ε. L'uniformità sistematica del carattere di un alienato in una direzione non consona al suo naturale precedente, con subordinazione di tutte le tendenze ad una sola o a poche fra esse, è in ogni caso da ritenersi indizio grave di unificazione e coordinazione delle idee e dei sentimenti attorno ad un nucleo morboso: in altri termini è sintomo di quelle vesanie dove il delirio, specialmente allegorico, assume stabilità (pazzia sistematizzata terminale, detta anche impropriamente paranoia secondaria), ovvero delle psicosi ad evoluzione sistematica fin dal principio (paranoia originaria e paranoia tardiva con delirio evolutivo cronico). I casi, di cui qui si tratta, corrispondono alle « *monomanie* » della vecchia scuola clinica francese, ed alle « *pazzie sistematiche* (primitive) o *sistematizzate* (secondarie) » della odierna Psichiatria. In esse una sola, determinata tendenza dirige più o meno stabilmente tutta l'attività mentale dell'individuo e inibisce gli stati ideativi, affettivi e volitivi che con lei non si unificano, o che potrebbero ostacolare il suo predominio: così tutte le idee vengono soggiogate dall'idea fissa e delirante, i sentimenti si subordinano all'emozione ed all'affetto patologici, tutti i desiderii impallidiscono rimpetto alla tendenza vincitrice. Nei casi estremi, quando la unificazione della personalità attorno al nucleo morboso di idee, sentimenti e desiderii è completato, gli stati mentali per tanto tempo inibiti ed eliminati dalla vita cosciente finiscono col distruggersi e con l'atrofizzarsi; sino a che nella dissoluzione della mente più nulla quasi rimanga, se non i miseri avanzi di quella stessa tendenza che agì da parassita dell'intelligenza, dell'affettività, della volontà.

Questa coordinazione progressiva degli elementi della personalità attorno ad uno solo si estrinseca nella condotta mediante atti uniformi e reiterati, la cui idea motrice raggiunge non raramente il grado di una vera ossessione. Ogni delirio, sia esso di colpevolezza, di persecuzione, di grandezza, sia ipo-

condriaco, erotico o religioso, per poco che duri, propende a sistemarsi, e ben presto imprime un marchio particolare a tutte le espressioni dell'attività mentale: al contegno, agli atteggiamenti generali, alla fisonomia e mimica, alla parola, alla scrittura, al lavoro professionale, agli atti concernenti le relazioni domestiche e a quelli che riguardano le relazioni sociali. Le nuove manifestazioni ergasiche provocate dall'idea delirante e dal sentimento morboso che le si associa, diventano abitudini, e finiscono col rendersi automatiche; è così che possono persistere anche nell'indebolimento psichico dello stadio cronico. Nei Manicomî si veggono dei vecchi dementi compiere per puro automatismo atti che non rispondono alle loro condizioni presenti, e che perciò ci appajono tanto più incongrui ed insensati: quegli atti sono quasi sempre il residuo di abitudini create da un antico delirio. Ma la unificazione sistematica della personalità attorno ad un dato elemento o gruppo di elementi morbosi, ci porta propriamente fuori del campo delle diprassie generali relative al carattere: noi qui siamo già nel campo di quelle alterazioni più o meno parziali della condotta, che dipendono dal predominio d'una data tendenza a scapito di tutte le altre, talora neppure immedesimata con la personalità stessa del malato. Sono le disprassie, di cui ora dobbiamo proporci un breve studio semejotico.

105. **Esame della condotta in relazione al predominio morboso di date tendenze** (« **Impulsioni** »). — Studiando il carattere dei pazzi, noi abbiamo già potuto scorgere come uno dei più comuni e più evidenti effetti della alienazione mentale sia di impedire o di scomporre la sistemazione armonica degli elementi psichici, ora arrestando il loro sviluppo, ora invece esagerandone la attività e pervertendone i rapporti. Dobbiamo adesso esaminare se nel nostro alienato si siano formati e si mantengano questi rapporti sistematici fra le tendenze, donde risulta la condotta, e soprattutto cercare se queste tendenze abbiano raggiunta e conservino quella mutua e proporzionata loro attività inibitoria e dinamogenica, senza di cui non v'è equi-

librio adattativo della personalità. Il nostro esame non tarderà a rivelarci che in un gran numero di alienati vi sono tendenze singole o gruppi di tendenze, che hanno acquistato un predominio morboso su tutte le altre, e che, divenute sempre più imperiose e coartanti, rappresentano nella sfera affettiva e volitiva ciò che sono le idee fisse nella intellettiva (cfr. § 93). Le tendenze straordinariamente intensificate e predominanti danno luogo a disturbi caratteristici della condotta (disprassie parziali): esse costituiscono gli *impulsi morbosi* od *impulsioni*, tanto frequenti nelle malattie mentali e di così grande importanza per la Psichiatria e per la Medicina forense.

Questi disordini parziali della condotta hanno ricevuto in Psicopatologia designazioni differenti. Da principio si propendeva a considerarli come lesioni isolate della volontà e dell'istinto, da cui si originavano azioni impulsive, involontarie, irresistibili, di natura immorale o distruttiva: donde il nome di « monomanie istintive », quasi a contrapposto delle « monomanie intellettuali » che riguardavano invece presunte lesioni isolate della ideazione, e di quelle « affettive » che concernevano i pervertimenti parziali del sentimento e del carattere (Esquirol). Ma poi si vide che il disturbo mentale era sempre assai più esteso di quanto indicasse il termine « monomania », e questo termine, non potendo acconciarsi ai progressi della Psichiatria, ha finito col cadere in disuso e coll'avere soltanto un' importanza storica. Si sono adottate in sua vece denominazioni più conformi ai dati della fisiopsicologia. Tali sono quelle di « impulsioni » o « impulsi morbosi » (*krankhafte Impulse*), di « movimenti ed atti istintivi » (*triebartige Bewegungen* e *Handlungen*), di « movimenti ed atti incoercibili » (*Zwangsbewegungen* e *Zwangshandlungen*), di « reflessi psichici » (*psychische Reflexacte*). La molteplicità dei nomi non prova soltanto la difficoltà dell'argomento, prova pure una innegabile differenza intima fra queste manifestazioni anormali della condotta. Si tratta di fenomeni morbosi disparatissimi, che bisognerebbe coordinare e classificare

in conformità al loro meccanismo di produzione ed ai loro rapporti con gli altri disturbi della mente. Nei trattati di Psichiatria se ne fa per lo più una descrizione confusa, sia perchè se ne moltiplichino arbitrariamente le distinzioni basandosi su caratteri secondarî ed estrinseci del fatto morboso, sia perchè si assimilino invece fenomeni patologici di origine e natura assolutamente diversa. Il primo difetto si osserva specialmente negli alienisti tedeschi, il secondo nei francesi. Io ho pensato che per mettere un po' d'ordine nell'intricatissimo argomento convenga anzitutto stabilire i criterî diagnostici, sui quali dobbiamo giudicare la morbosità delle tendenze, e in seguito collocare ciascuna tendenza morbosamente impulsiva al posto che le spetta in una classificazione metodica delle azioni umane (cfr. p. 612). In questo paragrafo mi occuperò brevissimamente della semejotica generale degli impulsi: nei successivi, esaminando le manifestazioni parziali della condotta, avrò occasione di descrivere i singoli atti impulsivi.

Le disprassie impulsive riguardano soltanto determinati modi di agire e di reagire: sono, cioè, la esecuzione di tendenze particolari rese più forti e più fortemente emotive, oppure isolatesi nella disintegrazione della personalità. Queste tendenze interrompono la serie causale degli atti in corrispondenza con l'ambiente, e si contraddistinguono generalmente pei seguenti caratteri: 1.° sono *endogene*, cioè derivano da motivi esclusivamente interni; 2.° sono *fortissime*, e quindi con immissione violenta e subitanea nelle vie di scarica motoria; 3.° sono *aberranti*, cioè contrastano col carattere dell'individuo e con le esigenze del convivere sociale; 4.° sono il più delle volte *conscie ed involontarie*, cioè rappresentate alla coscienza con maggiore o minore precisione, ma impossibili ad inibire; possono, però, essere anche affatto *inconscie* e naturalmente *involontarie*. Quando un atto è compiuto con queste caratteristiche semiotiche, esista o no una pazzia confermata, dovremo dirlo un impulso morboso, e considerare l'individuo, che lo esegue, come

un impulsivo. È evidente che con la perpetrazione di atti consimili la condotta non si presenta solo dissociata, incoerente ed incongrua, ma altresì pervertita: la disprassia diventa una vera paraprassia, e costituisce una delle manifestazioni più sicure o più significanti dello stato di alienazione mentale.

a) L'endogenesi degli impulsi morbosi ci è spiegata dalla fisiopsicologia dei nostri movimenti ed atti. Una tendenza, sotto il punto di vista fisiopsicologico, può essere di tre sorta: — 1.° si tratta di movimenti spontanei organizzati da gran tempo nella specie ed ereditarî nell'individuo, i quali tendono ad attuarsi per le vie nervee centrifughe e gli apparati muscolari in seguito a stimolazioni interne: e avremo *atti istintivi;* — 2.° o i movimenti sono il risultato di abitudini acquistate dall'individuo coll'esercizio, ed in lui organizzate, le quali tendono ad attuarsi meccanicamente dietro stimoli interni od anche esterni: e avremo *atti automatici;* — 3.° o i movimenti sono la risposta ad eccitazioni nuove ed insolite le quali provengono dall'interno (emozioni, imagini, idee) o dall'esterno (impressioni sensoriali): ed in tali casi essi tendono ad effettuarsi, o si effettuano rappresentandosi alla coscienza associati con le imagini muscolari dei movimenti loro antagonistici, ed avremo *atti volontarî.* — Esaminiamo i fatti patologici.

α. Nelle malattie mentali, anzitutto, i perturbamenti della cenestesi o senso organico generale danno luogo all'insorgere di stati emotivi morbosi coscienti o subcoscienti, i quali possono indurre il pazzo ad atti impulsivi violentissimi. Così il melanconico dominato dal suo senso di penosa psichialgia è sempre pericoloso: malgrado la sua apparente abulia, il dolore può trascinarlo d'improvviso ad azioni distruttive. Così pure il degenerato affetto da fobie irragionevoli, che sembrano provenire dalle profondità oscure dell'incosciente per invadere periodicamente la sua coscienza, tende a compiere atti determinati in cui cerca sollievo al suo delirio emotivo. Il così detto « attacco » dell'isterismo è il tipo delle manifestazioni motorie impulsive dipendenti da emozioni morbose.

β. Altre volte sono i bisogni primordiali od organici, che nei dissolvimenti della personalità acquistano un'intensità

straordinaria, e che, avendo sempre un vivace colorito affettivo, non incontrando inibizione in stati psichici più elevati (idee, sentimenti astratti), portano l'individuo a perpetrare atti di immediata loro soddisfazione. All' istinto di nutrizione, all'istinto sessuale, al bisogno o istinto di attività motoria, resisi indipendenti dalla massa degli stati psichici superiori, ma il più spesso pervertiti, devesi l'origine di un gran numero di azioni impulsive dei frenastenici, dei degenerati e dei pazzi.

γ. Molti impulsi morbosi sono invece la manifestazione dell'automatismo dei centri nervosi; hanno cioè tutta l' apparenza di atti intelligenti compiuti per uno scopo consapevole ben determinato, ma si effettuano fuori della volontà e della percezione personale del soggetto: sono, insomma, atti subcoscienti. Qui occorre ammettere che nella mente dell'individuo possono effettuarsi, senza che egli lo voglia e lo sappia, associazioni complesse di sensazioni, di ricordi e persin di raziocinii, al cui svolgimento basta una prima stimolazione che svegli il primo anello della serie. In questo modo affatto meccanico si possono eseguire azioni complicatissime, che richieggono l'esistenza e la persistenza di sensazioni muscolari immensamente delicate, le quali vennero acquisite dal soggetto solo la mercè di un lunghissimo esercizio. Tali sono gli atti del camminare, del correre, del saltare, dello spogliarsi e rivestirsi, del parlare, e anche dello scrivere, i quali sono spesso compiuti automaticamente in certe condizioni morbose di subcoscienza o di incoscienza assoluta (stati ipnotici, naturali o suggestivi, crisi isteriche, attacchi epilettici, coma apoplettiforme, ubbriachezza, delirio tossico, stati attoniti e di stupore, stati di confusione mentale, demenza consecutiva).

L'automatismo non riguarda solo le azioni normali or ora indicate; può spiegare altresì certe azioni patologiche bizzarre, dannose o criminose, che a prima vista sembrerebbero effettuate con lucidità completa di coscienza, quali, fra le tantissime che potremmo citare in esempio, l'estrarre i proprî genitali per mingere o masturbarsi (« esibizionismo »), l'apparecchiare un nodo scorsoio per strangolarsi, il rubare oggetti per poi nasconderli, il ferire un individuo nel momento più opportuno o nelle parti più vitali, ecc. In alcuni casi gli atti automatici si associano con tanta esattezza e si susseguono così a lungo

da costituire una serie non interrotta di azioni e reazioni, che sembrerebbe quasi impossibile distinguere da quelle della esistenza normale (per es. le fughe e i viaggi degli epilettici in attacco di « automatismo comiziale ambulatorio », CHARCOT).

δ. Il più gran numero delle azioni impulsive degli alienati è però la conseguenza diretta dei loro perturbamenti intellettuali. — Qui in prima linea si mettono le *illusioni* e le *allucinazioni*, e soprattutto le allucinazioni acustiche e le visive. Il malato sente voci imperiose, che gl' ingiungono di commettere un atto delittuoso o anche semplicemente stravagante (« *va, distruggi, ammazzati, meglio se tu morissi, sei indegno di vivere, sei condannato, non ti salvi se non fai così* », ecc. ecc.); oppure scambia le persone presenti per i suoi pretesi nemici, vede canali e precipizî, fiamme, laghi di sangue, dove è spinto ciecamente a cercare scampo o morte; vede animali, belve, uomini armati, esseri minacciosi, fantasmi terribili, dai quali deve difendersi e liberarsi, ed eccolo diventare violentemente e inaspettatamente impulsivo. Certe volte sono le illusioni del senso muscolare e le allucinazioni psicomotrici che spingono all' impulso (il malato si sente così « *leggero* » che *può volare, scavalcare i monti, salire al cielo;* così « *forte* » che *può compiere qualunque impresa, distruggere e rifar tutto in un baleno*). — Le impulsioni allucinatorie sono frequentissime nelle forme melancoliche, massime nella malincolia ansiosa e lipemania stupida, nelle paranoie, segnatamente con delirio persecutorio o mistico-religioso, nelle psicopatie tossiche, alcoolismo, cocainismo, ecc. e nelle psicosi neurosiche, isterismo ed epilessia: sono, per contrario, abbastanza rare nelle forme maniache.

Vengono, in secondo luogo, le *idee deliranti* e i *delirî sistematici*. Così la idea di colpevolezza e il rimorso spingono il melanconico al rifiuto ostinato del cibo, all'automutilazione, al suicidio, come l'idea di miseria e rovina lo può spingere alla distruzione, all'incendio della casa, all'uccisione dei proprî figli. Le idee di persecuzione inducono il paranoico ad una reazione vendicativa, violenta, come quelle di grandezza lo rendono talvolta sommamente aggressivo e pericoloso. Anche il paralitico agisce per impulso sotto l'influenza delle sue idee paradossali di ricchezza e di potere. Nell'isterica il così detto

« periodo delirante dell'attacco » è per lo più la riproduzione di fatti reali della vita antecedente o di scene cui già essa assistette: il suo delirio è allucinatorio e ci spiega perchè riappajono ad ogni attacco i medesimi atti e le medesime impulsioni.

In terzo luogo, come tipica causa morbosa di azioni impulsive, stanno le *idee fisse coartanti* od *ossessioni* (cfr. Vol. II, pag. 436). Perchè si possa dire che un'impulsione è ossessiva nel significato preciso che la psicopatologia oggi assegna a questo termine, bisogna che il malato abbia consapevolezza della morbosità del fenomeno, e che questo sia scevro da ogni rapporto con un delirio o un' idea delirante qualsiasi (veggasi più innanzi). Si ritenga però che quanto più un'idea delirante o fissa è latente e dissimulata, tanto più improvvise e gravi sono le scariche impulsive che le si connettono.

b) La forza e la incoercibilità delle impulsioni dipendono, in prima, dalla loro autonomia nella vita mentale dell'individuo; in secondo luogo, dalla mancanza od inefficacia delle tendenze antagonistiche; in terzo, dalla loro reiterazione; in quarto, dal loro intenso colorito emotivo e particolarmente dal senso di sollievo che induce la soddisfazione della tendenza impulsiva; in ultimo, dal loro stesso contenuto, cioè dalla natura del movimento od atto che è rappresentato alla mente.

Una impulsione è sostanzialmente identica ad un'idea fissa (cfr. Vol. II, pag. 441): ne ha la persistenza, la stabilità, la uniformità, l'indipendenza, in molti casi l'indole ossessiva. Nella mente disequilibrata dell'anomalo o in quella perturbata del pazzo ogni tendenza, che insorga per i motivi endogeni testè indicati, può svilupparsi in modo esagerato e giungere a vivere isolata in forma quasi affatto indipendente, stante la debolezza o la rilassatezza dei legami associativi fra gli stati psichici. Sia che la personalità non si sistemi in unità solida e coerente, sia che essa perda, anche solo in parte, l'unità sistematica già raggiunta, il risultato più importante è la esagerazione dell'attività puramente reflessa e dell'automatismo nei centri, con la insufficienza, la diminuzione e persino la perdita del potere inibitorio.

La forza della tendenza impulsiva è tale che essa nel mag-

gior numero dei casi si effettua per una vera *necessità meccanica*. Questo è di palmare evidenza nelle impulsioni incoscienti o subcoscienti, che si osservano soprattutto nell'epilessia e nell' isterismo, ma che non mancano nella mania, nella melancolia attonita, nello stupore, nella pazzia catatonica, nella paralisi generale, nella stessa demenza. Gli impulsi qui sono compiuti senza che l'individuo ne abbia consapevolezza e memoria: egli se ne mostra addolorato e stupito quando al cessare dell'attacco o al finire dell'accesso di pazzia sia in grado di conoscere ciò che ha fatto. — Ma anche nelle impulsioni coscienti la natura necessaria dell'atto ci viene rivelata in modo non dubbio. Ordinariamente l'impulsivo, che è consapevole del proprio stato (degenerazione, neurastenia, pazzia con idee fisse, isterismo, melancolia ragionante periodica, melancolia passiva . . .), ci narra e ci spiega le sue impulsioni con frasi che esprimono tutta la sua angoscia, la violenza dell' idea, la impotenza a resistere e una tipica acquiescenza innanzi alla fatalità irrimediabile dell' evento (p. es. « *è un' idea che mi viene* », « *è più forte di me* », « *non ho potuto tenermi* », « *bisognava che io lo facessi* », ecc.).

Bene spesso all'idea dell'atto impulsivo si associa quella di *atti antagonistici*, con cui esso si potrebbe prevenire o impedire; ma l'associazione è quasi sempre di indole morbosa, e l'atto preventivo o inibitorio risulta non meno strano dell'altro (pronunciare ad alta voce formule cabalistiche, eseguire gesti bizzarri, ecc.). Questo gruppo di impulsioni si collega a quello delle idee *impulsive antitetiche*. Molti alienati, segnatamente se melancolici e degenerati con idee fisse, si sentono indotti e spinti ad agire in un modo, mentre « *vorrebbero* » agire in un altro. Ciò significa che l'imagine dell'atto evoca quella del suo antagonista, da cui poi è sopraffatta.

Ancor più violente sono le impulsioni allucinatorie e deliranti. Qui abbiamo talvolta un conato di spiegazione, che ci viene fornito con più o men grande reticenza, e che ad ogni modo palesa tutta la incoercibilità della tendenza (« *me l'hanno detto* », « *mi fu comandato* », « *l'hanno voluto* », « *ho dovuto difendermi* », ecc.). Non raramente la morbosità dell'atto si limita ad una sproporzione assoluta fra causa ed effetto o ad un errore di illazione (p. es. quando il melancolico,

dominato dall'idea di colpevolezza, è spinto a strapparsi o a ferirsi i testicoli per compiere il suicidio; o quando, dominato dall'idea di rovina e miseria, uccide i proprii figli per liberarli dai *possibili* stenti della vita).

c) L'aberrazione delle tendenze impulsive deriva sempre da ciò che esse sono ora in contrasto con le condizioni psichiche normali dell'individuo e coi suoi bisogni, ora in opposizione alle idee ed agli interessi dell'aggregato. Nell'immensa maggioranza dei casi la finalità degli impulsi è, adunque, abnorme; ma nella scala dell'abnormità può andare da un semplice ed inoffensivo movimento o gesto bizzarro in forma di ticchio mimico, sino all'azione più complicata, violenta e terribile. Per l'ordinario, quanto più una tendenza impulsiva ha contenuto antisociale ed antiumano (atti teremorfici), tanto più acquista forza e incoercibilità.

Lasciando ora da parte i movimenti automatici paramimici e gli impulsi del linguaggio interiore, di cui fu già parlato (cfr. p. 265 e p. 380), noi possiamo dire che le impulsioni dell'alienato sono generalmente contrassegnate per la loro stravaganza, incongruenza, dannosità ed immoralità. Talvolta sono soltanto atti *rozzi* e *triviali* (es. mancare di rispetto alle persone, sputacchiare per ogni verso, parlare ad altissima voce, prender il cibo con le mani, ecc.); ora atti *ridicoli* e *buffoneschi* (p. es. fare versacci, sporgere la lingua, ammiccar l'occhio, gesticolare come per sottintesi ma in realtà senza alcun senso, sbellicarsi dalle risa senza motivo apparente, imitare il canto del gallo, parlare alla propria imagine riflessa nello specchio . . .); ora atti *stolidi* ed *insensati* (es. rimpiattarsi pel gusto di farsi cercare, spremersi limoni e cibi sulla faccia, vuotarsi bevande e inchiostro nelle tasche, urinare e defecare in un angolo della camera . . .); ora atti *nocivi a sè stessi* (es. rosicchiarsi le unghie sino alla matrice [« onicofagia » di BÉRILLON], staccarsi le pipite a sangue, battersi sulla testa, schiaffeggiarsi ripetutamente, strapparsi ciocche di capelli e peli, spesso in guisa da prodursi aree circoscritte di alopecia, stirarsi il naso e le orecchie . . .); ora atti *disgustosi* e *ripugnanti* (p. es. mescolare cibi d'ogni specie, levarsi dalla bocca il bolo alimentare con le dita per poi

rimasticarlo, lordarsi con escrementi, bere la propria urina o quella degli altri, mangiar peli, terra, immondezze, sterco, ecc.).

In un grado più alto e più caratteristico di morbosità scorgiamo gli impulsi *ambulatorii* (p. es. tendenza a vagabondare, a condurre vita randagia, a fuggire da casa . . .); in secondo luogo gli impulsi *appropriativi* e *furatorii* (p. es. far collezione di oggetti, rubare, per poi nascondere la roba rubata nè più servirsene . . .); terzo, quelli *erotici* (p. es. scoprirsi il seno, fare atti inconsiderati e sconvenienti di seduzione, estrarre i genitali per farne mostra, masturbarsi sfrenatamente ed anche in pubblico, perpetrare violenze carnali, soddisfare l'istinto sessuale su individui del proprio sesso, o su individui ancora immaturi, o su animali, o su cadaveri . . .); quarto, gli impulsi *distruttivi* o « pantoclastici » (p. es. lacerare abiti e biancherie, rompere e fracassare oggetti e mobili, appiccare fuoco . . .); indi quelli *violenti contro sè stesso*, *autotomici* e *suicidi* (p. es. lacerarsi con le unghie la pelle del viso, mordersi e strapparsi coi denti la lingua, tagliarsi i testicoli, cavarsi gli occhi, ferirsi, precipitarsi, uccidersi . . .); da ultimo, all'apice della scala patologica, gli impulsi *violenti contro gli altri*, o *sanguinarii* ed *omicidi* (p. es. ferire ed ammazzare, torturare animali, bearsi nella vista del sangue, gioire di voluttà sessuale nel sussulto delle vittime, ecc.).

Non sempre, però, l'impulsione è nel senso d'un atto da eseguire: talvolta essa è *negativa*, cioè si tratta dell'inibizione d'un movimento o d'un atto. A questa categoria appartengono per certi riguardi il mutacismo, l'abasia e l'astasia, non che molte paralisi psichiche; il negativismo ostinato a moversi, a curarsi, ecc., e, più morbose ancora, le così dette *fisiofobie* (non mangiare o sitiofobia; non bere o dipsofobia; non urinare, non defecare, ecc.).

In un gruppo a parte si collocano pure gli impulsi morbosi rappresentati dalla tendenza irresistibile a far uso di sostanze che agiscono sul sistema nervoso: impulsi che possiamo dire *acquisiti*, perchè concernono bisogni non naturali della specie e dell'individuo, i quali finiscono poi col recare nocumento all'una ed all'altro. Tali sono gli impulsi al bere alcoolici e sostanze inebrianti (dipsomania), a fare uso di morfina, cocaina, oppio, ecc. (morfiomania, cocainomania, oppiomania, ecc.).

Nella indagine semejotica delle impulsioni è necessario distinguere quando esse sono multiple e associate (impulsività generale) da quando sono invece isolate e specificate (impulsività parziale). Al pari dell'idea fissa, quella impulsione, che si presenta senza nesso con altri disturbi intellettuali od affettivi, e che si rende autonoma e si riproduce con uniformità di contenuto motorio, è sempre indizio di dissesto più grave e profondo: nella maggioranza dei casi ci avverte che siamo davanti ad una forma prettamente degenerativa di psicosi o, per lo meno, ad una vesania svoltasi in una personalità intaccata da ereditarietà patologica.

d) Riguardo ai rapporti con la coscienza, gli impulsi ci possono presentare le eventualità seguenti:

1.° Il malato ne è inconsapevole, non ha, cioè, nessuna coscienza dell'atto mentre lo compie, quindi non si ricorda affatto di averlo compiuto. — L'incoscienza e l'amnesia sono la caratteristica dell'epilessia e degli stati affini: le *impulsioni inconscie* sono, adunque, una manifestazione frequente della grande neurosi, talvolta costituiscono anzi tutto l'attacco. Si riconoscono per la istantaneità, per la violenza, per la regolarità automatica dell'esecuzione, per l'uniformità quando sono ripetute, per l'assoluta mancanza di ricordo al risveglio dell'attacco, e per la quasi costante aggressività e dannosità dell'atto.

2.° Il malato ha una consapevolezza oscura dell'atto mentre lo compie, ma non può in alcun modo inibirlo. — Qui si tratta, anzitutto, di quegli *impulsi subconscî*, coi quali si può scaricare improvvisamente la tensione nervosa nelle psicopatie caratterizzate da stato convulsivotonico dei centri psicomotorî, e quindi da un arresto inibitorio dei movimenti (melancolia attonita, stupore, catatonia). In questi casi l'impulso ha luogo quando meno lo si aspetta, durante un periodo di calma e di apatia, nell'inerzia apparentemente assoluta del pensiero, e per lo più senza prodromi. Talvolta, però, si può scorgere qualche segno precursore, che ci deve mettere in sull'avviso: il viso si contrae, i lineamenti si irrigidiscono, lo sguardo si fa fiso e penetrante, gli occhi rotano nell'orbita o sono incolti da nistagmo, le pupille si dila-

tano, il malato stringe i pugni, scuote le spalle e le braccia, si torce le mani, arrossa od impallidisce, ha palpitazioni di cuore, ha senso di improvvisa soffocazione, ecc. Per certi riguardi gl'impulsi subconscii dei melancolici assomigliano agli inconscii degli epilettici (*raptus*): ne hanno la istantaneità, la violenza, l'automatismo, ma ne diversificano in ciò che il malato ha poi un ricordo vago e confuso del fatto. — Debbono,in secondo luogo, considerarsi come subconscii gli impulsi automatici, con cui si scarica lo stato irritativo dei centri nelle psicopatie caratterizzate da eccitazione e da irrequietudine (mania, confusione sensoriale, delirio alcoolico, delirio infettivo e tossico, paralisi generale esaltata, episodî impulsivi della paranoia).

3.° Il malato è consapevole dei proprii atti, ma non ha la coscienza della morbosità dei proprii impulsi. — Qui si pongono quasi tutti gli atti impulsivi compiuti dagli alienati sotto il predominio delle loro illusioni ed allucinazioni, delle idee deliranti, dei giudizî erronei, dei pervertimenti affettivi (paranoia persecutoria, melancolia delirante, mania allucinatoria, alcoolismo, ecc.). Contrariamente a ciò che suppone il volgo, gli alienati hanno, nel più dei casi, la piena e completa consapevolezza dell'azione, si ricordano di ciò che hanno fatto, danno ragione dei loro atti bizzarri, violenti e criminosi, sono anzi quasi sempre convinti che dovevano agire unicamente a quel modo.

4.° Il malato è consapevole dei proprii atti e della morbosità dei proprii impulsi, ma non lotta per inibirli perchè non ne sente la sconvenienza, la immoralità e la criminosità. — Il tipo di questi alienati impulsivi con lucidità di coscienza, ma con perversione della volontà, ci è presentato dalla psicosi degenerativa degli ereditarî, dalle forme ragionanti della pazzia periodica, dalla parafrenia costituzionale affettiva o ipocondria morale (isterica). Le stranezze e bizzarrie della condotta giustificano per sì fatti casi la designazione di « *delirio degli atti* » usata dagli alienisti nella prima metà del secolo. Quando alla anomalia impulsiva della condotta serva di fondamento la debolezza congenita del senso etico, si ha la pazzia morale.

5.° Il malato ha la piena coscienza della morbosità dei proprii impulsi, e lotta penosamente per

inibirli. — Le *impulsioni coscienti*, o idee impulsive coartanti (cfr. Vol. II, p. 436), costituiscono una sindrome peculiare della degenerazione e della psicastenia acquisita (neurastenia cerebrale). Per diagnosticarle, ci baseremo sui seguenti caratteri (MAGNAN):

a { α ossessione; / β impulsività; } γ irresistibilità;

b { δ angoscia concomitante; / ε sentimento di sollievo consecutivo all'atto;

c ζ coscienza dello stato morboso.

α. *Ossessione*: — Il pensiero dell'individuo è assediato dalla rappresentazione o idea motrice dell'atto da compiere. In principio questa idea si presenta in modo transitorio e abbastanza di rado, poi in modo sempre più stabile e reiterato: alla fine può anche occupare essa sola, senza interruzione, il campo della coscienza.

β. *Impulsività*: — L'idea di compiere un movimento o un atto tende sempre a scaricarsi per le vie centrifughe verso i gruppi muscolari, le cui imagini cinestetiche costituiscono il contenuto motorio della rappresentazione: quando questa idea è fissa e ripetuta, acquista anche un'intensità maggiore, e si trasforma in una impulsione vera e propria. Si noti che l'impulsione può anche effettuarsi d'improvviso indipendentemente da ogni pensiero preesistente.

γ. *Irresistibilità*: — In onta a tutti gli sforzi del malato, l'idea fissa impulsiva diviene irresistibile. Da principio egli può lottare sia evocando imagini antagonistiche sia distraendo la propria attenzione, spesso mediante stratagemmi e artifizî curiosissimi; ma poi la sua volontà rimane impotente ad impedire la trasformazione dell'idea in atto.

δ. *Angoscia*: — Il ripresentarsi continuo della stessa idea, l'interruzione che essa induce nella serie dei pensieri, la lotta che impegnano tra di loro gli stati psichici antagonistici, sono più che bastevoli motivi per spiegarci il sentimento penoso da cui ogni « crisi impulsiva cosciente » è accompagnata. In pochi casi la pena è mite e tollerabile; dal maggior numero degli infermi essa è descritta come un cruccio acutissimo, un'angustia estrema, una sofferenza morale inesprimibile, sì da indurre uno stato emotivo di profonda disperazione, che

si ripercuote nella sfera fisica (cardiopalmo, pallore e rossore, sudor freddo, tremito, moti convulsi, ecc.).

ε. *Soddisfazione consecutiva:* — Quando la lotta termina con la vittoria dell'idea coartante, il malato prova un senso piacevole di appagamento, di acquiescenza nel fatto compiuto, quasi di liberazione improvvisa da un incubo. Questo contrasto con le angustie interne dell'istante precedente all'atto non ci deve stupire. Anzitutto l'esecuzione serve di scarica alla tensione morbosa dei centri rappresentativi ed emotivi; d'altra parte, gli stati impulsivi si svolgono generalmente nei cervelli invalidi od ammalati, dove esistono già in grado più o meno rilevante disquilibrio dell'intelletto, deficienza del sentimento ed instabilità del volere.

ζ. *Coscienza:* — L'impulsivo è consapevole della morbosità dell'impulso, cui si sente trascinato, ha la lucida previsione delle conseguenze bizzarre o funeste dell'atto, e sente nello stesso tempo la propria impotenza a resistere: donde, per l'appunto, il sentimento di angoscia che lo travaglia.

§ 3.

Condotta in rapporto alle singole tendenze

(Disprassie in particolare).

106. Esame della condotta in rapporto alla conservazione dell'individuo organico. — Sono tre gli aspetti che la condotta dell'alienato presenta alle nostre indagini semejotiche riguardo alla conservazione individuale (cfr. p. 602): 1.° difesa dell'organismo contro la sua distruzione autoctona indotta dal lavoro degli organi e tessuti viventi, e quindi bisogno primordiale di riparare alle perdite quotidiane la mercè degli alimenti (istinto di nutrizione); 2.° difesa dell'organismo contro gli agenti esterni fisici e meccanici, che potrebbero danneggiarne la salute o anche distruggerlo, e quindi bisogno primordiale di repulsione dal dolore

(istinto dell'integrità corporea); 3.° difesa dell'organismo contro i processi involutivi che potrebbero seguire all'inerzia dei singoli organi ed apparati, e quindi bisogno primordiale di soddisfacimento delle singole funzioni vitali (istinto dell'attività corporea).

I. L'ISTINTO DI NUTRIZIONE ci può presentare nel pazzo tre tipiche alterazioni: ora è morbosamente aumentato, ora invece diminuito e financo abolito, ed ora pervertito.

Per giudicare di queste alterazioni dell'istinto nutritivo si esamina nell'alienato la presa dell'alimento, che è la prima e più semplice fra le manifestazioni della condotta. Occorre non solo informarsi dai parenti e dalle persone che circondano e sorvegliano il malato, ma assistere, ove sia possibile, ai suoi pasti. Si terrà conto della quantità assoluta e relativa degli alimenti solidi e liquidi, che vengono assunti durante la giornata; dell'ordine e della pulizia nel mangiare e nel bere; delle preferenze date a certi cibi e a certe bevande; dei periodici abusi dietetici, ecc.

1. L'eccesso dell'istinto di nutrizione assume aspetti diversi, conforme allo stato delle funzioni digestive (cfr. Vol. I, § 43, p. 189) e a quello della sensibilità interiore od organica (ivi, § 59, E e I, p. 389 e 418). Ora è un bisogno morboso di assumere continuamente cibo (*iperoressia*, *iperfagia*); ora un bisogno di empirsi lo stomaco con enormi quantità di alimenti (*bulimia*, *adefagia*); ed ora un' insaziabilità così rilevante che vengono ingurgitate in copia altre sostanze più o meno alibili (*cinoressia*, *pica*, *polifagia*).

α. L'iperoressia, che conviene distinguere dalla vera bulimia, si spiega ordinariamente, non tanto coll'esagerazione morbosa del senso della fame, quanto per un senso penoso di sfinimento generale, o di vuoto nell'epigastrio, dal quale il malato è spinto a fare ripetuti piccoli pasti. Questo sin-

tomo si osserva ora in forma episodica ed ora in modo più costante nell'isterismo, nella neurastenia, nell'ipocondria, molto raramente nella melancolia (ciclica). Qui, generalmente, il fenomeno psicopatico dipende da lesioni del chimismo e della motilità stomacali (iperpepsia e ipercloridria; ipopepsia e anacloridria; ipocinesi gastrica, atonia pilorica, ecc.).

β. Nella sua forma più semplice la bulimia consiste nella voracità con cui il pazzo, messo a tavola o quando gliene si porga occasione, assalta, per così dire, gli alimenti, li porta alla bocca con rapidità, spesso usando le mani, e li inghiottisce avidamente. Tale è il caso degli imbecilli e cretini, dei dementi, e soprattutto dei maniaci, non esclusi alcuni paralitici in periodo di esaltamento. In una forma più grave, alla avidità e sconvenienza con cui si effettua il pasto si aggiunge la quantità strabocchevole di alimenti ingurgitati. Certi idioti e dementi paralitici non masticano neppure, e tanta è la loro brama di empirsi che nel trangugiare si ingozzano, e possono anche rimanere soffocati. Talvolta particelle alimentari malamente deglutite si introducono nelle vie aeree, non sono espulse per anestesia della mucosa, e più tardi causano gravi processi negli organi respiratorii (gangrena polmonare). — Nel grado estremo la voracità si trasforma in una vera fame animalesca, lupina o canina (*cinoressia*): in allora il pazzo va continuamente in cerca di cibo, e, non trovandone, mangia ogni sostanza che sia più o meno nutritiva od abbia anche soltanto l'apparenza di alibilità, con che la bulimia diventa *poli-* o *allotriofagia*, e dall'eccesso del senso della fame passa ai pervertimenti dell'istinto nutritivo.

Tutte queste manifestazioni psichiche si associano bene spesso con stati morbosi della sensibilità gastrica, con anestesia della estremità dei nervi dello stomaco in seguito a catarro e con ectasia. Talvolta sono il prodotto di delirii particolari, come quando il pazzo si creda trasformato in un essere demoniaco o in un animale (demonopatia, zooantropia, licantropia), o quando si senta invaso da altri esseri vivi che esigono nutrimento (delirio di invasione, sdoppiamento della personalità), o quando sia convinto che i cibi attraversano rapidamente il suo organismo senza essere assimilati (ipocondriasi, micromania dei paralitici).

7. È degno di menzione un fatto morboso che talvolta si associa alla bulimia degli idioti e degenerati, delle isteriche, e talora anche dei neurastenici: intendo la r u m i n a z i o n e (« mericismo »), cioè il rigurgito di tutto o di parte del contenuto stomacale, il suo arrivo nella bocca, la sua rimasticazione e la nuova sua deglutizione (MONTI, MORSELLI e TAMBURINI, ROLLER, NAECKE, BELMONDO). Senza dubbio il mericismo dei pazzi e dei neuropatici ricorda un processo, che è fisiologico in un ordine intero di Mammiferi; non possiamo però ammettere più di una semplice analogia, mancando nell'uomo la disposizione anatomica dello stomaco dei Ruminanti. Ma, pur essendo morboso, il fenomeno non cessa dall'avere significato atavico, poichè il rigurgito dei cibi non ancora chimificati non si effettuerebbe, se non si produssero particolari moti antiperistaltici, il cui meccanismo è sostanzialmente identico a quello degli Erbivori.

2.° La d i m i n u z i o n e d e l l ' i s t i n t o d i n u t r i z i o n e si manifesta anch'essa in più modi. Ora è un semplice affievolimento del senso della fame (*iporessia*), ora la sua quasi completa sospensione per anestesia gastrica o per apatia nutritiva (*anoressia*, *apastia*), ora invece la repugnanza dal cibo (*apositia*) e l'ostinato rifiuto di cibarsi per motivi di indole allucinatoria o delirante (*sitofobia*, *mania del digiuno*).

Abbiamo incontrato questi sintomi quando esaminavamo le funzioni di nutrizione del nostro alienato (cfr. Vol. I, § 43, p. 190-191). Qui basterà che diciamo essere, anzi tutto, l'avversione a cibarsi, la s i t o f o b i a, un sintomo caratteristico della melancolia, dove per lo più si accompagna col mutacismo e diviene addirittura invincibile (disturbi gastrici con ipopepsia, idee impulsive di suicidio, idee di umiliazione e mortificazione, allucinazioni imperative attribuite ad esseri soprannaturali, delirio di avvelenamento).

Un secondo gruppo di pazzi digiunatori protervi è dominato dal delirio di negazione. Questo si innesta sulla lipemania senile (delirio di miseria, di annichilamento universale), sulla paralisi progressiva (micromania, idee ipocondriache assurde

d'aver chiuso l'alvo, di mancare dello stomaco, d'essere trasformato in sasso, ecc.), sulla demenza (qui l'aplessia si sviluppa spesso senza alcun motivo), sullo stesso isterismo (la negazione è in tal caso effettuata dall'inferma per capriccio, per amore di singolarità, perchè *non ha fame,* perchè *non vuole ingrassare*, perchè *il suo stomaco non tiene nulla,* ecc. e in realtà si ha il vomito ad ogni pasto). Si noti che l'astinenza dei negativisti, e anche dei melancolici, è molte volte la manifestazione del loro morboso bisogno di contraddire. Lo si prova facilmente non appena si desista dal pregarli o dal tentare di convincerli, e quando si lascino soli nella loro camera, avendo l'accortezza di apportarvi prima dei cibi e delle bevande: allora essi mangiano e bevono di nascosto, pur negando poi di averlo fatto.

In altri casi il rifiuto dell'alimento è sintomo transitorio, deliberatamente voluto. Così avviene nel paranoico con deliriii di persecuzione (idee di avvelenamento, allucinazioni gustative); nel degenerato con delirio mistico (digiuno religioso, delirio di spiritualizzare il corpo, che io proporrei di chiamare « succismo » dal nome del famigerato digiunatore spiritista); e nell'ipocondriaco (dispepsia, poi disgusto dell'esistenza, parestesia del tubo digestivo, idee di dissesti organici, più raramente impulso al suicidio).

La estrema irrequietudine, in cui versano molti alienati (mania grave, melancolia ansiosa pantofobica, paralisi progressiva, delirio tossico, *delirium acutum*), spiega abbastanza perchè essi non provvedano al bisogno di riparare alle perdite enormi del loro ricambio materiale.

3.° I pervertimenti dell'istinto nutritivo sono molteplici. Alcuni consistono in preferenze o in ripugnanze singolari per certe sostanze alimentari e per certe bevande (*idiositie*): le preferenze giungono talora sino al grado di imperiose e incoercibili tendenze (p. es. *dipsomania* o « alcoolofilia »), e lo stesso accade delle avversioni (p. es. *idrofobia*). Altri ben più caratteristici pervertimenti si manifestano come bisogno di gustare sostanze non alibili, anzi nauseanti e nocive (*etero-*

fagia). Nel grado estremo si arriva al morboso appetito della carne umana (*antropofagia*, *necrofagia*). D'ordinario questi pervertimenti indicano l'esistenza di gravi disturbi funzionali del sistema nervoso, o di anomalie di sanguificazione, o di alterazioni profonde nel cervello, vuoi per arrestato sviluppo, vuoi per processi patologici cronici distruttivi; nè si devono escludere le affezioni ancora oscur del gran simpatico (BELMONDO).

a) Si osservano due specie diverse di idiositie, le fobie e le filie.

α. Quando consistono nella intolleranza e nell'aborrimento verso determinate sostanze, esse ricordano quei modi anormali di reazione a dati stimoli che la vecchia medicina denominava « idiosincrasie ». Queste caratterizzano ordinariamente gli individui neurosici, a sviluppo imperfetto, ipoplastico o dissimetrico del sistema nervoso (ereditarî, isterici), e sembrano perciò immedesimate con la stessa costituzione o tempra fisiopsichica dell'individuo. In generale sono manifestazioni di una eccitabilità morbosa o, meglio, di una debolezza irritabile dei nervi, massime se il soggetto versa in stati particolari dell'organismo (mestruazione, gravidanza, malattie, convalescenze, leggiere intossicazioni con alcool, tabacco).

Allorquando simili iperestesie e fobie compaiono in una persona, che prima era perfettamente equilibrata, dobbiamo scorgervi l'indizio di un disordine nervoso, sul quale potrà poi svolgersi una malattia mentale. Tale è soprattutto il caso di certe manie e melancolie puerperali, pazzie periodiche e cicliche, paranoie originarie precoci con delirio ipocondriaco, e non raramente di certe demenze paralitiche. È utile accennare che il rifiuto di date sostanze può dipendere da allucinazioni (voci imperative, nei melancolici e paranoici).

β. Indico qui di passaggio la avversione dell'acqua o *idrofobia*, che ha dato il nome alla rabbia. In taluni casi questa sindrome è la manifestazione d'una pseudo-lissa o idrofobofobia, svolgentesi su di un fondo isterico e neurastenico: può trarre ad errori diagnostici. Ricorderò, d'altra parte, la sindrome opposta, la *idromania*, che fu creduta caratteristica

della pellagra (Strambio). Il vero è che i pellagrosi per lo più si buttano nell'acqua, o per alleviare il senso di scottore cutaneo, o perchè incolti da vertigine, o più frequentemente ancora per suicidio, essendo l'annegamento il mezzo più pronto di morte nelle campagne irrigate della vallata Padana: non si esclude però che taluni possano essere come affascinati dallo specchio lucido dell'acqua (Lombroso).

γ. Un posto a parte nella semejotica psichiatrica merita la predilezione per le bevande alcooliche, la alcoolofilia. Bisogna, però, separarne la passione acquisita pel vino e pei liquori, il vizio abituale del bere: questo va considerato piuttosto come causa che come manifestazione di pazzia (alcoolismo acuto, sub-acuto, cronico). Intendiamo parlare della tendenza morbosa per gli alcoolici, che ha tre forme principali:

1.° *alcoolofilia semplice*: — è quel bisogno di eccitarsi mediante stimoli alcoolici, che si vede per lo più unito ad altri eccessi, per es. ai sessuali, e che contraddistingue gli stati di esaltamento (mania tipica, mania periodica, stadio primo della paralisi progressiva, neurosi periodiche isteriche ed epilettiche esacerbate, e naturalmente frenosi alcooliche). Talora il bere alcoolici è soltanto dovuto al bisogno di estinguere il senso imperioso della sete (*polidipsia* dei maniaci, dementi e paralitici vociferatori e schiamazzatori).

2.° *alcoolofilia originaria*: — è la tendenza al bere, che si mostra fino dalla più tenera età, e caratterizza certi fanciulli degenerati, quasi sempre figli di bevitori ed alcoolisti emeriti (alcoolismo ereditario). Qui la tendenza si mostra in forma di bisogno, diventa abitudine incurabile, e si accompagna con tutte le altre tendenze viziose e con deficienza di inibizione (pazzia morale, imbecillità)

3.° *alcoolofilia parossitica:* — qui la tendenza al bere si presenta a periodi più o meno regolari come impulsione ossessiva, di cui il malato è consapevole e, nel più dei casi, accorato, ma cui non può resistere. È la *dipsomania* pr. detta o « polydipsia ebriosa », che fa parte delle impulsioni morbose di cui già parlammo (cfr. § 105, p. 647). Il parossismo è tipico, quando è preceduto da cattivo umore, cefalea, costrizione ai precordii, insonnio, tristezza, cangiamento di carattere, incapacità al lavoro; quando il malato avverte il sopravve-

nire dell'accesso, lo annunzia, e tenta sottrarvisi in qualsiasi modo; quando compare una sete ardente, inestinguibile per qualsivoglia bevanda eccitante e sopratutto per i liquori forti (acquavite, birra inglese, alcool puro, in due miei casi alcool dei preparati anatomici!); quando il bisogno imperiosissimo è soddisfatto ad ogni modo, col fuggire da casa, col vendere tutto, col mettere a repentaglio la propria posizione sociale, col commettere reati (abusi di fiducia, furti domestici, furti qualificati, violenze, ecc.); e quando, soddisfatto l' impulso fino a immergersi nella più schifosa e patologica ubbriachezza, il dipsomane ritorna alle abitudini ed alle condizioni psichiche in lui normali fino al ripetersi del nuovo accesso. La dipsomania può insorgere in due maniere: o è il prodotto di un vizio alcoolistico acquisito, rimasto latente ma continuamente aumentato per accumulazione tossica; o è la rivelazione d'una labe psicopatica (figliolanza di alcoolisti e bevitori inveterati, degenerazione ereditaria): in quest' ultimo caso si associa, in generale, con altri impulsi morbosi.

b) L' e t e r o f a g i s m o comincia nei gradi più lievi con la diminuzione del gusto: i pazzi affetti da ipo- e da ageusia (cfr. Vol. I, p. 329), sono indifferenti per rapporto ai cibi che loro si ammanniscono, mangiano di tutto senza nulla appetire (melancolici), oppure mescolano vivande e bevande le più incongrue (maniaci, paralitici, dementi, idioti). — In un grado ulteriore viene meno il sentimento di disgusto per cose universalmente riguardate come ripugnanti, sebbene non prive di alibilità, e tali sarebbero certi animali, i pipistrelli, topi, ragni, insetti, lumaconi, ecc., che sono avidamente ricercati ora per esagerato senso famelico (maniaci, frenastenici) ed ora per pervertimento dell'affettività: non è, in fatti, raro che essi li mangino ancora vivi e ne dilacerino coi denti le carni calde e palpitanti (epilettici, imbecilli, degenerati impulsivi). — La avidità con cui vengono inghiottite certe sostanze nauseabonde, fra cui ad es. il bruciaticcio dei corpi grassi, le moccolature delle candele, le feccie del vino e dell'aceto ecc., è idiosincrasia propria dell'isterismo, forse perchè sono spesso anestetici i sensi del gusto e dell'olfatto. — Altrettanto caratteristico negli stati di debolezza e deficienza mentale dell'idiotismo e demenza è il mangiare la terra (*geofugia, cto-*

nofagismo), come si osserva fra certe popolazioni della Nuova Caledonia e in sulle rive dell'Orenoco. — All' ultimo grado di questi pervertimenti si trova la tendenza a cibarsi di sostanze schifose e immonde, ad es. dei rifiuti della casa, di carni e vegetali putrefatti, di carogne, di sterco umano ed animale, e perfino a bere l'urina e a rimangiarsi i proprî escrementi (*scatofagia*, *coprofagia*). Ordinariamente ciò è sintomo di estrema degradazione nell'idiotismo e nella demenza; ma può anche eventualmente mostrarsi nell' isterismo e nella mania come manifestazione di istinti perversi, nella melancolia mistica come azione umiliante dettata dal delirio autonichilistico, e nella paranoia come prova suprema ingiunta da voci allucinatorie o motivata da idee deliranti.

Uno speciale pervertimento degli alienati è la tendenza ad inghiottire ogni sorta di corpi estranei, quali sarebbero sabbia, bottoni, fili, capelli e peli, carta, cenci, pezzetti di legno, ciottoli, e pur anco monete, pezzi di vetro, chiodi, aghi, ferri da calza (donde le designazioni di *allotriofagismo*, *metallofagismo*, *opsifagismo*, ecc., ecc.). Nel più dei casi ciò avviene, perchè il pazzo non ha acquistato o ha perduto il sentimento della inutilità e nocevolezza della sostanze ingeribili (frenastenie, mania, demenze): altre volte è effetto della perversità o del desiderio di rendersi singolari (isterismo); ma può anche dipendere dall'idea deliberata di provocarsi lesioni interne mortali, o da un' impulsione incosciente al suicidio (melancolia, lipemania senile, paralisi progressiva).

Il morboso appetito della carne umana, l' *antropofagismo*, è per fortuna assai raro. Lo si può osservare sotto forma di impulsione ossessiva in qualche degenerato, ma in allora va ordinariamente unito a pervertimeuti dell'istinto sessuale (cfr. § 107); si riscontra talvolta nell'epilessia, nella pazzia morale (delinquente nato) e nell'idiotismo, ma anche qui è difficilmente autoctono e si riduce ad una manifestazione di ferocia e di vendetta (omicidio con cannibalismo, E. Ferri).

II. L'istinto dell'integrità personale è frequentemente alterato nelle malattie mentali sotto due precipui aspetti: 1.° come sentimento primitivo o fondamentale di difesa dell'organismo contro il danno im-

mediato delle lesioni meccaniche disintegrative e distruttive; 2.° come sentimento secondario o derivato di tutela dell'organismo contro i nocumenti degli agenti esterni e contro i possibili mali dell'esistenza.

A) Il primo di questi sentimenti, che si collega nei sani con la ben nota sensazione del dolore fisico e quindi si manifesta con stati rappresentativi intensamente penosi (emozioni), può essere nei pazzi ora esagerato, ora diminuito fino alla sua scomparsa, ed ora pervertito. L'eccesso si mostra con una emotività morbosa di fronte alle probabili offese fisiche dell'organismo, o di fronte al pericolo ed alla sola idea della morte (*pantofobia*, *patofobia*, *tanatofobia*). La sua diminuzione si rivela con la insensibilità al dolore fisico, con l'indifferenza per le lesioni che diminuiscono l'integrità corporea e deturpano la persona, col disprezzo e l'aborrimento della vita, col desiderio e la ricerca della morte (*disvulnerabilità analgesica*, *autotomia*, *autochiria* o impulso al suicidio, ecc.). Quanto poi al pervertimento di questo istinto, esso si presenta quale ricerca morbosa della sofferenza fisica e morale (*algofilia*).

a) Fra gli eccessi morbosi dell'istinto di integrità personale:

α. La *pantofobia*, cioè l'avversione di tutto, contraddistingue in modo speciale le pazzie depressive con disposizione dolorosa dell'animo, la melancolia, la lipemania senile, il delirio di negazione, la forma ipocondriaco-negativistica della paralisi progressiva, ecc. — Nella forma passiva della pantofobia, il malato rifugge da ogni stimolo, non vuol essere toccato e neppur guardato; la più lieve eccitazione, ad es. un fuggevole contatto, basta per fargli contrarre le membra, stringere spasticamente gli occhi, raggricchiare il corpo. In certi stati attoniti, come sarebbero la melancolia allucinatoria, massime puerperale, lo stupore catatonico e la paranoia eroticomistica in parossismo, si direbbe quasi che l'infermo sia

stricnizzato (*tetania*). Per molti dei pazzi pantofobici passivi si può sospettare l'esistenza di illusioni e allucinazioni penose (fantasmi terrifici, acusmi persecutorî); per tutti si deve pensare ad una morbosa esagerazione dell' attività reflessa dei centri spinali e subencefalici. — Nella forma attiva la pantofobia si presenta come un impulso forsennato a tutto rompere e distruggere, a respingere violentemente da sè le persone, a non tollerare nessun contatto e nessuna parola, a fuggirsene qua e là senza saper dove, a buttarsi disperatamente giù dal letto in preda ad un' agitazione sfrenata e incoercibile. È il quadro offertoci da certe gravi melancolie ansiose, specialmente con idee ed allucinazioni demonopatiche, o con trasformazione della personalità (zoantropia), dai delirii tossici in genere, dall' alcoolico in ispecie e dal maidico o pellagroso, finalmente dal delirio infettivo (febbrile). Si tenga conto nel diagnostico differenziale che il delirio della lissa può assomigliare alla pantofobia eretistica di certe psicosi tossiche (cocainismo).

β. La paura dell'ammalare, o *nosofobia*, è la grande preoccupazione dell'ipocondriaco e del neurastenico, talora dell'isterica: questi individui si impongono una vita di continui riguardi e di privazioni. Si osserva anche una nosomania generica nelle neurastenie masturbatorie della pubertà (stati eboidi, eboidofrenia), e in moltissime vesanie con disposizione triste dell' animo e ideazione pessimistica (melancolia). Ordinariamente però la paura si rivolge verso determinate infermità, ed allora si hanno le forme specifiche di nosofobia. In alcuni v'è la idea ossessiva, desolante della deformità corporea, o *dismorfofobia:* essi sono tutto il giorno davanti allo specchio per vedere se la loro faccia è integralmente la solita, se il naso s'è spostato, la fronte rimpiccolita, ecc.

γ. La paura della morte, o *tanatofobia,* caratterizza in particolarissimo modo le psicopatie depressive (melancolia vesanica, melancolia isterica, melancolia senile): è dessa che getta molti pazzi in uno stato di terribile angoscia, e li trascina talvolta al suicidio come al solo possibile mezzo di liberazione.

b) Quale diminuzione patologica dell'istinto di integrità personale, ci si presenta:

α. In primo luogo, la non rara *vulnerabilità analgesica*

degli alienati. Così il maniaco in furore, il melancolico che si dispera, il paralitico e l'epilettico in pieno parossismo, l'idiota nei suoi accessi iracondi, non avvertono le contusioni e le lacerazioni cutanee, che si producono urtando qua e là contro i mobili e i muri, contorcendosi fra i mezzi contentivi che si debbono loro applicare, ecc.

β. Viene, in secondo luogo, la *autovulnerazione*, cioè la tendenza impulsiva a ferirsi, a ledersi più o meno gravemente il corpo, anche qui per la solita insensibilità al dolore che contraddistingue molti stati psicopatici, degenerativi ed involutivi (cfr. Vol. I, p. 363). Il graffiarsi e il mordersi a sangue durante un accesso di collera è tipico dell'idiotismo con fenomeni epilettoidi, come è caratteristico della disperazione melancolica il torcersi le mani e lo strapparsi continuo della pelle ai contorni ungueali delle dita, finchè l'unghia ne resti scalzata dalla matrice, e insorgano onichie suppurative cui susseguono spesso permanenti deturpazioni dell'ultima falange. Quando queste cupe reazioni al dolore assumono il carattere automatico, sono ordinariamente di prognostico sfavorevole (melancolie passanti al cronicismo).

In rari casi le ferite vengono fatte allo scopo di lasciare traccie cicatriziali simboliche sulla pelle (paranoia con delirio di riforma religiosa) oppure per vanità, per riconoscimento, ecc. (tatuaggio, cfr. Vol. I, p. 166; e II, p. 186).

All'autovulnerazione degenerativa si connette la morbosa ricerca del dolore, la *algofilia* del VENTURI. Il più spesso si tratta di un sintomo complesso, giacchè sono pervertiti ad un tempo l'istinto di integrità personale e quello di riproduzione: il malato prova un piacere vivissimo alle punture, alle punzecchiature, ecc. A questa paralgesia nel campo fisico corrisponde quella nel campo morale e intellettuale («diabolismo»).

γ. Ma più significanti sotto il riguardo strettamente psichiatrico sono le *autotomie*, cioè le deliberate mutilazioni, che si infliggono certi alienati. Gli organi genitali sono il bersaglio più comune di queste lesioni volontarie: il pazzo si lacera con le unghie lo scroto, si taglia o strappa i testicoli, si amputa la verga. Altro bersaglio sono gli organi di senso: il pazzo si contunde o abbrucia gli occhi, si lussa col dito i globi o se li svuota addirittura, lacera i padiglioni auricolari,

si tura con corpi estranei il condotto uditivo fino a procurarsi otiti ed otorree, si morde e amputa coi denti la lingua.

Al cospetto di un'autotomia si deve quasi sempre sospettare un delirio mistico religioso, non raramente commisto in modo strano a idee ed impulsioni erotiche (melancolia, paranoia, epilessia): viene punito, cioè, l'organo che fu strumento di peccato, o che servì a svegliare concupiscenze (gli occhi perchè *videro*, le orecchie perchè si compiacquero nell'*ascoltare cose peccaminose*, la lingua perchè *bestemmiò* o *pronunziò parole oscene*, ecc.). In moltissimi casi le mutilazioni sono compiute all'improvviso, in un vero « raptus » allucinatorio dietro voci imperative; in altri sono preparate con pazienza indicibile e compiute con gran sangue freddo: sempre sono seguite da un senso indicibile di soddisfazione.

δ. Nel grado estremo di diminuzione dell'istinto autoconservativo si ha la tendenza alla distruzione dell'organismo, cioè l'*impulso suicida*. Vedemmo insorgere questa tendenza funesta fra le idee morbose che assediano la mente del pazzo (cfr. Vol. II, p. 436); ora però la tendenza non si arresta alla fase di semplice rappresentazione impulsiva, ma viene scaricata in modo più o meno subitaneo per le vie esecutrici. Così insorgono quei frequentissimi tentativi di suicidio, che rendono necessaria la più attenta sorveglianza su di un gran numero di malati (melancolici, alcoolisti, ipocondriaci e neurastenici, paranoici perseguitati, dementi senili, paralitici, maniaci, isterici): tutti costoro si direbbero invasi da una vera « autofobia » tant'è il loro odio alla vita.

Non vi sono differenze assolute e costanti fra il suicidio compiuto dal sano di mente e quello eseguito dall'alienato, tanto più che nelle statistiche delle morti violente la pazzia figura come causa impellente circa nella *metà* dei casi (cfr. le monografie di Brierre de Boismont, Martin, Wagner, Oettingen, Masaryck, Hasse, e specialm. la mia opera: *Il Suicidio*). Nullameno, per dire che un suicidio è psicopatico, potranno servire i criterii semejotici seguenti:

1.° *Modo crudele od eccentrico di morte.* — Nella scelta del mezzo di morte il sano è guidato generalmente da due motivi: la sicurezza dell'esito, e la mancanza o almeno la brevità del dolore. Dalle statistiche ricavasi che, ad esempio

in Italia, i maschi danno la preferenza alle armi da fuoco, poi in ordine calante all'annegamento, all'appiccamento, alla precipitazione, alle armi da taglio, al veleno, allo schiacciamento sotto treni: le femmine invece scelgono prima l'annegamento, poi l'appiccamento, la precipitazione, il veleno, le armi, l'asfissia. I mezzi molto dolorosi o lenti, che conducono a morte fra spasimi e con prolungata agonia, quali sarebbero lo svenamento, l'inanizione, l'urto del capo, l'uso di corpi contundenti, l'uso contemporaneo di più mezzi (fune, rivoltella e acqua), il gettarsi nel fuoco, la soffocazione con corpi introdotti nella bocca ed in gola, l'ingestione di acqua od olio bollenti, di grandi quantità di acquavite, o di alcool puro ecc., indicano nove volte su dieci che il suicidio è compiuto da una mente sconvolta dalla pazzia o in morbosa sovraeccitazione (fanatismo religioso).

Vi hanno poi mezzi di morte indubbiamente patologici nella loro stravaganza: la molteplicità, talvolta orribile, delle piccole ferite fino a tagliuzzarsi tutto il corpo, l'ingojamento di corpi duri, taglienti o pungenti (aghi), l'accendersi i vestiti indosso dopo averli cosparsi di materie infiammabili, l'adagiarsi su carboni ardenti, lo strapparsi gli organi genitali per morire svenato, la autocrocifissione, ecc. Quando la morte è procurata con una specie di voluttà nel dolore fisico (*suicidio algofilico*), la diagnosi di pazzia è sicura.

Nei Manicomii la scelta non può farsi che su un limitato numero di mezzi: rifiuto totale dei cibi, o inedia per astinenza, precipitazione, appiccamento, strangolamento con fazzoletti o lenzuoli attorcigliati (talora in posizione orizzontale sul letto stesso), taglio multiplo delle vene (con istrumenti rozzi e inadatti, preparati da lunga mano e accortamente nascosti). Certi alienati poterono asfissiarsi tenendo la testa immersa in pochissima acqua, soffocarsi premendo la faccia contro ai guanciali, o introducendosi in bocca dei cenci, e persino le dita: e vi fu pur anco chi potè strozzarsi stringendo la gola contro le sbarre d'una ferriata, ecc.

2.° *Reiterazione* — Il ripetersi di tentativi suicidi è indizio quasi certo di turbamento psichico, perchè dimostra che la mente è dominata da un affetto patologico, o da un'idea fissa, o da un'allucinazione, o da un concetto delirante si-

stematico. Talvolta la tendenza suicida si presenta ad intermittenze regolari, come avviene nei degenerati con idee impulsive, nei periodici depressi e ragionanti, negli epilettici, nell'alcoolista. Si distingue il pellagroso alla tipica recrudescenza primaverile dei suoi conati suicidi.

3.° *Impulsività*. — Il suicidio è per lo più compiuto dai pazzi in modo sì inaspettato, rapido e violento, da lasciarci supporre che la esecuzione dell'atto funesto avvenne per una vera scarica epilettoide dei centri psicomotorii. Il raptus autodistruttivo caratterizza specialmente i melancolici, dei quali bisogna sempre diffidare anche quando si mostrino apparentemente tranquilli, rassegnati e passivi. Un mutismo ostinato, la pensosa fissazione dello sguardo, la cupa e angosciosa espressione del viso, spesso qualche contrazione spastica di un muscolo o gruppo muscolare, sono i segni forieri del parossismo impulsivo. Suicidii improvvisi, senza ragione apparente, si osservano nella mania, nell'alcoolismo, nella paralisi generale, nella epilessia, nell'isterismo, nella stessa demenza. Per lo più la subitaneità del suicidio è indizio d' illusioni ed allucinazioni (massime nella melancolia).

4.° *Dissimulazione*. — L'opinione volgare che la premeditazione escluda il disordine mentale, è erronea. Di fronte ai suicidii inattesi, che avvengono per reflesso psichico o per automatismo inconsapevole, stanno le moltissime morti volontarie lungamente pensate e preparate. È meravigliosa la tenacia con cui certi pazzi (melancolici, deliranti, isterici) sanno dissimulare le loro idee suicide, procurarsi i mezzi per uccidersi, maturare nel silenzio i più funesti progetti: questa stessa diuturna ruminazione dell'idea di morire rivela il profondo disturbo, l'annichilimento dell'istinto auto-conservativo. Talvolta il suicidio del pazzo, che appare il risultato subitaneo di un impulso inconsapevole, si trova connesso a disturbi antichi e profondi, per quanto poco appariscenti, della sfera affettiva o dell'intellettiva (psichialgia, « taedium vitae », emotività morbosa, panto- e patofobia, idee deliranti latenti di colpevolezza, di miseria, ecc.).

5.° *Sproporzione fra causa ed effetto*. — Nei predisposti bastano i più lievi incidenti della vita e le più deboli emozioni per far nascere l'idea del suicidio. Questa è sindrome

evidentistima di impulsività degenerativa (ereditarii, isteriche, pazzi morali, maniaci).

6.° *Consapevolezza angosciosa.* — Quando la tendenza suicida si presenta come idea incoercibile, ha tutti i caratteri che altrove descrivemmo proprii delle impulsioni coscienti (p. 647). Ma questo impulso isolato, autoctono al suicidio, senz' altro disordine affettivo o intellettuale, è piuttosto raro, checchè dicesse e credesse la vecchia scuola psichiatrica (« monomania suicida », ESQUIROL): esso appartiene alle sindromi della pazzia degli ereditarii, può difficilissimamente, come ben si capisce, essere preveduto e impedito, e sempre si associa ad altri indizii di disequilibrio mentale.

7.° *Ereditarietà e precocità.* — Decisamente morbosa è la propensione ereditaria al suicidio, ed è per lo più eredità similare per l'età, per il mezzo, per le circostanze di tempo e luogo in cui viene consumato l' atto. Questa impulsione suicida omocrona ed omologa si trasmette talvolta per più generazioni, è sempre associata ad altre anomalie mentali od a nevropatie (cfr. Vol. I, § 14, e Tav. genealogica annessa), e d'ordinario tende, per la legge di acceleramento ereditario, a diventare sempre più precoce. Tipico è, infatti, il comparire dell'idea del suicidio per motivi affatto insignificanti nei ragazzi appartenenti a famiglie degenerate.

B) Riguardo al sentimento di tutela dell'organismo contro le forze naturali, che costituiscono l'ambiente fisco esterno, noi lo troviamo raramente esagerato: assai più frequente è la sua diminuzione fino alla scomparsa totale. Come eccesso morboso possiamo considerare certe speciali *fobie* e le preoccupazioni ipocondriache, mentre all'estremo opposto si deve mettere la più o meno assoluta indifferenza che ci presenta la grande maggioranza degli alienati per ciò che concerne la loro salute.

a) Certe condizioni degenerative e neurasteniche della mente si manifestano sotto l'aspetto di fobie, cioè di paure morbose dei possibili danni che le forze naturali esterne sa-

ebbero in grado di provocare nella compagine dell' organismo o nella salute del corpo. Gli uni temono l'azione funesta delle stelle (*astrofobia*), o quella del caldo e del freddo (*termofobia*), o del vento e delle vicende atmosferiche (*meteorofobia*): altri teme il nocumento di imaginarie sostanze venefiche (*tossicofobia*), o di miasmi cosparsi nell'aria (*endemofobia*). Più di tutte caratteristica è la paura del contatto di cose immonde e sudicie (*rupofobia*, *misofobia*, « délire de toucher »). Queste fobie nulla hanno però di speciale e rientrano nella categoria delle comuni idee fisse (cfr. § 93, p. 438).

Le ansiose preoccupazioni concernenti la influenza degli agenti naturali sulla salute del corpo o sull' attività funzionale degli organi, massime del cervello, ci fan discernere l'ipocondriaco, il neurastenico, talora la isterica. Hanno costoro un' impressionabilità esagerata, o meglio una morbosa emotività di fronte alle vicende meteoriche: solo che il tempo cambii o accenni a variare, accusano mille sofferenze, si lagnano di vertigini, di spossatezza, di insonnio, di formicolio, di astenopia, di inappetenza, di malessere vago, di peso e cerchio doloroso alla testa (« elmo o galea neurastenica », « chiodo isterico »), ecc. ecc. L'ipocondriaco ostinatamente querulo, che infastidisce tutti colla esposizione perenne, egoistica dei suoi malanni, che ingigantisce ogni piccolo incidente della sua vita fisica, che non fa un passo senza consultare barometro o termometro, è quasi sempre un disequilibrato per eredità degenerativa. Si noti il fatto curioso che le preoccupazioni riguardanti l'ambiente fisico e climatico sono rarissime nella melancolia (vesanica).

b) I disturbi della sensibilità, la disattenzione, le morbose condizioni del tono sentimentale, il predominio di affetti e di concetti patologici, ci spiegano la quasi generale indifferenza dei pazzi per riguardo alla loro salute fisica. Moltissimi sembra non risentano nè i rigori del gelo, nè il fiammeggiare del sollione (maniaci, stupidi, dementi, idioti): un gran numero non avverte neppure l' alternarsi del giorno e della notte, nè il succedersi delle stagioni, così che non pensano a riposare, nè ad alimentarsi, nè a vestirsi, nè a ripararsi. Certuni si chiudono nelle loro stanze, e vi soggiornano senza badare alla irrespirabilità dell' aria, nè al puzzo che emana

dalle loro dejezioni e secrezioni cutanee (melancolici, paranoici perseguitati e allucinati). Altri giace sui proprii escrementi o sul fango, come su di un letto di rose; nè il fetore ammorbante, che rende intollerabile ai sani il solo passaggio attraverso i dormitorii di certi mal organizzati Manicomii, riveglia alcun disgusto nei loro infelici abitatori.

I pazzi, che non hanno la coscienza della loro condizione morbosa, si oppongono anche ostinatamente alle cure: essi non vogliono saperne di medici nè di medicine, e per poco che si insista per vincere la loro opposizione, cadono in accessi di collera e di furore. Questo negativismo terapeutico, che ci è offerto naturalmente dalle forme deliranti (paranoia, alcoolismo, ecc.), e dalle esaltate con senso euforistico (mania, paralisi generale), diviene poi caratteristico in quei pazzi che, pur essendo dominati e angosciati da allucinazioni interne dolorose e da preoccupazioni ossessive sulla loro salute, non vogliono poi assoggettarsi a nessun trattamento (melancolici, paranoici e paralitici con delirio ipocondriaco). Il grado più alto ce n'è dato però dai pazzi onninamente negativisti (cfr. § 93, p. 436), i quali per non essere curati allegano d'essere già cadaveri e « fanno il morto » (*necromimesi* dei melancolici ansiosi, dei paralitici e dei dementi senili).

III. L' ISTINTO DELL' ATTIVITÀ FUNZIONALE dell' organismo ci presenta, anch' esso, tre forme diverse di alterazione: in certi pazzi è esagerato, in altri è depresso, in altri si abolisce. I primi, adunque, avvertendo l'aumento del proprio potere fisico, avranno un senso generale di benessere (*euforia*); i secondi, per contrario, sentendo la propria impotenza, avranno un senso generale di malessere (*disforia*); nel terzo gruppo, poi, cadono tutti i malati la cui personalità si dissolve.

Questo istinto va considerato naturalmente in rapporto al bisogno d'attività dei singoli apparecchi del corpo, ciascuno dei quali deve funzionare per mantenere in sè stesso le condizioni d'equilibrio trofico. Ne abbiamo parlato altrove (cfr. Vol. I, § 59, p. 395 e seg.): qui aggiungerò solo una breve

riflessione inspiratami dalle recentissime vedute teoriche su rapporti tra funzione e trofismo (HERING, G. FANO).

In ogni organo vivente si compiono due processi funzionali antagonistici di trofismo. L'uno consta di atti distruttivi o analitici di disintegrazione (*catabolismo*), grazie ai quali si mette in libertà dell'energia sotto forma di movimento, o di calore, o di elettricità, o d'altro; il secondo consta di atti assimilativi o sintetici di reintegrazione (*anabolismo*), pei quali si reintegrano le perdite indotte dal lavoro funzionale e si accumula nuovo materiale di riserva per lo svolgimento ulteriore di forza. Ora, nelle malattie mentali questo doppio e alterno processo chimico-dinamico è senza dubbio alterato nella sua intima correlazione. Vi sono forme di pazzia a prevalente catabolismo, ed altre dove, almeno per un certo tempo e fino a un certo punto, prevale l'anabolismo: — la disforia del melancolico, del neurastenico, degli alienati depressi in genere, e la euforia del maniaco, del paralitico e degli esaltati sono forse il lato introspettivo o cosciente delle due opposte condizioni morbose del trofismo cerebrale.

107. **Esame della condotta in rapporto alla riproduzione della specie.** — Due sono le forme di attività, con le quali ciascun individuo umano soddisfa al bisogno fondamentale della conservazione della specie: 1.° esercizio delle funzioni riproduttive, che si compie con la ricerca dell'individuo di sesso opposto e col congiungimento sessuale onde possano i due elementi germinativi venire a conjugazione (istinto sessuale); 2.° difesa del novello individuo dall'azione distruttiva delle forze naturali, e a tale scopo risponde l'allevamento e il mantenimento della progenitura (istinto parentale). Rinviando l'esame delle alterazioni dell'istinto parentale ad altro capitolo, noi qui considereremo soltanto il sessuale. Questo istinto nelle specie superiori, massimamente nella umana, assume tale sviluppo e implica tale spòsa di energia fisica e mentale, che non solo si distacca dalla funzione difensiva della prole, ma sembra

quasi perdere la stessa sua finalità fondamentale, che sarebbe la continuità della specie mediante la rigenerazione degli individui (cfr. Vol. I, § 49, p. 213).

La sessualità, come occupa nella vita mentale del sano una parte di prima importanza e come vi dà origine ad una svariatissima serie di sentimenti, di pensieri e di tendenze, così apre pure un larghissimo campo alle manifestazioni morbose della pazzia. Già lo vedemmo a riguardo dell'ideazione (Vol. II, p. 435); ora, i fenomeni psicopatici della condotta sessuale possono classificarsi in quattro gruppi: 1.° le tendenze, che concernono l'esercizio delle funzioni sessuali, compajono fuori del tempo che sarebbe determinato dalle normali condizioni anatomo-fisiologiche degli organi della generazione (eterocronia); 2.° le tendenze stesse diminuiscono d'intensità fino a cancellarsi del tutto dalla vita psichica dell'individuo (ipoestesia ed anestesia sessuale); 3.° le tendenze sono aumentate di intensità e di frequenza, occupano una parte eccessiva nella vita psichica dell'individuo, e lo inducono ad un dispendio esagerato di energia nell'esercizio delle funzioni generative (iperestesia sessuale); 4.° le tendenze vengono risvegliate da stimoli incongrui sia sensoriali, sia rappresentativi, e sono soddisfatte la mercè di atti non strettamente necessarî al conseguimento dello scopo fisiologico e neppure diretti alla vera finalità della funzione generativa (parestesia sessuale); 5.° le tendenze, in opposizione assoluta con la evoluzione bio-psichica del dimorfismo sessuale della specie, sono risvegliate da sensazioni od imagini relative ad individui del medesimo sesso (omoestesia sessuale).

Le anomalie e le perturbazioni dell'istinto sessuale furono studiate negli ultimi anni con sì singolare predilezione, che questo capitolo della psicopatologia può considerarsi quasi completo (cfr. TARDIEU, EMMINGHAUS, LOM-

BROSO, MOREAU de Tours jun., ZAMBACO, TARNOWSKY, BALL, KRAFFT-EBING, BINET, MOLL, LAURENT, VENTURI, FRIGERIO). Però la più gran parte delle manifestazioni psico-fisiologiche abnormi concernenti la vita sessuale, ha solo un indiretto rapporto con le infermità mentali propriamente dette. Moltissime sono la naturale conseguenza della raffinatezza che contraddistingue tutti i grandi periodi di intenso incivilimento (ricordinsi l'Assiria, la Grecia, Roma imperiale, il Rinascimento italiano), e sarebbe un vero abuso d'analogia se le si volessero considerare come fenomeni psicopatici: ora, non pochi sono gli alienisti che, non badando agli insegnamenti della storia e dell'etnografia, commisero grossolani errori di interpretazione ed anche di diagnosi. Altre, in onta alla loro apparente dissimiglianza, costituiscono un effetto sostanzialmente identico di una medesima causa, la degenerazione; ma potendo presentarsi come tendenze aberranti isolate con perfetta integrità delle funzioni intellettuali e delle restanti affettive, essendo anche difficilissimamente confessate da chi ne soffre, cadono ben di rado sotto l'osservazione del medico. Rinvio chi desidera di istruirsi in proposito alle disgustose monografie speciali (p. es., MANTEGAZZA, *Gli amori degli uomini*, e LÉO TAXIL, *La corruption fin-de-siècle*): qui mi limito a indicare i dati semejotici strettamente attinentisi alla psicopatologia dell'istinto sessuale, avvertendo che seguirò senz'altro gli alienisti che più profondamente hanno studiato e sviscerato questo subbjetto (KRAFFT-EBING, *Psychopathia sexualis*, VII ediz., 1893; VENTURI, *Le degenerazioni psico-sessuali*, 1892).

I. La eterocronia paradossa sessuale più significativa è quella che consiste nella *precocità* abnorme dell'istinto; però la psicopatologia deve tener conto anche del fenomeno opposto, cioè dell'abnorme *rieccitazione* dell'istinto stesso in piena senilità.

a) Quando un fanciullo od una fanciulla ci presenta tendenze erotiche prepuberi, prima assai che negli organi genitali siansi verificate le condizioni anatomo-fisiologiche volute dalla loro attitudine alla riproduzione, possiamo quasi con sicurezza diagnosticare la esistenza di una labe ereditaria.

Le tendenze possono comparire a 10, a 8, a 7, e persino a 4 e 3 anni ed anche prima (a 1 anno in un caso da me recentemente osservato!); esse si appagano soprattutto con manovre onanistiche spesso inconscie ed automatiche : conviene però accuratamente eliminare la presenza di stimoli morbosi locali (balanite, fimosi, ossiuri, leucorrea). Nel campo psichico la eterocronia sessuale degenerativa si traduce con la propensione per individui adulti del sesso opposto, dei quali il bimbo precoce ricerca la compagnia, il contatto e le carezze, con il prematuro abbandono dei giuochi infantili e la preferenza per quelli che alludono a rapporti conjugali (« fare gli sposi »), con la attenzione intelligente prestata ai discorsi ed ai fatti d'indole erotico-oscena, con la vanità di ornarsi, ecc. In generale i fanciulli sessualmente precoci offrono altre gravi anomalie psichiche (debolezza mentale, fatuità, imbecillità e persino idiotismo). Pertanto ve n'ha di quelli forniti di intelligenza, e allora l'anomalia cade nella sfera affettiva: sono caparbii, menzogneri, poco affettuosi, maliziosi, prepotenti coi più piccoli, crudeli verso gli animali, irascibili, perversi fino a compiacersi del male che abbiano fatto; talvolta hanno idee impulsive incoercibili. Questo complesso sintomatico, cui spesso si associano stimate somatiche e funzionali (deformità del cranio, strabismo, enuresi, accessi sonnambulici, ipoalgesia, ecc.) prelude ordinariamente all'evoluzione ulteriore di una pazzia morale, o di una paranoia originaria, o anche di una neuro-psicosi degenerativa.

b) La senilità avanzata non esclude in rari individui il prolungarsi delle attività sessuali. Ma quando l'individuo decrepito fu per più anni impotente o continente, e ad un tratto lo vediamo rieccitarsi agli stimoli carnali, fare discorsi e gesti impudichi, cercare le soddisfazioni erotiche con un contegno svergognato e un cinismo ributtante, e specialmente usare mezzi artificiosi e pervertiti (esibizionismo, toccamenti osceni, *paedicatio puerum*, masturbazione mutua, flagellazione, ecc.), allora siamo in diritto di considerare questa libidine tardiva come un fenomeno psicopatico, che preannunzia e ordinariamente accompagna una demenza senile, oppure un processo di atrofia cerebrale primaria.

II. La diminuzione e abolizione dell'attività fisio-psichica sessuale è indizio di anestesia dell'istinto riproduttivo, la quale ora è *congenita*, e in allora fa ordinariamente parte delle sindromi degenerative, dipendendo da anomalie e vizî dello sviluppo; ed ora è *acquisita*, e in tal caso, se non è dovuta a condizioni fisiche patologiche degli organi genitali, accompagna sempre le forme psicopatiche da esaurimento, da depressione o da precoce senescenza.

a) Lo studio delle anestesie sessuali congenite fu compiuto in modo esauriente dal nostro VENTURI (loc. cit. Parte II, Cap. 1.°, 3.° e 4.°), il quale, almeno in via schematica, ne distingue due gradazioni: una assoluta o idiozia, ed una discreta o imbecillità.

α. L'idiozia sessuale è causata: — 1.° da mancanza degli elementi staminali necessarii al processo di riproduzione (*azoospermia, anooforia*), ed in allora è caratteristica delle gravi frenastenie, dell'idiotismo completo, della microcefalia, del cretinismo; — 2.° da vizii di conformazione dei genitali (*mostruosità, pseudo-ermafrodismo, ipospadia*), e allora si hanno presunzioni per ritenere l'individuo affetto da imbecillità, pazzia morale, inversione dell'istinto; — 3.° da mancante sviluppo della sensibilità o senso voluttuoso (*anestesia genito-spinale, frigidità*), e si trova che l'individuo è quasi sempre un degenerato o un neuropatico con disturbi funzionali del cervello, come sarebbero l'isterismo, la pazzia con idee fisse, la psicosi affettiva costituzionale, la paranoia querulante; — 4.° da mancato sviluppo degli stimoli mentali, cioè delle rappresentazioni concernenti la sfera sessuale (anafrodisia psichica). In tal caso l'istinto sessuale può rimanere limitato alle sole azioni reflesse dei centri inferiori genito-spinali; può anche difettare in modo sì completo che le scarse manifestazioni dell'intelligenza riguardano appena l'istinto nutritivo, mentre tace del tutto quello riproduttivo: e naturalmente qui avremo un grado elevatissimo di arresto mentale, di apsichia.

β. Nella imbecillità sessuale si comprendono: — 1.° e semplici insufficienze di sviluppo dell'istinto, manifestate con

la scarsezza delle tendenze erotiche, con la ipoestesia genitale, con la frigidità nei contatti sessuali, mentre è vivamente sentita la venere solitaria: qui abbiamo, in genere, un effetto di degenerazione o di costituzione nevrosica, ad es. nell'isterismo; — 2.° i ritardi e le difficoltà dello sviluppo, quasi sempre con concomitanza di perturbamenti nel trofismo e nell'evoluzione dell'ematopoesi (pubertà stentata, malattie di crescenza, clorosi, dismenorrea, amenorrea): ed anche qui riscontriamo spesso stimate degenerative così nel fisico come nel morale; — 3.° certe condizioni anomale della personalità, per cui gli elementi psichici concernenti l'attività sessuale assumono forse un'intensità eccessiva, ma in realtà l'istinto vero di riproduzione rimane deficiente e non porta affatto, o porta solo in modo incompleto e tardivo, all'adempimento degli atti necessarî alla conservazione della specie.

Questa ultima forma di imbecillità sessuale è per noi la più importante. Troviamo, infatti, che un primo gruppo di imbecilli sessuali è rappresentato da quei numerosi individui emotivi, suscettibili, pieni di scrupoli, casti per timore, che si soddisfano masturbandosi fino a tarda età, e non di rado si trovano poi virilmente incapaci quando si decidano al coito o al matrimonio: essi sono per lo più isteroidi, neurastenici, ipocondriaci, con grande debolezza irritabile del sistema nervoso, massime de' nervi vasomotori. In un gruppo affine si collocano quei degenerati con idee fisse contrarie alle funzioni rigenerative, e la cui ana- e ipoestesia sessuale, si tradisce ora con una antipatia incoercibile per gli individui del sesso opposto (se maschio per le donne, *misoginia*, se femmina per gli uomini, *androfobia*); ora coll'aborrimento dal matrimonio e dalla famiglia (*misogamia*, *oicofobia*), ed ora infine coll'orrore pei bambini (*misopedia*, frequente nelle isteriche e nei pazzi morali).

b) La diminuzione e l'abolizione dell'istinto riproduttivo ci vengono rivelate dalla continenza; dal silenzio del sentimento amoroso e di tutti gli altri sentimenti che si connettono alla funzione sessuale, come la gelosia, il pudore e la vanità, ai quali si sostituiscono esagerandosi i sentimenti egoistici nutritivi e conservativi, oppure quelli astratti e mistici; e da ciò che si affievoliscono e cessano gli atti di-

retti di « seduzione », per esempio l'amore degli ornamenti e dei giochi, il tono lusinghevole della voce, la predilezione pei profumi, la giovanilità del contegno, la cura degli abiti, la nettezza personale; insomma da ciò che il senso erotico scompare dai motivi della condotta individuale.

La causa precipua di questa anestesia sessuale è l'ipozoospermia indotta dal disturbo generale del trofismo e del processo di rigenerazione organica: essa arriva sino alla completa aspermatosi. Ciò può mettersi in conto di quella *senescenza precoce*, che io fra i primi segnalai come effetto dell' acceleramento del processo disassimilativo (Vol. I, p. 109). E invero sono quattro, giusta VENTURI, le forme di senilità sessuale: 1.ª la *riproduttiva*, che si rivela con l'aspermatismo negli alienati e con la cessata ovulazione nelle alienate; 2.ª la *organica*, che deriva da affezioni involutive dell'apparato genito-urinario, quali i restringimenti, le ipertrofie prostatiche, le metriti, le degenerazioni cistiche dell'ovario, l'atrofia uterina, i fibromiomi, ecc.; 3.ª la *fisiologica*, manifestantesi con la impotenza, il vaginismo, la frigidità; e 4.ª la *psichica*, consistente nella riduzione e scomparsa degli stimoli psichici, cioè delle imagini ed emozioni erotiche.

L'anafrodisia psichica può essere transitoria, intermittente e stabile. — La transitoria, che è guaribile, contraddistingue anzitutto le forme vesaniche di depressione (melancolia, demenza primitiva, neurastenia, paranoia ipocondriaca). Per l'ingigantire dell'istinto di conservazione, i melancolici e ipocondriaci, divenuti sordi per l'amore e gli altri sentimenti simpatetici, sono di un egoismo feroce. — Una *intermittente* anafrodisia è sintomo delle psicosi degenerative con periodica depressione; ma vi sono casi in cui periodi di lunga castità per anestesia sessuale si avvicendano con altri di vero erotismo fino alle satiriasi, e ciò si scorge nelle forme alterne e nelle cicliche (melancolia ragionante + mania + intervallo) — Abbiamo poi l' *anafrodisia stabile*, quando v'è perdita irreparabile non solo del sentimento erotico, ma altresì dell'istinto genesico medesimo. E qui, in prima linea, nel campo delle pure psicopatie troveremo le forme caratterizzate dal decadimento intellettuale, cioè le vesanie passate a cronicità, i delirii paranoici sistematici, le demenze consecutive, dove

bene spesso si riscontrano anche i segni della prematura senilità organico-fisiologica dell'apparato riproduttivo. Vengono poscia le neuro-psicosi costituzionali, che inducono un rapido deperimento somatico e debolezza mentale: donde la impotenza, l'infecondità e l'indifferenza in amore (grande isterismo, epilessifrenia). Naturalmente l'anafrodisia accompagna anche le cerebropsicopatie da alterazioni distruttive e da processi di degenerazione anatomica dei centri (paralisi generale quando sia oltrepassato lo stadio di esaltamento, demenze emiplegiche, sclerosi disseminata, tabe, sifilide, ecc.), non che le encefalopatie tossiche (alcoolismo cronico, morfinismo, pellagra).

III. L'iperattività sessuale, che si traduce tanto nella sfera fisica col sovraeccitamento genesico, quanto nella pura sfera mentale col predominio delle imagini erotiche, è generalmente sintomatica delle vesanie e psicosi esaltate: per lo più sconfina verso i pervertimenti, ed ha un alto significato diagnostico per i disordini che provoca nella condotta del pazzo.

La semejotica della iperestesia genesica è delle più facili. Nella condotta del sensuale spesseggiano e dominano le espressioni e gli atti che concernono le funzioni e più particolarmente gli organi del sesso; i suoi discorsi sono pien di allusioni sfacciate e di parole oscene; nella mimica abbondano i gesti e gli atteggiamenti impudichi; è aumentato, anzi stranamente esagerato ed incongruo l'uso dei mezzi di seduzione, quali l'amore degli ornamenti, la civetteria, il tono lusinghevole della voce, la lucidezza degli occhi. L'erotico diventa procace e persino aggressivo; prova simpatie violente ed improvvise, che, se non soddisfatte, si trasformano in antipatie furibonde; per lo più ricerca avidamente gli stimoli sussidiarii del sessuale (gli olfattivi, cioè i profumi ed odori; i tattili, cioè le carezze e gli abbracci; i visivi, cioè la lettura di storie d'amore, di romanzi, di giornali e disegni pornografici) Nella condotta si mostrano notevolmente accresciute le pratiche di soddisfacimento del bisogno genesico, contatti e i gesti lascivi, la masturbazione, il coito conjugale, il libertinaggio con la frequentazione della Venere pandemia.

L'iperafrodisia dei pazzi può dipendere, come il suo opposto l'anafrodisia, da cause differenti: 1.° o è di origine *riproduttiva,* e in tal caso l'erotismo si connette alle fasi di sviluppo dell'apparato (pubertà, ciclo mensile evidente nella femmina con la mestruazione, ma, giusta ALBRECHT, non mancante neppure nel maschio; incipiente climaterio); 2.° o è *organica*, quando coesistano processi locali che agiscono per riflesso sui centri risvegliando sensazioni ed imagini sessuali (balanite, ossiuri, spermatorrea, vaginite, endometrite); 3.° o è *fisiologica*, se lo stimolo erotico consiste in una iperattività funzionale genesica o in uno stato di sovraeccitamento dei nervi e centri spinali (iperspermia, ipernutrizione, calore esterno); 4.° oppure è addirittura di indole *psichica*, quando i fenomeni di sovraeccitazione risiedono nei centri superiori, dove si elaborano le idee e i sentimenti a contenuto sessuale.

α. Segnaliamo, in primo luogo, i casi nei quali l'erotismo si rivela nella sua forma più grossolana e brutale con una specie di frenesia masturbatoria inconsapevole, non di rado soddisfatta macchinalmente *coram aliis*. Questa è sindrome caratteristica delle frenastenie gravi (idiotismo) e delle degenerazioni (imbecillità, pazzia morale dell'età infantile, paranoia precoce, ebefrenia). Gli inveterati masturbatori hanno una « facies » caratteristica: pallore, occhiaje, sguardo semispento e vago, scialorrea, acne frontale (*corona Veneris*), lingua sporca, alito fetido, contegno imbarazzato.

β. In secondo luogo, ci si presentano i casi nei quali ambedue le sfere dell'attività sessuale, la fisica e la psichica, sono esaltate, e il pazzo non solo tende a soddisfare materialmente il suo appetito genesico, ma addimostra iperafrodisia altresì nel contegno, nella mimica, nel linguaggio, ossia emozioni, sentimenti, imagini ed idee erotiche (nei maschi *satiriasi*, *priapismo*, *ginecomania;* nelle donne *ninfomania*, *andromania*). Gli esempii più cospicui ci sono dati dalle vesanie acute con esaltamento delle funzioni psichiche (ipomania, mania puerperale, delirio confusionale allucinatorio) e dalle psicosi e neuropsicosi con fenomeni di sovraeccitazione (fase maniaca d'una pazzia periodica e ciclica, frenosi isterica, frenosi epilettica). Ma ancora più caratteristico e importante sotto l'aspetto diagnostico è l'erotismo prodromico della paralisi ge-

nerale (cfr. Vol. I, p. 75). L'individuo dapprima morigerato si dà alla scostumatezza ed alla crapula, frequenta società equivoche, osterie e lupanari, diventa prodigo, scialacquatore, sfacciato, cinico, licenzioso nella mimica e nelle parole, colma di regali donne perdute, le vuole redimere, progetta matrimonii assurdi, commette reati di bigamia, ecc. La logorrea, l'irascibilità, l'assurdità demente delle idee sotto le loro apparenze brillanti, la disartria e disgrafia incipienti, i fenomeni pupillari, il tremito, non lascieranno a lungo incerti sulla diagnosi. In certi paralitici l'erotismo perdura fino al terzo stadio, almeno nella sfera psichica. Si noti poi che ai paralitici sessualmente eccitati si assomigliano, per la decadenza delle funzioni intellettive, molti dementi senili (v. retro).

γ. Vengono, in terzo luogo, quei pazzi nei quali la iperstimolazione dell'istinto sessuale si traduce prevalentemente nella sfera psichica. Se troviamo idee ed impulsioni erotiche associate ad allucinazioni cenestetiche, ad illusioni e a parestesie degli organi genitali e soprattutto ad altre idee morbose, siamo senza dubbio di fronte ad una paranoia. Qui l'erotismo spesso si ammanta sotto la veste del misticismo (l'orgasmo genesico viene allegorizzato sotto forma mistico-religiosa); talvolta si congiunge ad un'ipersimbolia, tal'altra ad un completo delirio metabolico (il delirante si crede trasformato in un essere soprannaturale, cui non sono più ignote le « *sublimi voluttà* », i *piaceri paradisiaci* », ecc.). Pur anco nel delirio persecutorio e ipocondriaco si rivela l'erotismo, ed è sindrome propria della psicosi sistematica o paranoia tardiva che sopravviene verso l'età critica (virilità decadente nel maschio; climaterio nella femmina).

δ. Il restringersi o l'esagerarsi delle tendenze sessuali nella pura sfera psichica dà origine ad alcune sindromi tipiche della degenerazione. Si incontreranno specialmente queste quattro:

1.° l' *erotismo ideale*, o « erotomania » propriamente detta, che figura tanto spesso nell' adolescenza e giovinezza dei paranoici e dei mattoidi (Samt, Lombroso). Ora l'erotismo assume l'aspetto di amori precoci, fatui, sfortunati, a tinte platoniche semimistiche; ora si rivela con passioni silenziose, lungamente covate, incomprese dalle persone che a loro insaputa le risvegliano, alimentate a furia di illusioni, non rara-

mente nucleo di un delirio persecutorio passivo; ora, invece, consta di innamoramenti paradossali per persone d' alto lignaggio e di elevata condizione sociale (principesse, duchi, marchesi, artiste ed uomini celebri), o per persone a mala pena intravviste, ma idealizzate, e attorno alle quali l'inferma fantasia elabora avventure romantiche, eroiche, cavalleresche (si noti che il vero erotomane è casto, « monomania dell'amor casto » del LOMBROSO);

2.° l'*erotismo querulante* o *aggressivo*, il quale pure caratterizza specialmente i degenerati, i semimbecilli, i mattoidi, i paranoici, ma può anche manifestarsi come sintomo di sovraeccitamento nei paralitici, epilettici, maniaci periodici e ragionanti. Tutti costoro possono diventare il tormento delle persone che hanno la disgrazia di risvegliare i loro amorosi sensi: talvolta si contentano di avanzare domande reiterate di matrimonio senza stancarsi delle ripulse (*gamomania* o *imenomania*); tal'altra però le assediano, le seguono per le vie, le vilipendono in pubblico, le minacciano e feriscono, intendendo così di dimostrare la loro passione;

3.° l'*erotismo allegorico*, su cui tanto spesso si costruiscono i delirii mistici grandiosi dei paranoici, e pur anco certi delirii ipocondriaci-persecutorii. È tipico della paranoia climaterica e della neurastenia il continuo lamentarsi dello stato degli organi genitali;

4.° l' *erotismo ossessivo*, che consiste in idee impulsive coscienti, incoercibili, ordinariamente con tendenze sessuali anomale e perverse, quali si presentano negli ereditarii fatui, nei pazzi morali, epilettoidi, paranoici, ed anche nei neurastenici. Con esse passiamo a pieno nel campo dei pervertimenti genesici.

IV. I pervertimenti dell'istinto sessuale, quando non consistano in raffinatezze di libidine indotte dall'esaurimento dei centri e degli organi sottoposti a troppo intenso o prolungato esercizio, e quando in particolare si presentino sotto forma di impulsione ossessiva, figurano fra le stimate più sicure e più frequenti della degenerazione (frenastenie, parafrenie, neuro-psicosi, processi involutivi e distruttivi dell'encefalo).

Bisogna, prima di tutto, distinguere fra **perversità** e **pervertimento** delle tendenze sessuali. Quella è indizio di corruzione, è effetto di viziose abitudini, spesseggia nei periodi storici di intenso incivilimento, e si è resa oggidì comunissima nei grandi centri e fra le classi sociali più raffinate: l'altro, all'opposto, non è per lo più volontariamente cercato, nasce da cause endogene (predisposizione, psicastenia congenita o acquisita, idee fisse, impulsioni, allucinazioni, delirio), e quindi è fenomeno propriamente psicopatico. Vastissimo sarebbe il subbietto, se si volesse dar fondo alla descrizione delle proteiformi manifestazioni di pervertimento genesico; ma oltre all'esservi qui l'influenza della variabilità individuale, per cui ciascun pervertito può offrirci tendenze peculiari e cercare mezzi i più diversi per eccitarsi o per soddisfare al bisogno voluttuoso, dobbiamo anche dichiarare che il significato generale di tutte queste anomalie e mostruosità dell'istinto sessuale è sempre il medesimo. Sono stimate caratteristiche o sindromi della degenerazione, in molte delle quali non sarebbe arduo trovare la ricomparsa atavica o ancestrale di tendenze animalesche e di costumanze selvagge (massime nel frequente associarsi di sentimenti ed atti crudeli coll'orgasmo venereo). Passerò in frettolosa rassegna le forme principali di pervertimenti giacchè è materia di stretta spettanza della Psicologia forense, e le distinguerò conforme al modo anomalo con cui viene eccitata la tendenza e soddisfatto il bisogno voluttuoso. Il MAGNAN invece ha voluto distinguerle in rapporto ai centri nervosi che sarebbero particolarmente eccitati, e ne ha descritto quattro forme: la *spinale* (es. onanismo automatico), la *spinale cerebrale posteriore* (es. coito brutale senza scelta), la *spinalę cerebrale anteriore* (es. rapporti carnali con scelta, pederastia, bestialità), e la *cerebrale anteriore* (es. amor platonico, erotomania casta, feticismo). Ma questa pretesa localizzazione degli elementi fisio-psichici del sessualismo non trova, fin qui, sufficiente conferma, ed è per di più contrastata dai concetti odierni di Psicologia.

a) *Soddisfacimento automeccanico della tendenza.* — L'onanismo (*masturbazione*, *clitorismo*) è il più semplice e comune fra i pervertimenti. Ben pochi sani vi sfuggono nell'adolescenza, e ciò pel troppo rapido svegliarsi del-

l'istinto a paragone della possibilità materiale e sociale di soddisfarlo. — Ma quando l'onanismo compare fin dall'infanzia, o è sfrenatamente reiterato e si prolunga dopo la giovinezza, o ricompare verso l'epoca della involuzione organica, allora è fenomeno indubbiamente morboso; e già lo rilevammo fra i segni delle frenastenie, delle psicosi costituzionali e delle cerebro-psicopatie con dissoluzione della personalità. Talvolta alle manovre onanistiche l'individuo dà significato allegorico o di rito mistico o di offesa rivolta a qualcuno: qui avremo un delirio paranoico. Nei casi di grave degenerazione il masturbatore è frigido, impotente, ed arriva, per un eccesso di pervertimento, all'amore ed all'adorazione di sè stesso (*narcisismo*, *autolatria*). Spesso l'istinto morboso è appagato su sè stessi con metodi meccanici strani, quasi dolorosi, ad es. l'attrito degli abiti, il soffregamento sulle coltri e sugli angoli delle seggiole (massime nei fanciulli precocemente onanisti), l'introduzione di corpi estranei nel retto (*autosodomismo*), nell'uretra e nella vagina. In casi più gravi si usano la legatura della verga, le punzecchiature, le stesse ferite (*priapismo algofilico*); e sono specialmente gli epilettici ed i pazzi morali che si sbizzarriscono in queste inventive di immaginazione ammalata.

b) *Soddisfacimento anomalo della tendenza su o con persona dell'altro sesso* (etero-sessualismo). — Qui, come nota KRAFFT-EBING, dobbiamo considerare due eventualità distinte: o l'individuo anomalo possiede la integra capacità funzionale del centro genito-spinale, ed è sessualmente *potente;* oppure soffre di debolezza irritabile del centro stesso fino all'incapacità assoluta di coire, ed è *semipotente* ed anche *impotente*.

α. Fra le anomalie etero-sessuali dei potenti, si collocano: — 1.° l'*incesto*: frequente nelle famiglie degli ereditarii, ci è offerto in forma episodica da imbecilli, epilettici, e soprattutto alcoolisti; — 2.° lo *stupro* ed altre forme di *violenza carnale* consumata o tentata su persona dell'altro sesso non consenziente o incapace di resistere; gli stupratori hanno, in genere, spiccate note degenerative somatiche e psichiche, di cui il perito può giovarsi utilmente nel diagnostico (« criterio antropologico-criminale », LOMBROSO): i più, in-

fatti, sono imbecilli, pazzi morali, epilettoidi, molti altri sono alcoolisti, pochi figurano fra' maniaci, paranoici e paralitici; — 3.° le tendenze e gli atti di *voluttà omicida*, in cui la soddisfazione genesica è prima o poi associata ad impulsioni sanguinarie coscienti, che si appagano con la uccisione della persona violentata o amata, con la mutilazione delle sue parti genitali, talora persino con la antropofagia: qui la molteplicità delle ferite, la mancanza di complici, la preesistenza dell'enuresi, ecc., ci faranno supporre la influenza dell' epilessia; — 4.° quasi tutte le forme di *voluttà crudele* (« sadismo »), in cui l'orgasmo è reso possibile od anche più vivo dalla imagine dell' altrui sofferenza, che si provoca con la flagellazione, le punture, le ferite; — 5.° i rarissimi casi di *necrofilia*, o violazione dei cadaveri; — 6.° la *bestialità:* gli atti carnali compiuti su animali, salvo i casi infrequenti di profonda depravazione, son opera di imbecilli ed epilettici.

β. Le anomalie etero-sessuali dei semipotenti sono ancor più numerose e varie, poichè vi figurano tutti gli atti di lussuria imaginati dai libertini esauriti, e, fino a un certo punto, anche gli artificii contentivi usati dai malthusiani (il saffismo o ctonismo saffico [« *cunnilingus* »], il coito boccale [« *fellatio* », « *irrumatio* »], l'onanismo conjugale [« *effusio seminis extra vaginam* », « *masturbatio mutua* », « *paedicatio mulieris* », « *coitus infra femora, axillas, mammas aut pedes* »], il godimento della vista [« *spectatio lascivorum ludorum* »], ecc.). Come più strettamente psicopatici sono a considerarsi:— 1.° i casi in cui la voluttà è esclusivamente risvegliata da *imagini ed azioni sanguinarie*, quali sarebbero lo strangolamento e il ferimento della donna, la vista del sangue fluente, lo squartamento di animali e il loro contatto durante i sussulti agonici, ecc.: pervertimenti tutti indicanti la degenerazione impulsiva e l' epilessia (esempio memorabile il Verzeni); — 2.° la *prevaricazione di minorenni* la mercè di toccamenti osceni, di mutuo onanismo, di atti fellatorii e simili: qui troviamo prevalente la demenza senile; — 3.° il *passivismo* (ingiustamente designato prima da Krafft-Ebing come « masochismo »), che assume aspetti varii, e va dall'omaggio incondizionato di tutto il proprio io alla persona adorata e dall'annichilamento assoluto della vo-

lontà davanti ai suoi capricci, fino al bisogno dell'avvilimento, della oppressione tirannica, della sofferenza morale e fisica, fino alla flagellazione passiva, e, ultima Thule dei depravati, fino alla libidine stercoraria ed urinaria: indizio non solo di sessualismo brutale imperante, ma altresì di neurastenia, di neuropatia, di decadenza senile; — 4.° il *feticismo* (Lombroso, Binet), consistente in ciò che l'impulso erotico degenerato si sveglia o si appaga mediante la rappresentazione ed il contatto di una determinata parte del corpo (per es. i capelli, donde il taglio furtivo e il collezionismo di treccie), oppure mediante la imagine e la manipolazione di indumenti ed oggetti femminili (p. es. cuffie, camiciuole, stivaletti, stoffe di velluto e di seta); — 5.° la *sinestesia sessuale*, che è la necessità di determinati stimoli sensitivi o sensoriali, o di determinate imagini ed idee senza di cui non si risveglia l'eccitamento dei centri spinali: — 6.° l'*esibizionismo* (Lasègue), cioè l'esposizione degli organi genitali, talfiata seguita pur anco dalla « *masturbatio coram populo* ». Questo fenomeno, se non è un invito disonesto e spudorato ad atti di libidine, può dipendere da mancanza inconsapevole di pudore e da deficienza intellettuale (idioti, cretini, imbecilli), ma può anche consistere in un vero impulso cosciente, angoscioso, ossessivo di far l'atto dinanzi a persone rispettabili, in chiesa, ecc. (ereditarii). Se l'esibizione si ripete in forma automatica, incosciente, stereotipa, ed avviene ad intervalli, è rilegata alla neurosi epilettica spesso larvata o psichica, oppure all'alcoolismo; se è compiuta con cinismo, con aria di fatua soddisfazione, specialmente al cospetto di ragazzi o di fanciulle, nei pubblici urinatoj o sotto le finestre occupate da donne, da adulti per lo innanzi morigerati, tradisce un'incipiente decadenza psico-sessuale (paralisi, demenza senile organica).

c) Soddisfacimento eventuale della tendenza con o su persona del medesimo sesso (omosessualismo). — Il fatto che un gran numero di individui, apparentemente sani riguardo alla capacità genesica ed alle facoltà psichiche, appaghino il bisogno erotico mediante contatti, manipolazioni e accoppiamenti innaturali con individui immaturi o no del medesimo loro sesso, non è da ascriversi soltanto ad una raffinatezza di costumi, come lo farebbe supporre la

storia di quest'aberrazione sessuale (Caldea, Fenicia, Creta, Grecia, Roma, Arabi, Rinascenza). Le pratiche sodomitiche sono in onore fra i selvaggi (Eschimesi, Neo-Caledonesi, Pellirosse), e si mostrano frequentissime fra certi animali (ad es. fra i cani); donde la possibilità di risguardarle piuttosto come una sopravvivenza od un ritorno dell'immoralità primitiva. E tali appajono tutte le forme più o meno mostruose di relazioni carnali fra individui omosessuali: la *sodomia* reciproca fra adulti, attiva e passiva, la *pederastia* propriamente detta (« socratismo »), donde gli atti di corruzione o di violenza sui minorenni, la « *paedicatio puerorum* », la « *manusturbatio passiva* » e la « *mutua* », l' *onanismo boccale*, la « *pollutio in ore alterius* », l'« *amor lesbicus* », il *tribadismo*, ecc.

Considerando per ora queste tendenze e pratiche aberranti sotto l'aspetto di fenomeni morbosi acquisiti, le vediamo, in primo luogo, manifestarsi insieme ad un difettoso e anomalo sviluppo psichico, massime verso la pubertà o poco più tardi, quando siasi mostrato originalmente debole il senso erotico-genesico (imbecilli, pazzi morali, epilettici, isteriche). In secondo luogo, esse si presentano come effetto di un esaurimento dei poteri fisiologici, per lo più nel decorso d'una neurastenia indotta da eccessi masturbatorii precoci o protratti (degenerati, neuropatici, paranoici originarii con tinte ipocondriache). Vengono poi quei casi in cui i pervertimenti si mostrano come prodromi o come episodii di stati psicopatici, vuoi soltanto vesanici (esaltamento maniaco, mania periodica, mania puerperale), vuoi neuro-psicosici (epilessia, isterismo), vuoi anche organici (paralisi, demenza senile). Nei Manicomii la pederastia e il tribadismo sono diffusi, non tanto per le cause psicopatologiche ora indicate, quanto per le circostanze ben note che si avverano in tutte le comunità di individui del medesimo sesso (clausura, continenza obbligatoria, contagio morale, mimetismo, ecc.).

V. L'inversione dell'istinto od omoestesia sessuale, quando si presenti come tendenza congenita è indubbiamente una tipica sindrome della degenerazione: essa è di soventi associata ad anomalie somatico-antropologiche, e può raggiungere il grado di vera mostruosità (ermafroditismo).

Questo fenomeno veramente straordinario della psiche sessuale, cui fu dato il caratteristico nome di uranismo, è stato illustrato da molti alienisti e psicologi moderni, e per di più possiede anche una ricca letteratura propria (miti, fiabe e leggende, poemi e romanzi dall'antichità classica a tutt'oggi, autobiografie di invertiti, ecc.). Noto che alcuni autori hanno malamente confuso i pervertimenti omosessuali transitorii colla « inversione », la quale, secondo essi, procede sempre da predisposizione ereditaria, così che le cause occasionali sveglierebbero soltanto una tendenza latente (Moll); ma l'eventuale mutua masturbazione e sodomia non implica, secondo le mie ricerche, che si sia proprio uranisti. Il vero uranismo (*Urninge*), assai più frequente nell'uomo che nella donna, è rappresentato da una tendenza istintiva primordiale; di sovente è ossessivo coi caratteri dell'impulsione cosciente, si accompagna con stimate psichiche degenerative (poco con le fisiche), con ipoestesia morale, emotività morbosa, sindromi neuro- e psicasteniche, debolezza irritabile dei nervi, infine rappresenta uno dei tanti aspetti individuali presi dalla decadenza organico-mentale delle famiglie degenerate. È oscura ad ogni modo la genesi dell'anomalia, perchè, senza parlare delle sciocche ipotesi degli uranisti stessi (anima di femmina in corpo di maschio, sbaglio del Creatore, ecc.), sono certamente erronee o insufficienti le spiegazioni basate sull'anomala distribuzione al retto di nervi che normalmente vanno ai genitali (? Mantegazza), sul femminismo del cervello, o su di un presunto residuo dell'ermafrodismo embrionale (Chevalier). Nè appare accettabile neanco l'opinione che vi vede un effetto di disturbi corticali (Magnan): ogni psicosi è corticale.

L'uranista si considera raramente come un malato, ed è difficile scoprirne le anomale tendenze, salvo nei casi, del resto rari, in cui s'abbiano caratteri somatici e psichici evidenti di femminilità (fisonomia, voce, portamento, camminatura, mobilità e capricciosità muliebri, pudore eccessivo, avversione manifesta alla donna . .), oppure artificii per femminilizzarsi l'esteriore (barba completamente rasa, capelli a zazzera, talvolta con treccie, belletto e tinture, ventaglio, gioielli e monili, profumi, busto, scarpa a tacco alto, lunghe calze di seta, ninnoli, lavori ad ago od all'uncinetto, ecc.). Segni im-

portanti sarebbero, secondo alcuni, l'incapacità di fischiare (?) ed una speciale obliquità degli sguardi. Se l'inversione non è confessata, occorrerà dirigere abilmente le domande sui sogni e sulle tendenze dell'individuo: la professione prescelta dagli uranisti è talora indizio prezioso (sarti da donna, fioristi, attori, attrici). L'uranista di regola non è pederasta, e, quando lo è, preferisce la parte passiva: si appaga invece con i contatti, le manipolazioni, l'onanismo mutuo boccale. In un caso rarissimo da me osservato si associavano l'uranismo e il feticismo (orgasmo erotico al solo contatto dell'uniforme dei fattorini telegrafici!).

Si possono distinguere, giusta KRAFF-EBING, quattro forme di uranismo: — 1.° l'incompleto, quando l'individuo propende a soddisfare il bisogno erotico indifferentemente con persone d'ambo i sessi (*ermafrodisiasi sessuale*); — 2.° l'assoluto, quando l'individuo prova unicamente tendenze erotiche per persone del proprio sesso. ed è del tutto frigido per quelle del sesso opposto (*omosessualità*); — 3.° il completo, quando oltre all'istinto sessuale è invertita l'intera vita psichica, così da aversi per esempio tendenze, abitudini, emotività ed idee muliebri in un maschio, o viceversa (*femminismo; mascolinismo*); — 4.° il teratologico, quando non solo l'animo, ma anche il corpo ha caratteri peculiari e vizii di conformazione richiamanti quelli del sesso opposto (*androginia, ginandria*), come avviene nei pseudoermafroditi [cfr. la mia *Antropologia generale*, Lez. XVI^a]. Non si confondano però le inversioni uraniche con i cambiamenti di personalità che si incontrano in certe malattie mentali.

108. **Esame della condotta in rapporto alla conservazione materiale dell'individuo nell'aggregato sociale.** — Esaminati i due istinti fondamentali, che l'uomo ha in comune con tutti i viventi, si passerà allo studio semejotico delle tendenze e degli atti che concernono le relazioni materiali del pazzo coll'aggregato sociale di cui è membro.

Siamo già partiti dal concetto che l'individuo fin dal suo nascere deve sapersi adattare alle circostanze di

vita, e, avvenuto il proprio adattamento, deve uniformarvi tutta la condotta (§ 100). Ora, data la costituzione della società umana, segnatamente a riguardo delle esigenze materiali economiche dell'esistenza, tre sono gli aspetti offerti al nostro esame dalla condotta dell'alienato: 1.° com'egli sappia e voglia procacciarsi il sostentamento proprio e altrui, e i mezzi per vivere in conformità ai proprî bisogni (specificazione del lavoro, attività); 2.° come egli sappia e voglia serbare ed accrescere per sè e pei suoi i mezzi stessi (istinto di proprietà, sentimento del possesso); 3.° com' egli intenda e valuti il cómpito che gli spetta nella compagine sociale, massime per ciò che riguarda i diritti individuali (tutela degli interessi giuridici).

Le necessità della vita sociale hanno siffattamente aumentate, variate ed intralciate fra loro le azioni umane, che risulta arduo separare la condotta dell'individuo nei suoi elementi primitivi e disgiungerne analiticamente le manifestazioni. In realtà il procacciarsi le sussistenze, il conservare il difendere e l'accrescere possibilmente la proprietà, il fondare e il dirigere una famiglia, sono azioni complicatissime, quasi inscindibili. Con esse l'individuo non solo va di pieno diritto ad occupare un « posto nel banchetto della natura », ma adempie pur anco al suo « cómpito sociale », che è triplice, cioè biologico (auto-conservazione e rigenerazione), economico (divisione del lavoro e cooperazione all' utile della comune), e morale (sviluppo dei sentimenti simpatetici, e quindi incremento del benessere collettivo). Ed è con esse che veramente si forma e si rivela la personalità cosciente dell'individuo, in quanto questi per vivere e per convivere occorre abbia la consapevolezza dei rapporti reali fra il suo io e l'ambiente, preveda le conseguenze individuali e sociali della sua condotta, non sovraccumuli materiali che si sottraggano al circolo della energia vitale, e infine non consumi a esclusivo suo vantaggio i prodotti di riserva, in contrasto alle esigenze ed all'utile dell'aggregato.

1.° Se è vero che l'attitudine e l'energia nel lavoro sono la prova d'una personalità conscia di sè ed adattabile all'ambiente, non potremo meravigliarci di trovarle deficienti e aberranti fino dalla prima età negli individui disequilibrati, infermi o deboli di mente e di carattere (frenastenici, degenerati). D'altra parte, quando un processo morboso altera l'intelligenza e l'affettività in un individuo per lo innanzi ragionevole e sano, sarà anche morbosamente cangiato il suo modo di agire riguardo al cómpito sociale che egli si era assunto, e riguardo al lavoro che normalmente era capace di compiere per l'utile suo e dei suoi. Vi potrà essere qui una diminuzione di attività (vesanie e psicosi depressive) fino all'inerzia assoluta (forme stupide, demenze profonde), oppure un eccesso e un disordine atassico di operosità (vesanie e psicosi esaltate), ovvero anche la riduzione del lavoro cosciente in lavoro puramente automatico (demenze incomplete).

Urge da prima ricordare che la variabilità umana si manifesta sopratutto nel cómpito che ciascun individuo si assume nell'aggregato sociale; e questo cómpito è determinato, non solo dalle capacità e attitudini congenite (cfr. § 66), ma più di sovente da circostanze estranee alla scelta volontaria dell'individuo stesso (condizione sociale, educazione, trasmissione gentilizia di ricchezza o di possibili clientele, mimetismo famigliare, ecc.) Le perenni disuguaglianze sociali implicano che l'uno debba spendere tutte le sue energie fisiche e mentali per procacciarsi appena gli alimenti o, tutto al più, i mezzi per soddisfare i bisogni fondamentali dell'esistenza, laddove altri nasce in posizione sì fortunata che le sue energie possono essere sperperate in inutili e persin dannose occupazioni. Nullameno la grandissima maggioranza degli uomini deve lavorare per procacciarsi il vitto e quanto occorre al soddisfacimento dei suoi bisogni: solo è a notare che questi bisogni differiscono straordinariamente per numero intensità e qualità da individuo ad individuo. Vi è chi soltanto ha limitati

bisogni puramente organici, cioè i conservativi (mangiare, bere, dormire) e i genesici (provare la voluttà); ma vi è pure chi per fortuna, oltre a questi, ha bisogni più complicati ed alti di indole affettiva ed ideale (amare, mettersi in mostra, sapere, elevarsi nella gerarchia sociale, ecc.)

Conviene, adunque, giudicare l'attività e capacità del lavoro di un alienato in relazione alla sua indole ed alla sua nascita, tenendo mente che la parte di attività mentale spesa da ognuno è in relazione inversa alla quantità di energia che viene spesa nel semplice procacciamento del vitto. Ma si osserverà anche che il lavoro, qualunque esso siasi, mette in esercizio forze fisiche e forze psichiche. Riguardo alla semejotica psicopatologica non ha valore la divisione del lavoro in meccanico ed in intellettuale: ogni occupazione, sia pur essa manuale, come un mestiere, esige sempre l'elemento mentale, mentre in ogni lavoro intellettuale, come sarebbe la stessa produzione scientifica, vi è sempre un elemento fisico (consumo del cervello). Per ragioni identiche non ha importanza nel giudizio sull'adattabilità sociale di un individuo il fatto che egli sia nato in alta o in bassa condizione: il disequilibrio e il disordine morboso della personalità si possono vedere in tutti i gradini della gerarchia sociale.

a) Tipica delle individualità imperfette è l'incapacità ad assumere un còmpito sociale ben definito, stabile, ed utile a sè ed altrui. La caterva dei così detti « spostati » è costituita in massima da individui mentalmente anomali o deboli per eredità psicopatica. Moltissimi disequilibrati sono inetti a qualunque occupazione che richieda un po' di sforzo intellettuale e specialmente un po' di energia volitiva. Il cangiare spesso di mestiere, l'abbracciare le professioni più disparate, l'andare errando qua e là senza provarsi mai in nulla, caratterizza ordinariamente i degenerati (fatui, mattoidi, paranoici). Un gran numero di costoro è incapace di ogni lavoro: dominati da un invincibile accidia per ipo- ed abulia, preferiscono vivere miseramente nell'ozio, nel più egoistico parassitismo, e non di rado nel vagabondaggio (delinquenti, pazzi morali, querelanti, isteriche).

b) L'esordire di una malattia mentale è spessissimo rivelato dalla diminuzione della capacità ed attività

nel lavoro; l'individuo diviene distratto e svogliato, commette errori tecnici, sbagli nei conti, omissioni ortografiche; trascura i proprî affari, e si allontana a poco a poco dall'officina e dall' ufficio. Quando è consapevole del suo stato e se ne accora, quando accusa senso di stanchezza, cefalea e confusione mentale, possiamo supporre l'esistenza di una vesania semplice (melancolia, mania, demenza acuta). Ma quasi sempre il malato è inconsapevole della propria condotta: egli cessa senza alcun rammarico e rimorso dal lavorare, trasanda ogni suo dovere, consuma il denaro nella crapula, oppure si immerge nel mondo fantastico dei suoi delirii finendo col vivere da parassita; questa è la manifestazione più evidente e comune del disordine indotto dalla pazzia. La grande maggioranza dei pazzi, siano essi liberi siano reclusi in un Asilo, ha una esistenza puramente parassitaria: vegetano in un'oziosità perenne, in una inerzia più o meno assoluta, senza occuparsi, non che del domani, neppure del momento successivo. E dato pur che lavorino (nei Manicomii si dà giustamente importanza all'occupazione dei ricoverati), essi lo fanno per lo più in forma materiale, quasi automatica, senza che alla spesa di energia si accompagni nessun sentimento aggradevole.

Vi sono casi nei quali si scorge, invece, un'iperattività tumultuosa, una laboriosità eccessiva e disordinata, un succedersi di iniziative, di progetti, di speculazioni. Questo è sintomo assai temibile, massime se si presenta in un adulto, poichè può indicare la morbosa dinamogenia psichica del primo stadio di una paralisi generale.

2.° Riguardo all'istinto di proprietà, la pazzia lo altera secondo il solito triplice aspetto: o lo diminuisce, fino ad abolirlo del tutto in certe forme impulsive (ne derivano la *clastomania* e la *piromania*), o lo esagera, o lo perverte fino al punto che l'individuo è spinto a procurarsi prodotti altrui col minimo lavoro possibile (mania del furto, *cleptomania*), o a far collezione di oggetti cui egli attribuisce un valore fittizio (mania delle collezioni, *collezionismo*).

a) La assoluta indifferenza per il possesso fa naturalmente parte della sintomatologia dei gravi stati di frenastenia, di depressione, e di decadenza mentale: l'idiota, il cretino, lo stupido, il melancolico, il demente, come non si occupano di nulla e non hanno alcuna previdenza, così neppure provano il godimento del possedere. Qui però si tratta di manifestazioni soltanto negative: in altre malattie mentali l'affievolirsi del sentimento o istinto di proprietà dà origine a sintomi ben più caratteristici. Fra questi figura, anzi tutto:

α. La prodigalità, che compare *improvvisa* e spesso *intermittente* nella ipomania, nella mania periodica, nella paralisi generale in istadio di esaltamento, e anche, sebben più raramente, nella paranoia. Il paralitico, ad esempio, fa spese assurde, fa regali a tutti, butta il denaro dalla finestra, sperpera il suo avere nei bagordi, e può portare in brevissimo tempo alla ruina la sua famiglia. Quando all'opposto la prodigalità sia *abituale*, quasi connaturata all'indole morale della persona, tradisce quasi sempre il disequilibrio mentale degli ereditarii e dei deboli; ed ecco perchè il Codice civile la considera come motivo di inabilitazione (Art. 339).

β. Più espressivo ancora degli stati psicopatici è l'impulso distruttivo, o *pantoclastico*. Nella maggior parte dei casi esso dipende dall'eccitamento e dall'agitazione, cui è in preda il malato: questi rompe, strappa, lacera, sconquassa, distrugge, imperversando sui proprii abiti, sulle coltri e lenzuola, sulle stoviglie, sui mobili, sugli affissi, insomma su tutto ciò che è a portata della sua mano, per un vero bisogno di scaricare la tensione dei centri altamente sovraeccitati. Alcuni di questi alienati laceratori e distruttori provano il piacere dell'agevolata trasformazione degli stimoli (mania, frenosi confusionale o esaltata, paralisi progressiva); altri lo fa per reazione convulsa, spesso taciturna, al suo dolore (melancolia ansiosa); e v'è chi agisce sotto l'influenza di illusioni ed allucinazioni minacciose, terrifiche o imperative (mania epilettica, melancolia agitata con delirio demoniaco, delirii tossici, *delirium acutum*, paranoia allucinatoria). In un buon numero di casi l'impulso pantoclastico tradisce la degenerazione. Il malato rompe e distrugge per un vero pervertimento dell'indole, per cattiveria, pel piacere della mala azione in sè (anomalie psichiche

dei fanciulli e adolescenti ereditarii, mania ragionante, psicosi isterica, ipomania periodica); oppure all'improvviso è colto dal bisogno di compiere un atto violento, e lo compie per automatismo semicosciente (« raptus » della epilessia, stati epilettoidi dei degenerati). Può anche l'impulso distruttivo essere cosciente, e allora ha i soliti caratteri dell'ossessione (*clastomania* propriamente detta). — Altro impulso violento contro la proprietà è il *pirico*, che si appaga coll'appiccare il fuoco, ma d'ordinario gli alienati incendiarii si sbizzarriscono sui possessi altrui (cfr. § 109).

b) L'esagerazione del sentimento di proprietà dà nascita alle sindromi, in apparenza dissimili ma sostanzialmente affini, della cleptofobia e della gelosia, non che alla mania delle compre. — 1.° La paura di essere derubato, o *cleptofobia*, può figurare fra le molte preoccupazioni del melancolico e fra le idee fisse, ma è affatto caratteristica delle psicosi senili. — 2.° La *gelosia* sessuale, per chi ben guardi, è collegata in tutto il regno animale al potente istinto di appropriazione: essa ha origine dal timore di perdere il possesso unico della persona amata. Può dar luogo ad atti di vera persecuzione (erotomani, paranoici) e pur anco a delitti di sangue (alcoolisti). — 3.° L'*onemania*, la smania di comprare senza ritegno e senza riguardo alla utilità delle compre, figura fra i sintomi dell'esaltamento (è comunissima nella ipomania periodica e nella paralisi generale), ed è un impulso ossessivo negli ereditarii (MAGNAN).

c) Vero pervertimento dell'istinto di appropriazione è quel *collezionismo*, che avemmo occasione già di scoprire fin dal primo esame sul pazzo (cfr. p. 190); aggiungeremo solo che il più delle volte mania delle collezioni e mania del furto si combinano insieme (clepto-collezionismo). L'impulso a far raccolta di oggetti è quasi sempre indizio di debolezza mentale, e si effettua nei più per un vero meccanismo semi-automatico. Devono però distinguersi i casi, in cui il pazzo raccoglie o ruba solo un determinato genere di oggetti (monocollezionismo e monocleptismo) da quelli in cui vengono appropriati e affastellati oggetti d'ogni sorta (policollezionismo e policleptismo). Nei primi prevarrebbe la degenerazione, negli ultimi l'insufficienza o la dissoluzione psichica (G. MINGAZZINI).

3.° La tutela degli interessi giuridici, nella semejotica della condotta pazzesca, figura come il movente iperbolicamente ingrandito di una sindrome abbastanza comune fra gli anomali e i degenerati: intendo dire della *querulomania*. Del resto, la immensa maggioranza degli alienati, in causa del loro stesso disordine intellettivo ed affettivo, non si occupa più nè de' loro affari nè dei loro rapporti giuridici.

I segni, dai quali si rileva l'esistenza di una monomania querulante o litigiosa, vennero in parte ricordati altrove (pei discorsi v. p. 462, per gli scritti, v. p. 542): qui aggiungerò solo che il pazzo processomane può da un momento all'altro diventare aggressivo (perseguitati persecutori).

109. Esame della condotta concernente le relazioni affettive dell'individuo con l'aggregato sociale. — Fin qui abbiamo considerate le manifestazioni strettamente egoistiche della condotta; volendo ora passare all'esame di quelle ego-altruistiche ed altruistiche, diremo subito com'esse concernano, secondo quanto fu già esposto nella parte generale sulla condotta, due categorie principali di relazioni di convivenza: 1.° le domestiche; 2.° le intrasociali.

I. Nelle RELAZIONI DOMESTICHE la condotta del pazzo ha largo campo di rivelare tutte le anomalie e alterazioni morbose della sua mente; e ne vedemmo anteriormente le prove, quando studiammo le disprassie in generale (cfr. ai § 103-105). Scendendo ad un'analisi più dettagliata degli effetti che l'anomalia ed il perturbamento mentale inducono nella vita famigliale dei pazzi, troveremo, in primo luogo, fra i segni più sicuri di labe ereditaria e di costituzione psicosica la incapacità di fondare una famiglia, la perversità domestica, e persin l'inadattabilità alla esistenza regolare e disciplinata della casa. Che se la malattia incoglie un individuo, nel quale

l'affettività s'era potuta svolgere ed eranvi quindi tutti gli elementi d'una condotta domestica normale, il cangiamento morboso di questa potrà assumere vario aspetto: ora rivelerà la diminuzione e la perdita dei sentimenti famigliali, ed ora il loro esagerarsi e pervertirsi.

a) Cominciamo coll'indagare se esistano anomalie originarie della condotta famigliale.

1.º Facilmente si comprende come l'incapacità assoluta, fisica o mentale, di fondare una famiglia, ciò che potrebbe denominarsi agamia per agenesia, accompagni tutti gli stati di grave e completo arresto di sviluppo. Gli idioti e i cretini costituiscono il *caput mortuum* del corpo sociale, ed è utile che essi rimangano privi della facoltà di riprodursi. Ma anche quando l'anomalia individuale di sviluppo non giunga a grado sì rilevante, può dar luogo allo stesso effetto negativo per ragioni sociali. L'imbecille, il fatuo, il degenerato sono e debbono essere i deboli, che soccombono tanto nella lotta per l'esistenza, quanto nella concorrenza sessuale; egli è che essi, in massima parte, difettano dei mezzi somatici, fisiologici e psichici di seduzione (Venturi). Nei processi penali, intentati così frequentemente a costoro, l'alienista perito può talvolta valersi della circostanza che l'imputato non trovò da accasarsi, per l'appunto a motivo della sua debolezza mentale. Non già che il celibato volontario sia, come da certuni si è detto, un segno di disquilibrio intellettuale: è certo però che anche nel sesso maschile (la donna deve la sua crescente quota di nubilità nei paesi Europei a cause di altra natura), moltissime volte il celibato non è voluto, ma subìto e anzi malamente tollerato. Tutti sanno come fra i criminali e i suicidi sia alto il contingente dei celibi: di più io rilevai pel primo che l'incapacità di mantenere il vincolo conjugale, mostrantesi con le separazioni e i divorzii, si collegava a tutte le altre manifestazioni abnormi della psiche umana, pazzia, suicidio, delinquenza e prostituzione; ora il nesso causale è sempre quell'unico, la anomalia costituzionale per degenerazione.

2.º La anomalia affettiva dei degenerati si palesa so-

prattutto con la loro inettitudine ai sentimenti di tenerezza, dei quali il più tipico, perchè il più antico nella serie e il più utile alla specie, è quello verso la filogenitura e in generale verso i bambini, così potentemente idealizzato da V. Hugo. Le individualità aberranti non aborrono soltanto dal matrimonio (*misogamia*), aborrono più specialmente dall'aver prole (*misogenìa*). Non provano alcuna emozione alla vista d'una debole creatura, non tollerano il contatto e le carezze dei bambini, hanno sempre maniere aspre e violente verso i fanciulli (*misopedia*). Senza dubbio qui è da cercare l'origine di un buon numero di infanticidii, e qui il motivo patologico di quegli obbrobriosi maltrattamenti di bimbi e di ragazzi, in cui si estrinseca la malvagità di certe madri e matrigne isteriche e criminali.

3.º Nelle famiglie neuro-psicopatiche ciò che colpisce specialmente l'alienista durante le sue indagini sul contegno del pazzo, è il disordine nel governo interiore della casa: egli ha ogni giorno occasione di udire racconti disgustosi e di assistere a scene raccapriccianti. D'ordinario nelle famiglie incolte da degenerazione la vita affettiva è povera, i legami fra i loro membri sono debolissimi, nè viene sentita la dolcezza dei sentimenti domestici: di ciò è prova l'abbandono, in cui sono lasciati ben presto dai parenti i pazzi reclusi nei Manicomii. La « casa », nel gentile significato inglese della parola (*home*), non esiste per questi veri infelici. I continui rapporti giornalieri, portando naturalmente dissensi fra persone poco disposte a tollerarsi, ne inaspriscono gli umori e acuiscono la naturale angolosità di quei caratteri disequilibrati: non di rado litigii e scene violente s'alternano con grossolani stravizii. I degenerati fin dalla fanciullezza assorbono con avidità l'aria malsana in cui vivono, oppure dalla debolezza o dal malinteso affetto dei genitori sono inconsciamente incoraggiati nelle loro inclinazioni perverse: così si mostrano di buon'ora vani, bugiardi, indisciplinati, capricciosi. Essi veggono, del resto, il padre disautorato dalla moglie, la madre angariata coperta di insulti o percossa dal marito. Arrivando alla giovinezza, il degenerato nè ama, nè rispetta, nè teme i genitori: se non è scostumato fuori di casa, è di già un onanista, quasi sempre un cinico,

che può anche cercare nell'incesto la soddisfazione dei suoi istinti genesici. Che se giunge a costituire una famiglia, sin dal primo giorno delle male auspicate nozze egli mette a nudo la anomalia del suo carattere: non gli mancheranno certo le ragioni o i pretesti per farlo. Di là si inizia quella interminabile sequela di rimbrotti, di garriti, di stupide tirannie, di alterchi, di scene tragico-comiche di gelosia, che trasformano l'interno di moltissime famiglie eredo-morbose in vere bolgie infernali.

4.° Due soprattutto sono le manifestazioni anomale della condotta domestica che ci debbono colpire: l'inclinazione all'isolamento e le fughe dal domicilio paterno.

α. Certi individui si chiudono sino dall'adolescenza nel più meschino egoismo; diventano freddi, taciturni, ironici nel contegno verso i parenti, si allontanano a poco a poco dai luoghi di soggiorno in comune, e finiscono coll'isolarsi in seno alla loro stessa famiglia: taluni si sottopongono ad una vera clausura, passando le intere giornate nella loro camera in atteggiamento di sospetto e di diffidenza (*claustrofilia*). Questo isolarsi caratterizza per lo più l'evoluzione del delirio ipocondriaco-persecutorio della paranoia originaria.

. Le fughe dal domicilio paterno sono una particolarità dei fanciulli e giovinetti degenerati (io ne ho visto esempii tipici in bimbi di 5-6 anni). Essi fuggono o per raggiungere cattivi compagni e discoleggiare con essi, o per gettarsi in avventure romantiche, quali imagina la loro fantasia riscaldata da letture malsane, o per intraprendere viaggi verso luoghi indeterminati, non di rado senza denaro, o per un vero bisogno impulsivo a vagare senza scopo (« *monomania errabonda* »). Talvolta ricompajono dopo un'assenza di più giorni, senza preoccuparsi delle angoscie superate dai loro parenti, pronti anzi a mentire e ad inventare le più strane vicende per giustificare le loro scappate. Qui l'alienista trova sempre una profonda deficienza del senso etico e di tutta la sfera affettiva (imbecillità, delinquenza congenita, pazzia morale, crisi epilettoidi ed isteroidi della pubertà, paranoia abortiva degli adolescenti ereditarii): ma anche più tardi, sorpassata la prima giovinezza, il degenerato è sempre propenso al vagabondaggio.

b) Noi abbiamo: 1.º nella **diminuzione degli affetti domestici** uno dei più costanti e preziosi indizî, che ci discoprono il prepararsi e lo svolgersi d'una psicopatia. In allora una persona, per lo innanzi di buona e affettuosa indole, diventa poco espansiva, intollerante, incontentabile; assume maniere ruvide ed aspre; si infastidisce ed incollerisce per un nonnulla; prende in uggia i figli e i parenti, si addimostra trascurato nelle faccende domestiche se donna, nel governo degli interessi familiali se uomo; da ultimo si disaffeziona della casa. — Se si tratta di melancolia, l'individuo è nei primordî consapevole di questo suo cangiamento, e se ne angustia: ma più tardi il senso di malessere, le illusioni ed allucinazioni, i concetti deliranti sopravvincono ogni altro sentimento, e il malato diviene un feroce egoista, che tortura la sua sventurata famiglia con lai e gemiti interminabili, senza preoccuparsi del dolore che spande attorno a sè, e senza accorgersi di togliere agli altri quel riposo e quella calma, cui egli inutilmente aspira. — Se si tratta di una mania, la disaffezione può assumere forme ben più acute e gravi: il malato col suo contegno tumultuoso scompiglia la casa, diviene collerico, tirannico, litigioso, e, pur restando da prima consapevole dei suoi trasporti ma incapace di frenarsi, ben presto perde anche la coscienza del proprio stato morboso, e dev'essere allontanato da casa a scanso di maggiori pericoli e danni. — Qualora si abbia invece una psicosi paranoica o una paralisi progressiva, manca ad ogni fase della malattia la consapevolezza della propria intollerabilità domestica: chè anzi il paranoico e l'alcoolista, non solo si disaffezionano dalla famiglia, ma spesso pigliano in antipatia ed in odio gli stessi loro più prossimi parenti. Molti delirii di persecuzione si specificano in questo senso, sono cioè delirii domestici: è quasi direi patognomonico del delirio alcoolico rivolgersi contro il conjuge, di quello climaterico contro il marito, di quello senile contro la moglie e i figli.

2.º Nei gradi avanzati di dissoluzione della personalità gli affetti domestici si **sbiadiscono**, e non dànno neppure più origine a reazioni abnormi: alla lunga essi scompajono del tutto. Chiusi negli Asili, obbliati in massima dai parenti e dagli amici, il melancolico e il maniaco che declinano allo

stadio cronico, lo stupido, l'imbecille, il demente, l'epilettico, si dimenticano dei loro cari, cessano dal desiderare e dal richiedere il ritorno a casa, e giunti all'estremo deterioramento psichico neppur si ricordano d'avere avuta una famiglia.

3.º Un indubbio valore diagnostico, anche per le forme non originarie di disordine mentale, hanno le fughe da casa (SOLLIER). Esse sono effettuate con apparenze diverse e per diverse ragioni da epilettici, paralitici, paranoici, melancolici, dipsomani e isterici. — Nella epilessia le fughe costituiscono veri equivalenti degli accessi convulsivi, sono cioè per lo più crisi di epilessia larvata: l'individuo fugge da casa automaticamente, in uno stato di incoscienza e di amnesia (*automatismo comiziale ambulatorio,* CHARCOT), e può talvolta per ore e per giorni camminare, viaggiare in ferrovia, scendere agli alberghi, commettere atti reprensibili e reati, agendo e contenendosi in tutto come un sonnambulo. — I paralitici s'allontanano invece per soddisfare il loro esagerato bisogno di moto, o per darsi alla crapula, o per mettere in esecuzione i loro fantastici progetti: talora la famiglia non li vede più ritornare, perchè essi nella loro amnesia si dimenticarono il nome della strada o dell'albergo in cui abitavano. — Tipico dei paranoici con delirio di persecuzione, che voglion fuorviare i loro nemici e fare sperdere le proprie traccie, è il cangiar continuamente di domicilio (*oicomania*), il viaggiare di città in città sotto nome falso, o il presentarsi all'insaputa dei parenti per essere accolti in un Asilo: non di rado sono spinti a ciò da allucinazioni offensive o imperative. — Anche i melancolici vanno soggetti a impulsi di fuga, sia che si ritengano indegni di vivere in seno alla famiglia colpita per colpa loro dal disonore, sia che vogliano lungi dai loro cari attentare ai proprî giorni. — Più irresistibile ancora è l'impulso oicomaniaco, che porta periodicamente i dipsomani a fuggirsene quando la sete morbosa di alcoolici li incoglie: in generale gli eccessi di ubbriachezza sono consumati lontano dagli occhi dei parenti. — In quanto all'isterismo, vi si osservano con frequenza attacchi di deambulazione automatica, quando si alternano stati opposti e differenti di coscienza (doppia coscienza, vigilambulismo).

c) L'esagerazione degli affetti domestici figura in primissima linea fra i motivi che rendono tanto triste e penoso lo stato melancolico, sia che l'infermo abbia un delirio di colpevolezza e di umiltà (cfr. pag. 456), sia che le allucinazioni e le idee deliranti abbiano carattere persecutorio (*gli ruberanno i figli, glieli uccidono, ne ode i lamenti, li vede laceri e sanguinanti,* ecc.), sia infine che il delirio si rivolga alla tema della ruina economica (*i suoi figli languiranno nell'abbandono, moriranno di fame,* ecc.). A queste rattristantissime idee si connettono molti suicidii dei melancolici, e, quel che è più grave, molti impulsi distruttivi sulle stesse persone, di cui i malati vaticinano e piangono la sciagura, in particolar modo sui figli. La uccisione dei figli, il « libericidio », quando tiene a delirii d'indole melancolica, è spesse volte multiplo. È, cioè, una vera strage della genitura; è compiuto su tutte le vittime in una volta sola, quasi sempre con lo stesso mezzo, perfino con la stessa arma; avviene per lo più di notte, mentre i figli dormono; ed è seguito dal suicidio dell'omicida.

Affatto tipico della lipemania senile e del negativismo paralitico è il delirio di miseria: sotto le sue apparenze altruistiche esso rivela però sempre il più desolante egoismo. E altrettanto egoistica nella sostanza, come già avvertimmo, è quell'esagerazione del possesso sessuale, che ingenera la gelosia. Questo sentimento tirannico, giungendo al grado di passione patologica, può costituire da solo una vera malattia mentale (*monomania gelosa*, P. Moreau de Tours); ma nel più dei casi esprime debolezza mentale, deficienza di affettività, predominio dell'egoismo, ed è per ciò sindrome abbastanza comune nei degenerati (delinquenti, imbecilli, pazzi morali, isterici, epilettici, paranoici). Particolarmente espressiva è la consumazione di atti violenti contro la persona amata: qui torniamo a vedere associato l'istinto erotico al crudele (v. retro). — Grave indizio è poi la comparsa di una morbosa, ingiustificata gelosia conjugale durante le nozze o immediatamente dopo il consumato *jus primae noctis* (pazzia post-connubiale). — Più grave ancora sarà la gelosia verso il principio della decadenza genesica: nell'uomo deve menarci quasi direttamente al diagnostico di alcoolismo (donde la fre-

quenza degli uxoricidii verso il 40°-50° anno, non raramente seguiti da suicidio); nella donna lascia invece supporre lo scoppio di una paranoia ipocondriaco-persecutoria del climaterio. — Si ricordi ancora che la preoccupazione gelosa può assumere i caratteri di una idea fissa cosciente.

II. Nelle RELAZIONI SOCIALI la condotta personale dell'alienato ci offre molteplici e caratteristiche alterazioni; il che si comprende facilmente pensando alla varietà ed alla complessità dei sentimenti e delle tendenze, che derivano dalla convivenza. Le esamineremo sotto due aspetti: il cerimoniale e l'altruistico.

A). La quasi totalità degli alienati si appalesa disadatta alle norme cerimoniali di convivenza. Gli uni, quelli in cui l'anomalia psichica è dovuta ad un vizio degenerativo di costituzione mentale, vi sono più o meno ribelli durante tutta l'esistenza, o perchè restino del tutto incapaci di modificare le forme esteriori delle azioni in riguardo alla presenza dei loro simili (frenastenici, idioti, imbecilli), o perchè nei rapporti sociali si conducano in modo bizzarro e stravagante, avendo difettosi i sentimenti del rispetto, del pudore e dell'altrui considerazione (degenerati superiori, ragionanti, paranojoidi). — I veri pazzi, quelli in cui si svolge un cangiamento morboso della personalità, mostrano modificata fino dai primordi della malattia la loro reazione agli stimoli derivanti dei contatti sociali: essi perdono la facoltà acquisita di foggiare la mimica, i discorsi, le maniere, il contegno, gli atti e l'esteriore della loro persona in conformità delle regole di buona educazione e in conformità delle norme restrittive, che la organizzazione sociale in classi gerarchicamente coordinate impone a ciaschedun convivente. In questa dissoluzione delle forme esteriori della condotta, si va dai gradi lievi di sconvenienza fino all'assoluta impossibilità di far parte del consorzio civile.

Le istituzioni cerimoniali non hanno sanzione penale e sono affidate ad un sentimento delicatissimo di rispetto verso una specie di autorità vaga, collettiva, non sistematica (E. SPENCER, *Sociology*): non pertanto si debbono considerare originate da tendenze ancora prevalentemente egoistiche, poichè in un gran numero di casi esse decidono del successo dell'individuo nella concorrenza sociale. Si richiede per la loro esecuzione che l'individuo eserciti su sè medesimo un continuo governo: si richiede, anzi, una grande finezza nelle azioni inibitorie, poichè, in fin dei conti, si tratta di regolare soltanto la parte estrinseca e, per così dire, più superficiale della condotta, ciò che è semplice forma e non direzione o finalità del movimento. Ed ecco perchè le norme di convenienza e di buona creanza sono un prodotto ultimo dello svolgimento sociale. Esse sono conosciute apprezzate e praticate dall'individuo dopo un lungo e nojoso tirocinio, durante il quale egli si deve abituare a moderare i gesti e l'intonazione della voce, a dissimulare la espressione spontanea dei suoi sentimenti di antipatia e di disgusto, a correggere in modo speciale gli atteggiamenti del corpo, a fare atti di sommessione e di riverenza, a temperare la vivacità dei discorsi, a foggiare anche gli abiti in dato modo, conformandosi al senso estetico dell'aggregato e ai diritti gerarchici dei conviventi.

Sotto tale riguardo, il pazzo è sempre un elemento disintegrativo delle costumanze e cerimonie sociali. Ciò si vede soprattutto nei degenerati, del cui contegno in società avemmo occasione di parlare quando studiammo le anomalie costituzionali del carattere manifestantisi per l'appunto con stranezze e aberrazioni del portamento (cfr. § 105). In chi poi ammali di mente, la perturbazione della condotta cerimoniale può assumere aspetto diverso.

α. Vi sono, anzitutto, i pazzi espansivi turbolenti, che, cangiando il lor modo di contenersi in famiglia ed in società, diventano meno rattenuti nei gesti, meno cauti nelle parole, meno circospetti nelle espressioni, pronti e subitanei nell'agire e reagire. Essi non san più celare i proprî sentimenti, nè infingere le proprie impressioni, anche quando, scoprendosi, feriscano la suscettività altrui (bene spesso rilevano ad alta voce i difetti fisici degli interlocutori). Essi infastidiscono

con interminabili e sconclusionate narrazioni, si espandono in lunghe confidenze col primo venuto,trattano con affabilità eccessiva persone ignote; non possono neppur più discutere con calma, e anche nei colloquii coi famigliari alzano la voce, allargano il gesto, insolentiscono, dicono impertinenze e volgari contumelie. Essi inseriscono nei discorsi parole a doppio senso o a sottinteso osceno, ostentano licenziosità, non si preoccupano di scandalizzare donne e fanciulli, nè di offendere la creanza la decenza ed il buon gusto; entrano nei luoghi pubblici con aria spavalda, trasgrediscono l' etichetta, trasandano, non la sola eleganza e la moda, ma altresì la nettezza degli abiti, da ultimo si rendono incapaci di qualsiasi rapporto di convivenza. Il contingente maggiore di questo contegno anestetico ci è fornito dall' esaltato, dal maniaco, dal paralitico nello stadio congestizio.

β. Ben diverso è il contegno cerimoniale dei pazzi, che si concentrano in un delirio triste. Anche costoro trascurano e a poco a poco dimenticano le norme della creanza e le regole del ben vivere, ma lo fanno in altra forma. Fin da principio i melancolici divengono parchi e misurati nelle parole e nella mimica, ma ben presto finiscono nella ritrosia più schifiltcsa, nel malgarbo, nella intolleranza dello stesso conforto altrui, e persin nel risentimento. Essi schivano ogni dimostrazione di affetto; sono insensibili alle carezze, restii nel stringere la mano, torcono il viso da colui che loro parla o gli voltano le spalle. Generalmente si allontanano dai convegni amichevoli; e quando vi siano portati contro il loro volere, se ne stanno appartati, silenziosi, imbronciati. Indifferenti a ciò che non riguarda le loro preoccupazioni melanconiche o ipocondriache, essi non sanno trovare altro argomento pei loro discorsi: nel loro egotismo concentrico, non dànno requie ai loro famigliari, empiono la casa col loro incessante lamentio, restan sordidi negli abiti e nella persona.

γ. La trascuraggine, l'incoltezza dei tratti, l'obblio della decenza e la sconvenienza incosciente delle maniere sono il naturale effetto dell'arresto o dell'indebolimento psichico nelle forme stupide ed attonite di pazzi e in tutte le demenze.

δ. I soli alienati che si mostrino talvolta ligii alle costumanze, che anzi possono talvolta esagerarne il significato convenzio-

nale e loro attribuire un particolare simbolismo, sono i paranoici, massimamente quelli con delirio di grandezza, con metabolismo della personalità, oppure con delirio di riforma religioso-politica. Costoro assumono fieri e pomposi atteggiamenti, dànno alle frasi ed alla mimica un giro cerimonioso e circospetto, esigono atti di riverenza e di omaggio, dànno una iperbolica importanza a fantastici titoli nobiliari (cfr. § 98).

B. La vita affettiva dell'alienato è lesa specialmente nella sfera dei sentimenti altruistici, ed è qui che il medico trova alcune delle più caratteristiche manifestazioni della pazzia. Come fondamentale disordine della condotta in quanto concerne l'altruismo, ci si presentano modificati gli atti, che starebbero ad esprimere il *sentimento primordiale di simpatia* pei proprii simili; ma la labe degenerativa e la alterazione della mente non lasciano immune nessuna delle manifestazioni affettive, e così potremo raccogliere dati semeiotici riguardanti i *sentimenti di pietà*, di *giustizia* e di *solidarietà sociale*. Sono questi i sentimenti, la cui pratica nella vita costituisce l'indice del « senso morale » o « senso etico ».

a) Il sentimento di simpatia e di benevolenza pei proprii simili, la base di tutti i vincoli sociali, presentasi negli anomali ed ereditarii deficiente, nella massima parte degli alienati diminuito e perfino abolito.

c. La pazzia affievolisce, ottunde e cancella quell'istinto naturale di associazione, che fa della specie umana una fra le più socievoli di tutto il regno animale (gli Imenotteri ci superano nella divisione degli uffici individuali rispetto all'utile collettivo). Non solo il pazzo si lascia a poco a poco dominare dalle sue impressioni, sensazioni, imagini ed idee morbose, rinserrando la sua attività intellettuale in una cerchia sempre più limitata, ma per di più egli, come vedemmo, finisce ben di sovente con individualizzare lo stesso

linguaggio, il mezzo supremo di comunicazione fra gli uomini, e così si isola dal consorzio civile coi proprii simili. È questo che rende tanto povero di dolci emozioni e di « gioje del cuore » il triste ambiente del Manicomio. Salvo casi eccezionalissimi, di vecchie dementi, che prendono ad amare, a carezzare e a proteggere qualche fanciullo idiota o imbecille (il Prof. C. Livi lasciò un incomparabile bozzetto descrittivo di un sì fatto pietoso episodio), i pazzi reclusi vivono lunghi anni insieme senza amicarsi, senza mai simpatizzare fra loro in onta all'affinità della loro sventura, in onta alla simiglianza di abitudini e di tendenze indotta dalla disciplina. Di tanto il criminale è pronto ad associarsi con altri suoi pari per lo scopo comune del delinquere (complicità, camorra, mafia), di quanto l'alienato è insensibile alla comunanza di vita: solo fra i pazzi morali, fra i ragionanti e fra gli epilettici possono formarsi complotti pericolosi (il più spesso per evadere, più di rado per vero spirito di rivolta).

β. Tipiche sono nella pazzia le manifestazioni di misantropia. L'allontanarsi dagli amici e dai conoscenti, il rifuggire dai convegni sociali, il rompere più o meno all'improviso ogni sorta di relazione, costituiscono quasi sempre un indizio preliminare del cangiamento morboso dell'io, e più tardi sono un sintomo quasi patognomonico della depressione dolorosa dell'animo (melancolia). Ma dove la rottura di ogni commercio sociale e la vita solitaria sono una rivelazione preziosa del disordine mentale, egli è quando un individuo, se giovane con labe ereditaria, se adulto verso l'inizio dell'età critica, scompare inaspettatamente dalla società, lascia famiglia e amici, si chiude nella sua camera o, meglio ancora, cangia continuamente di domicilio, sceglie alloggi in località remota e ignorata, vi si barrica come se dovesse sostenervi un assedio, vi si fa portare gli alimenti o se li prepara egli stesso. Qui siamo senza dubbio di fronte ad un delirio di persecuzione, che, superato il periodo di diffidenza, si viene svolgendo sulla base di allucinazioni, ordinariamente acustiche (paranoia originaria, psicosi sistematica tardiva).

γ. Un altro sintomo denotante la disaffettività dell'alienato è il prevalere dei sentimenti antipatetici sui simpatetici. Notiamo a tale proposito che il pazzo è raramente in

grado di reprimere i proprii sentimenti impulsivi. I melancolici, i paranoici, i paralitici, gli epilettici, le isteriche e pur anco i maniaci ci offrono frequenti esempi di queste antipatie idiosincrasiche; ne nascono o vi trovano alimento le loro idee di persecuzione, con le quali, assai più spesso di quanto si creda, vengono allegorizzate emozioni ripulsive incoscienti, subitanee, provate alla vista di qualche persona. Spesso i malati intravvedono in un ignoto un presunto loro schernitore o persecutore (illusioni), o credono d'essere zimbello dei compagni, Incapaci di provare affetti, obbiettivano la loro disestesia, imaginano ovunque nemici, congiure e complotti. La più gran parte odia per un pervertimento dell'affettività, pel piacere di odiare, per la voluttà di sapersi e sentirsi isolati, distaccati dal mondo dei volgari, vaganti in un mondo tutto a sè (*solipsismo* morboso). Bene spesso sono rotti violentemente tutti i legami di parentela; ma, nel più dei casi, sono i vicini, è il vicinato che occupa un importantissimo posto nella cerchia delle ostilità imaginata temuta e sfidata dal delirante (paranoici, alcoolisti, isteriche). Ora è noto come nelle nostre agglomerazioni urbane, grandi e piccole, e più specialmente nei quartieri poveri delle città, nei borghi e villaggi, la soverchia vicinanza esponga ad un più minuto e irritante contatto fra individui che in realtà rimangono affatto estranei gli uni agli altri e sentono anzi più acuti i sentimenti ostili di emulazione, di invidia e di riprovazione (« *homo homini lupus* », HOBBES).

δ. In casi ben rari si scorge l'esagerazione pazzesca dei sentimenti simpatetici. Una eccessiva ed irrazionale g e n e r o s i t à, che si soddisfi con doni e con solo sperpero di denaro, ci deve riuscire sospetta di primo acchito: essa tradisce o un senso di morbosa euforia (mania), o un delirio di grandezza (paranoia), o, più spesso ancora, un fatuo ottimismo ed un delirio fastoso assurdo (paralisi generale). Questa generosità non è quasi mai inspirata da benevolenza, ma da un bisogno egoistico di espandere la piena della propria tensione nervosa in atti assurdamente antropofilici, o dall'obblio inconsapevole e demente del valore reale del denaro.

ε. Si collega sotto molti aspetti alla simpatia pei proprii simili quella s u g g e s t i b i l i t à, che fa dei deboli di mente e

dei degenerati la caterva dei predisposti ad ogni sorta di mimetismo morale (sette religiose e talvolta politiche; spiritismo; pazzie endemiche, epidemie di isterismo, di istero-epilessia, di coree ritmiche ed abbajanti; diffusione della « mania suicida »; imitazione di reati eseguiti con mezzi e in modi clamorosi, contagio dell'omicidio, ecc.). Come risultato diretto del mimetismo morboso, ricordisi il frequente sviluppo di pazzie, consimili per la forma e pel contenuto delirante, negli individui legati da vincoli di parentela o di strettissima convivenza (pazzia indotta o comunicata, pazzia gemellare, delirio a due, a tre e perfino a quattro, doppio suicidio per appassionamento patologico).

b) Il sentimento di pietà, che ci rende sensibili alle sofferenze dei nostri simili, e ci fa rispettare la loro integrità personale e la loro vita, è purtroppo assai di sovente leso nella pazzia.

α. La deficienza congenita di questo sentimento, ciò che propriamente potrebbe denominarsi abiofilia, giusta le belle e irrefutabili osservazioni della psicologia moderna è la anomalia caratteristica del delinquente-nato, è la sindrome peculiare dalla degenerazione morale. Essa ci spiega la freddezza con cui i criminali per istinto, veri selvaggi redivivi in seno alla civiltà, spargono il sangue dei loro simili, giungendo nei casi di estremo pervertimento fino allo stesso cannibalismo. Ma questo soggetto concerne più davvicino la Psicologia forense e l'Antropologia criminale (cfr. DESPINE, *Psychologie naturelle*, 3.° vol., 1868; LOMBROSO, *L'uomo delinquente*, 1.ª ediz. 1874; GAROFALO, *Criminologia*, 1.ª ediz. 1885).

β. Sotto il punto di vista strettamente psichiatrico, l'affievolirsi e l'oscurarsi completo del sentimento di pietà, dai quali dipende la quasi generale pericolosità dei pazzi, si manifestano in forme e in gradi diversi. Un gran numero di alienati è tratto ad inveire contro le persone ogni qualvolta si tenti di impedire l'appagamento dei loro bisogni e voleri morbosi, come ad es. quando si voglia contenere la esasperazione di un maniaco o di un imbecille, l'irrequetudine ansiosa di un melancolico, la turbolenza di un paralitico, o quando

si metta ostacolo alle insensatezze di un paranoico, agli eccessi di un alcoolista, e simili. Gli atti violenti di costoro sono bene spesso una reazione ad inconsulti ed imprudenti eccitamenti di famigliari ed estranei. La loro irascibilità, la poca energia dei poteri inibitorii, lo spirito di rivolta li rendono generalmente temibili; non possono dirsi però tratti da un vero impulso a ferire e ad uccidere, tanto è vero che nel Manicomio diventan presto più arrendevoli e calmi. All'opposto, in molti altri casi le azioni criminose omicide sono compiute per motivi endogeni inerenti alla stessa malattia mentale: sono, cioè, estrinsecazioni dirette dello stato di morbosa emotività, delle illusioni ed allucinazioni, delle idee deliranti, delle impulsioni irresistibili conscie od inconscie. Qui abbiamo tre diverse eventualità rispetto alla coscienza ed alla volontà dell'individuo.

1.° *Gli atti violenti e dannosi contro le persone (ferimento, omicidio) sono volontarii e conscii.* — I singoli casi possono variare come appresso.

αα. Il pazzo omicida è perfettamente consapevole di ciò che fa: egli premedita anzi il reato, colpisce determinate persone, prepara poi anche un alibi oppure fugge, è pentito, ma si discolpa allegando che ha voluto *farsi giustizia con le sue mani, reagire alle ingiurie, difendere il suo onore, liberarsi dai suoi nemici*, ecc. Il delitto non si differenzia da un reato comune. Qui siamo di fronte a un delirio di persecuzione (melancolia, paranoia), bene spesso acutizzato da allucinazioni ossessive: il malato sente voci che gli gridano: « *uccidilo!... è ora di finirla!... va e non temere!..* ».

ββ. Il pazzo non attenta propriamente alla vita, ma solo intende vilipendere, ferire o sfregiare il suo o i suoi persecutori. Talvolta si appaga con atti di semplice minaccia incruenta; tal' altra vuole attirare su di sè l' attenzione pubblica, protestare contro le ingiustizie, dare maggiore risalto ai suoi precedenti reclami (perseguitati persecutori, paranoici, querelanti). Si pongono in questo gruppo anche quei casi, in cui il pazzo vuole farsi scorgere dalla donna amata, dimostrarle la sua passione infelice e reagire alle sue ripulse (erotomani). Altre volte l'alienato si erige a vindice della libertà e moralità pubblica, e in tal caso rivolge l'arma contro per-

sonaggi eminenti, in mezzo alla folla, di pieno giorno (paranoici megalomani, paranoioidi o mattoidi, fanatici).

$\gamma\gamma$. L'atto criminoso è commesso in circostanze che denotano un morboso appagamento del senso erotico, quali sarebbero le ferite agli organi genitali, all'ano, alle coscie e alle mammelle (degenerati sessualmente pervertiti, cfr. § 108). In certi casi, quasi sempre connessi ai delitti sessuali, si raggiunge la nota più che bestiale del cannibalismo.

2.° *Gli atti violenti sono conscii ed involontarii in quanto dipendono da tendenze ideomotrici irresistibili.* — Anche qui vi sono varietà.

$\alpha\alpha$. Il pazzo aggredisce, ferisce ed uccide mentre è in un evidentissimo stato depressivo, angoscioso o pur anche attonito. L'atto è compiuto per lo più all'improvviso come una scarica irrefrenabile, molto spesso sulle persone più care o sul primo che capita, con mezzi inadeguati e quindi con lesioni numerose, ed è seguito da un senso di sollievo. Il feritore ed omicida non fugge, perchè agì sotto l'influenza di un'allucinazione imperativa o terrifica quasi sempre acustica, di rado visuale (melancolia con delirio religioso, paranoia allucinatoria); o perchè, dominato dalla paura di terribili supplizii, « *vuole finirla più presto con la vita, esser portato in giudizio, condannato a morte* » (melancolia con delirio persecutorio); o perchè, divenuto « l'*obbrobrio del genere umano* » o trasformato in dèmone, « *deve commettere delitti efferati* » (melancolia con delirio zoantropico e demoniaco); o finalmente perchè, rattristato da idee di rovina di disgrazie irreparabili e di morte nella famiglia, vuole « *risparmiare ai figli ed alla moglie la fame e le miserie dell'esistenza terrena* », vuole « *far loro guadagnare il cielo* », ecc.

$\beta\beta$. L'atto violento si presenta alla coscienza del malato in forma di tendenza incoercibile; ha, cioè, i caratteri delle impulsioni coscienti: è accompagnato dalla lucida consapevolezza della sua criminosità e da un sentimento di vivissima angoscia, appunto perchè è in antagonismo con tutte le tendenze e abitudini morali dell'individuo: spesso è rivolto contro le persone più dilette (figli, conjuge, genitori, fratelli), altre volte è generico e si appagherebbe in qualsiasi modo e su chiunque (bisogno di commettere un eccidio, di vedere e

toccare il sangue, di sentire il coltello affondarsi nelle carni palpitanti, ecc.). Nel più dei casi la rappresentazione omicida per fortuna non soppravvince nella lotta, e può rimanere latente per più anni o anche per sempre; ma col ripetersi acquista forza, diventa sempre più impulsiva, invade il campo della coscienza e finalmente si scarica. L'atto cruento si contraddistingue allora per la rapidità fulminea, per certe circostanze di tempo e di luogo (ad es. è commesso di pieno giorno, nelle vie, in un teatro, ecc.), per l'assenza di ogni motivo (« *non so perchè ho ferito ed ucciso* »,... « *era destino* »,... « *non ho potuto a meno* »...), e da ultimo per l'acquiescenza del colpevole, spiegabile col senso di intima soddisfazione succeduto all'angoscia.

L'impulsione omicida con questi caratteri di lucidità ed irresistibilità è abbastanza rara, per quanto la si vegga spesso allegata nelle aule dei Tribunali (« monomania omicida » della vecchia scuola). Essa è stimate perentoria di degenerazione, e può nascere nei predisposti, nei deboli, nei frenastenici per morboso spirito imitativo (contagio dell'omicidio, AUBRY). D'ordinario è di indole psico-neurastenica, e si sviluppa sotto l'influenza di cause esaurienti (onanismo dei puberi, mestruazione, puerperio e menopausa): altre volte è effetto di intossicazioni croniche (alcoolismo, maidismo, haschischismo). Spesso l'impulsione va congiunta a pervertimenti della sfera sessuale, e può pur anco presentarsi fra le tante idee impulsive criminose e incongrue, che assediano la mente del melancolico, del neurastenico e dell'ereditario con pazzia del dubbio (paranoia rudimentaria impulsiva).

3.° *Gli atti violenti sono del tutto involontarii ed inconscii.* — Possiamo averne tre gruppi.

$\alpha\alpha$. Negli stati di gravissima eccitazione il pazzo può ferire ed uccidere per quel medesimo impulso pantoclastico che lo porta a distruggere ciecamente gli oggetti materiali (furore della mania vesanica e della sintomatica, massimamente di quella circolare; agitazione della paralisi generale e delle demenze organiche; irrequietudine dell'alcoolismo acuto). Questa categoria di malati è sempre assai pericolosa e dannosa, nè si deve avvicinarli senza precauzione.

$\beta\beta$. Vi sono anche stati allucinatorii intensissimi, per

quali il pazzo può essere trascinato inconsapevolmente a commettere atti automatici di difesa, di rappresaglia e di vendetta. Qui vanno segnalati pei loro tipici caratteri i reati di sangue degli alcoolisti cronici (allucinazioni ipnagogiche, gelosia morbosa, perpetrazione del conjugicidio e libericidio nelle ore notturne e frequente concomitanza col suicidio), e quelli degli alcoolizzati, dove l'atto è per lo più in rapporto con illusioni o con accessi di collera in rissa.

77. Da ultimo sono da menzionare i ferimenti ed omicidii perpetrati in condizione di assoluta incoscienza ed amnesia (neuro-psicosi epilettica, epilessia psichica [larvata], stati di sonnambulismo epilettoide). I loro contrassegni clinici sono: l'assoluta istantaneità, la rapidità automatica, la violenza estrema, il compiersi su persone innocue o sconosciute, l'uso di qualsiasi mezzo o strumento di morte, la molteplicità inutile delle ferite, talvolta l'inveire sul cadavere ed il numero eccessivo di vittime. Dell'atto funesto si cerca invano il motivo, ma possono preesistere allucinazioni acustiche imperative o visive terrifiche (voci dall'alto, grida di allarme, fantasmi minacciosi, belve feroci, laghi di sangue, fuoco e fiamme, « eritropsia »); e può anche il crimine riannodarsi ad imagini e a ricordi del passato (spirito vendicativo degli epilettici).

c) Al normale sviluppo ed esercizio del **sentimento di giustizia**, che regola la più grande parte dei rapporti sociali, bisognano due condizioni: la prima, che l'individuo abbia un'esatta rappresentazione dei proprî diritti e interessi; la seconda, che egli abbia una correlativa rappresentazione dei diritti e interessi altrui. Dall'equilibrio fra queste due rappresentazioni (frutto di un lungo e doloroso contrasto fra le tendenze egoistiche dei singoli conviventi) discende nella pratica della vita ciò che designasi come « rettitudine »: rotto dalla anomalia o dalla malattia mentale quell'equilibrio, si hanno le frequenti azioni *anti-giuridiche* dei pazzi.

Noi possiamo, dunque, considerare la **condotta anti-giuridica** del pazzo sotto tre aspetti precipui.

1.° *Parassitismo.* — Per la sua stessa natura la pazzia provoca una individualizzazione sempre più egoistica della personalità, ond' è che a buon dritto essa fu detta una vera malattia parassitaria del corpo sociale. Il pazzo non si fa alcun concetto dell'interesse collettivo. Anzitutto è caratteristico dei degenerati il pretendere d'essere nutriti e appagati nei loro bisogni senza lavorare: il lavoro è, secondo essi, un abbassamento della dignità umana. Ma anche la immensa maggioranza degli alienati (si eccettuino pochi melancolici con delirio di umiliazione) vive spensieratamente a carico delle famiglie e delle pubbliche Amministrazioni, senza mai riflettere all'anomalia economica, che essi rappresentano nella compagine sociale per rispetto alle leggi di produzione, distribuzione e consumo della ricchezza.

2.° *Disconoscimento degli altrui interessi e diritti.* — Le manifestazioni anomale e morbose in questo riguardo variano a seconda che l'alienato, nel suo egoismo, attenta agli interessi morali oppure a quelli materiali dei conviventi. Nel primo caso abbiamo le figure giuridiche dei reati di calunnia, ingiuria e diffamazione, falsità in giudizio, usurpazione di titoli; nel secondo, le figure della frode, truffa, appropriazione indebita, danneggiamento dell'altrui proprietà, estorsione e rapina, del furto, infine degli attentati contro l'incolumità pubblica mediante appiccato incendio ed altre « operazioni » similmente dannose. Tutti questi delitti possono incontrarsi fra le azioni commesse sotto l'influenza di perturbamenti intellettuali e affettivi: che anzi esiste una vera « criminalità specifica » quasi per ogni gruppo di alterazioni mentali (cfr. LOMBROSO, *L'uomo delinq.*, Vol. II, Parte III, cap. 3.°-7.°). Dovendo però fermarci al puro campo della semejotica, ricorderemo solo quelle figure psichiatriche di reati che sono una tipica equipollenza di alcune fra le giuridiche, e che se ne contraddistinguono generalmente per l'impulsività, per la irresistibilità, per l'assenza di ogni motivo o, almeno, per la sproporzione fra causa ed effetto, per la logica *sui generis* che guida il colpevole, e per questo ancora di più singolare, che in un buon numero di volte il reato è di poco o niun vantaggio al pazzo medesimo che lo commette.

a. Come offesa caratteristica agli interessi morali dei con-

viventi, ci si offre la calunnia. Essa è propria dei degenerati, dell'isterica anzitutto e dell'epilettico, poi del pazzo morale, del ragionante o lucido, del paranoico perseguitato e persecutore, dell'alcoolista. Gli indizii, dai quali rileviamo la morbosità della calunnia, sono: la monotona ripetizione delle accuse, molte volte l'impossibilità fisica e morale del fatto (massime per riguardo alle pretese violenze carnali di cui si vorrebbe vittima l'isterica), le contraddizioni grossolane. le concomitanti menzogne, la indole non raramente iperbolica delle angherie e delle offese pretestate dal calunniatore.

β. Il furto è perpetrato da ben pochi pazzi per un movente proporzionato o quasi: i più, circa l'80 % giusta Lombroso, rubano per una tendenza impulsiva ed incoercibile ad appropriarsi gli oggetti altrui, anche quando non possano servirsene. Ma occorre distinguere due specie di *impulso cleptico*: l'inconsapevole, che è generalmente indizio di debolezza mentale e quasi sempre si rannoda alla tendenza collezionistica (imbecilli, dementi, paralitici, maniaci, epilettici, affetti da monc- o policollezionismo); e il conscio, la vera « cleptomania », che fa parte del gruppo tante volte rammentato delle idee impulsive coscienti, e di cui deve avere, per essere diagnosticata a buon dritto, i soliti caratteri della irresistibilità, della lotta interna, dell'angoscia, del sollievo consecutivo, ecc.

La *cleptomania* in certi casi si accompagna con un grado elevato di intelligenza (degenerati superiori, impulsivi), ed è contrassegnata dalle seguenti peculiarità: — è in assoluto contrasto coi precedenti morali, con la educazione, e spesso con la buona o discreta condizione sociale del soggetto; vi ha prevalenza del sesso femminile (isterismo, stato di gravidanza e allattamento); vi è reiterazione dell'atto in condizioni simili; vi è molteplicità degli oggetti rubati, che spessissimo sono di natura eguale, di poco o niun costo, inutili al cleptomane, inservibili; la roba rubata viene anche dispersa, dimenticata qua e là, e non usufruita; il furto è frequentemente consumato da mercè di piccole abilità manuali o anche all'improvviso, senza alcuna preparazione e cautela, non di rado in luoghi aperti al pubblico, e col pericolo di essere colto in flagranza. A tale proposito sono tipici i furti alle vetrine e alle mostre delle botteghe (*vols à l'étalage* dei Francesi), i quali, se sono

compiuti stoltamente sotto gli occhi del mercante stesso, senza cautele o appena con qualche precauzione puerile, su oggetti privi di valore e disparati, bastano da soli ad indicare indebolimento mentale (paralitici, dementi); se sono invece compiuti con una certa furberia ma irresistibilmente, reiteratamente, su oggetti spesso di identica natura, costituiscono una sindrome degenerativa con assenza o difetto di senso morale (le isteriche in prima linea, di poi gli ereditarii impulsivi, i pazzi circolari, gli ipomaniaci); se d'altra parte addimostrano i soliti segni della incoscienza, istantaneità e automaticità degli atti, debbono portare alla diagnosi di epilessia.

γ. L'appiccare incendii, quasi sempre senza movente correspettivo o per cause affatto sproporzionate, e senza complici, è per sè solo dimostrazione di pazzia. Una recente statistica trovò, infatti, che fra gli incendiarii 36 % offrono imbecillità e idiotismo, 21 lipemania, 10 demenza, 9 paranoia: gli altri sono epilettici o maniaci. Ma anche qui occorre distinguere un impulso pirico inconsapevole che caratterizza la deficienza mentale, ed uno conscio che fa parte delle sindromi degenerative (*piromania*). — L'incendiario imbecille appicca il fuoco a case isolate di campagna e a fienili, si compiace del luccicare e crepitare delle fiamme, non si allontana dal luogo dell'incendio, spesso accorre e aiuta a spegnerlo, e si tradisce poi facilmente col suo contegno puerilmente vano. — Il melancolico incendia sotto la spinta delle sue allucinazioni terrifiche o delle sue idee deliranti di rovina, di pene infernali, di cataclismi universali. — Il paranoico ed il pazzo morale, per lor parte, sono mossi da sentimenti di rappresaglia e vendetta, da spirito di rivolta, da insensato desiderio di acquistarsi fama (falso eroismo di Erasistrato). — Quanto al vero piromane, esso è per lo più un ereditario spinto al reato da una idea ossessiva, incoercibile.

3.° *Esagerazione dei proprii interessi e diritti* — Hanno di sè e di quanto li riguarda un sentimento gigante ed un'idea iperbolica molti degenerati, pazzi morali, mattoidi, paranoici perseguitati, paralitici megalomani, più ancora i perseguitati processanti. E lo dimostrano in più modi. Reclamano instancabilmente giustizia, allegano di essere vittima di torti imaginarii, violentano la verità nelle loro proteste, si querelano

di tutto; usurpano titoli; si arrogano l'ufficio di « rivendicatori del diritto privato e pubblico », si atteggiano a « giustizieri dei colpevoli e disonesti », e fanno pompa del loro catonismo di pessima lega; esercitano arbitrariamente e con chiasso le loro ragioni, spesso affatto imaginarie; resistono all'autorità, e si oppongono con virulenza all'esecuzione di atti di procedura giudiziaria; scrivono e stampano proclami, e vanno essi medesimi a distribuirli ai passanti o ad affiggerli sui muri; ingiuriano, vilipendono, e talora, armatisi alla meglio aggrediscono nella via i supposti loro nemici; oppure si accontentano di fare una « dimostrazione che non sono nè folli nè mentecatti »; essi fanno chiasso per attrarre su di sè l'attenzione, per « ottenere giustizia » o per aver mezzo di « dire la verità davanti al tribunale dell'opinione pubblica », ecc.

a). È dal sentimento di reciproca solidarietà fra i simili, che scaturisce la sfera più alta dell'affettività, e si inspira la parte più nobile della umana condotta. Ma le tendenze e gli atti che si connettono a questa alta gerarchia di sentimenti, occupano poca parte nella condotta degli alienati. Solo in certe anomalie costituzionali della personalità non è raro che si possano osservare azioni inspirate ad ideali patriottici ed umanitarii (spesso, però, falsificati).

Lo sviluppo del sentimento di solidarietà, tanto nella razza come nell'individuo, è in rapporto con lo sviluppo della cultura intellettuale e col perfezionamento altruistico della sfera affettiva. Da prima la solidarietà è sentita solo fra i conviventi del proprio gruppo (clan, tribù, città), poi fra quelli di gruppi affini per interessi, vicende storiche, lingua e religione (popolo, nazione): in un grado superiore il vincolo affettivo si allarga fino a che comprende, non solo gli affini, ma tutti i simili (razza, umanità); in ultimo potrà anche abbracciare tutti gli esseri viventi (« biofilia »).

α. Senza dubbio vi sono dei deboli impulsivi, paranoioidi e veri paranoici, che, inspirandosi ad alti fini politici (o religiosi), immaginano, preparano e compiono fatti clamo-

rosi e anche criminosi, nei quali non manca una certa idealità (es. il regicidio). Ma un esame accurato dimostra l'insensatezza dell'atto, che d'ordinario è inutile e dannoso ai fini stessi voluti dall'agente; nè si tarda a discoprire la morbosità dei motivi, da cui questi fu trascinato ad agire (fanatismo, contagio morale, pseudo-patriotismo, sentimento di vanità, concetto illusorio della realtà, delirio più o meno sistematizzato di grandezza con idea di riforme e di rivolgimenti sociali).

Per diversa ragione si addimostreranno abnormi certi altri atti inspirati, all'apparenza, da ideali antropofilici (per es. assistenza agli infermi, eroismi subitanei, donazioni, testamenti con lasciti di beneficenza, ecc.). In un buon numero di casi queste dimostrazioni di *pseudo-sentimentalità* sono una pura emozione egoistica: in altri, anzi che sviluppo alto di sensibilità morale, denotano analgesia. Il degenerato, il neuro-psicastenico originario, l'isterica sono spinti dal bisogno impulsivo di liberarsi del patema provocato dalla vista o imagine della miseria e del dolore, ovvero anche sono morbosamente attratti da spettacoli rattristanti; il paranoioide e il paranoico sono mossi dalla boria; il pazzo morale e l'epilettico dalla stessa loro insensibilità fisica. E in quanto ai testamenti di questi falsi idealisti, le opere benefiche o presunte benefiche vi si trovano sempre commiste a stranezze e a prove di smisurato orgoglio, di delirio persecutorio contro i parenti ed affini, di morbosa zoofilia, ecc. Invero l'antropofilia di costoro è molte volte allo stesso livello morale della zoofilia: quest'ultima, quando è portata all'estremo, tradisce un vero invertimento dell'affettività altruistica ed è assai spesso, giusta MAGNAN, sindrome di labe ereditaria (ossessione degli antivivisezionisti, erotismo bestiale degli invertiti).

β. Nell'individuo, che cade in pazzia, la sfera dei sentimenti ideali è tanto più presto e più profondamente lesa, quanto più rapida e diffusa è la disintegrazione che si svolge fra gli elementi mentali della personalità: la sfera ideale è anzi la prima a mostrarsi affievolita, e la prima a scomparire. Tacciono i sentimenti patriottici e filantropici nel melancolicc, nell'ipocondriaco, nel neurastenico, nel paranoico, perchè conculcati dalle preoccupazioni egoistiche; sono assenti nel maniaco fin che durano il disordine delle idee e il perverti-

mento del senso morale; sono offuscati nel paralitico dall'irrompere delle sue assurdità deliranti nel campo della coscienza; infine sono perduti dal demente in ragione della progressiva diminuzione di tutti i poteri mentali. — Se nei primi tempi del suo ricovero qualche pazzo soffre per la lontananza dal paese natio e dalla famiglia, ben presto la quasi totalità dei malati perde anche il *senso nostalgico*, e si adatta alla nuova vita priva di affetti, di compiacenze e di ideali che si consuma giorno per giorno entro le mura dell'Asilo.

110. **Esame della condotta in rapporto ai sentimenti religioso ed estetico.** — L'ultima indagine sulla condotta dell'alienato riguarda le azioni, con cui si estrinseca la parte più astratta della vita affettiva e intellettuale. Il sentimento religioso e l'estetico hanno molti punti di contatto, e le loro manifestazioni ci permettono di desumere quando essi sono alterati per eccesso o per difetto, o quando, come spesso succede del primo, sono pervertiti.

I. Il sentimento religioso è un fattore di somma importanza nelle malattie mentali (cfr. questo Vol. II, § 93, p. 434-456): non solo esso è il caposaldo di un gran numero di delirii, ma dalla sua esistenza ed intensità, dalla sua conservazione o scomparsa, dal suo frequente pervertirsi negli stati acuti e cronici di pazzia, possiamo desumere criterii validissimi per stabilire il grado di sviluppo e di dissoluzione della personalità.

La religione ha sempre avuto influenza sulla condotta e quindi sulla storia umana: essa è stata per lungo volgere di secoli, ed è tuttora per una grandissima parte dell'umanità, la sola manifestazione ideale della vita affettiva e intellettiva. Nessuna meraviglia che essa occupi un posto affatto speciale nella sintomatologia dei perturbamenti psichici. Egli è che le sue radici si approfondano nell'intimo della personalità; egli è che portiamo tutti inconsapevolmente le traccie delle credenze

ed emozioni religiose dei nostri antenati, le quali, non solo perdurano nella immensa maggioranza degli uomini sotto forme sostanzialmente non dissimili, ma stanno anche pronte ad uscire dal loro stato di latenza e a ripresentarsi nella stessa loro forma primitiva. Queste « sopravvivenze » e questi « atavismi » nel campo mentale ci dànno ragione d'un gran numero di fenomeni psicopatici.

Considerata in via altamente sintetica, la religione insorge nella coscienza umana, fors'anco nell'animale, dalla percezione vaga dei rapporti, che la avvincono al rimanente dell'universo; essa è, dunque, un *sentimento di solidarietà cosmica*, un fenomeno essenzialmente sociologico (Guyau). Nel suo grado di supremo sviluppo, accessibile però a pochissime nature elette, la religione consta 1.° del concetto di un Tutto unitario come rappresentazione sintetica della Realtà (« monismo », filosofia scientifica), e 2.° del rispetto alle Leggi naturali come guida pratica della Vita (« migliorismo », morale scientifica). Ma quasi l' universale degli uomini si arresta ai gradi inferiori, dove i rapporti intracosmici e soprattutto i rapporti tra l'evento umano e gli altri eventi naturali vengono concepiti come rivelazioni ed effetti di influenze soprannaturali e di esseri più o meno antropomorfici, quasi sempre malefici e però temuti, sol di rado benefici e in allora venerati. Il timore e la venerazione verso l'Ignoto danno origine, nella sfera conoscitiva, alle credenze, alle superstizioni, ai miti, ai dogmi ed alle ipotesi filosofiche dualistiche e spiritualistiche (animismo); nella sfera pratica, ossia nella condotta individuale e sociale, dànno origine ai riti, alle cerimonie del culto e a tutti gli atti ispirati dalla intolleranza pei dissidenti dalla propria fede.

I.° Da ciò è facile arguire che la esaltazione e il pervertimento del sentimento religioso si mostreranno assai più spesso associati in modo tipico alla pazzia, che non la sua deficienza e diminuzione. Noi però dobbiamo distinguere due specie di condotta ultrareligiosa, a seconda che vi prevale il sentimento fondamentale di paura o quello di venerazione.

a. Nel primo caso abbiamo le forme *tristi e concentriche* di delirio religioso. L'infermo è preoccupato della collera divina; ha la previsione di immensi castighi durante l'esistenza terrestre, e la certezza delle pene infernali od esclusione dal

Paradiso durante la ultraterrena; è soggetto ad allucinazioni mistico-religiose generalmente terrifiche (fantasmi, acusmi); nel sonno è funestato da sogni, in cui dominano le combinazioni di imagini spaventose. Questi fenomeni psicopatici sono caratteristici delle pazzie melancoliche, dove molte volte l'infermo, avvertendo in sè stesso la depressione dell'energia volitiva ed affettiva, è atterrito dal pensiero che in lui viene affievolendosi il sentimento religioso (*non ama più Dio*, *non può più pregare*, ecc.). E in realtà le opere di culto esterno e di rito possono mancare, mentre è vivissima, anzi esagerata la rappresentazione dei doveri religiosi, come lo provano gli atti di inconsulto sacrificio (digiuno più o meno assoluto, mutilazioni, impulsi al suicidio, al libericidio, ecc.).

Non raramente negli stati psichici morbosi che si svolgono anche in persone colte, ma più facilmente in quelli delle personalità poco evolute, abbiamo la risurrezione del dualismo e del politeismo più grossolani: il malato dice di temere, di sentire anzi e di vedere il diavolo, i demonî, gli angeli ed ogni altra categoria di esseri ultraumani (demonomania). Di più, pare che la pazzia abbia il privilegio di far rivivere e di ingigantire via via tutti i pregiudizî e tutte le superstizioni (delirio di stregoneria, credenze nello spiritismo, nella rabdomanzia, nella chiromanzia, ecc.).

β. Nel secondo caso le manifestazioni sono *espansive:* il malato aumenta di fervore nell'adempimento dei suoi doveri religiosi (preghiere frequenti, segni di croce, genuflessioni), dà importanza esagerata a tutti gli oggetti di culto (emblemi, imagini sante), osserva con iscrupolo le prescrizioni ecclesiastiche (confessione auricolare, comunione, vespri, digiuni comandati, ecc.). Quando è un adolescente o un giovane che ci presenta questi fatti, dobbiamo sospettare la esistenza di quel delirio mistico-erotico, che tanto spesso accompagna le pazzie masturbatorie ed ebefreniche — Non raramente poi una condotta ultrareligiosa consimile è un preliminare significantissimo di una melancolia, massime periodica e puerperale, oppure fa parte dell'evoluzione di una paranoia con delirio megalomaniaco (l'individuo è *incaricato di dare esempio*, ha un'*alta missione da compiere*, deve *combattere l'eresia*, ecc.). — L'improvviso apparire di atti di culto e di manifestazioni

religiose precede assai di sovente lo sviluppo degli attacchi epilettici, e può anche tenerne le veci a guisa di equivalente psichico (Toselli): però non è questo altro che uno dei tanti effetti dell'automatismo psichico (Hurd).

Trattandosi di pazzia confermata, quasi sempre il fervore mistico, il pregare e il genuflettersi continuo, ecc. sono indizii di allucinazioni non altrimenti rivelate con la parola, ovvero dissimulate. Ma ancora più sicuramente allucinatorio è lo stato di estasi, in cui cadono certi infermi dopo averci detto di provare un senso di indefinibile beatitudine (voci soprannaturali e visioni celestiali della paranoia acuta).

Una condotta ultrareligiosa, dove le pratiche puramente esteriori implichino un dispendio sproporzionato di energia, e dove soprattutto prevalgano sentimenti ostili verso chi diversifica di fede e non si associa alle stesse pratiche esteriori, è costante indizio di idealità pervertita e di debolezza mentale. Il fanatismo, qualunque ne sia il motivo, contrassegna gli inferiori.

2.° L'assenza di ogni sentimento religioso accompagna naturalmente i gravi arresti di sviluppo mentale, e le dissoluzioni estreme della personalità. L'idiota rimane per tutta la vita un agnostico ed un ateo inconsapevole, perchè non è in grado di elevarsi a nessuna idea astratta: il demente, a sua volta, perde tutto ciò che la educazione e la convivenza avevano introdotto nel suo spirito. Ma in un buon numero di frenastenie e di deterioramenti cronici mentali si scorgono le apparenze grossolane della religiosità: l'imbecille, il degenerato, lo stesso pazzo morale, dànno una grande importanza alle cerimonie ed agli oggetti materiali di culto esterno, pur essendo incapaci di comprendere le alte idealità della religione. Così avviene che i vecchi dementi, inquilini inoffensivi del Manicomio, continuino per pura abitudine automatica a frequentarne la chiesa.

II. Il sentimento estetico occupa nella condotta dei pazzi pochissima parte, nè le sue alterazioni contribuiscono molto al diagnosisto delle anomalie e malattie mentali. Tuttavia, volendo completare l'esame psicologico sintetico, dovrà l'alienista informarsi anche del modo con cui l'inferme esercita l'attività ricreativa ed estetica.

Noi dobbiamo ricordare che di sentimento estetico nei suoi gradi inferiori e medii si manifesta coi piaceri dei grossolani soddisfacimenti fisici, dei giuochi, delle feste e dei riti religiosi, perchè rispondono ai bisogni puramente sensitivi e ad emozioni organiche. Nei gradi superiori esso si eleva sempre più verso la sfera ideativa, fino a trovarsi esclusivamente connesso coi piaceri cognitivi e con le emozioni intellettuali (acquisto di sapere, arte, godimento del sublime nelle bellezze della natura).

Ma il giuoco, la festa, il rito, lo spettacolo, implicano la spesa di un soprappiù d'energia e l'esercizio di una funzione vitale non sollecitata da bisogni generali dell'organismo: l'emozione estetica è, insomma, un dispendio che non cerca altro scopo che in sè medesima. Ora, nel pazzo le energie mentali sono per lo più assorbite dalle esigenze dei suoi bisogni immediati (stati di incompleta ontogenesi della personalità), oppure vengono consumate negli eccitamenti allucinatorii, nelle preoccupazioni morbose, nella ruminazione incessante del delirio, che trova in sè stesso il proprio alimento (stati di vesania e psicosi), e in ultimo sono a poco a poco esauste e distrutte (stati di demenza primitiva o secondaria). Questo ci spiega perchè nella grande maggioranza degli alienati sia scarsa o si abolisca ogni forma di attività ricreativa ed estetica.

Il melanconico e l'ipocondriaco divengono indifferenti alla musica, tralasciano le loro letture predilette, sfuggono dai piacevoli convegni, abborrono dai giuochi, non mettono piede nei teatri e caffè: se sono indotti a farlo, generalmente ne escono più angustiati e sfiduciati che mai. — Sono invece la diffidenza, le allucinazioni ed illusioni di carattere offensivo, e la tendenza a staccarsi dalla realtà esterna e ad isolarsi, le cause che allontanano il paranoico perseguitato o megalomane dai divertimenti. D'altra parte l'affievolirsi dello stesso potere di attenzione è ciò che toglie a poco poco al paralitico la capacità di trovare piacevole la percezione degli spettacoli naturali.

I piaceri estetici dei degenerati e di quella categoria di dementi incompleti, che formano il fondo perenne della popolazione di un Asilo, corrispondono in tutto all'imperfezione della loro mente, alla grossolanità e miseria della loro vita affettiva ed alla incapacità di elevarsi verso le sfere dell'astra-

zione. L'idiota, l'imbecille, il demente sentono appena, come il bambino, i piaceri del senso muscolare (tali sarebbero il getto di pietre, lo scuotimento ritmico del corpo, la lacerazione degli oggetti, ecc.). Il pazzo morale e l'epilettico esercitano la loro emotività estetica nei soddisfacimenti barbarici dei sensi inferiori (tavola, crapula); oppure nelle emozioni violente risvegliate dalla rappresentazione di un probabile danno altrui ed utile egoistico proprio guadagnato senza lavoro (giochi di azzardo). L'isterica va in cerca di « emozioni nuove », e nella sua anestesia morale parallela alla fisica cerca gli spettacoli strani o fanciullescamente varii.

Se poi vogliamo considerare le estrinsecazioni inventive derivanti dal sentimento estetico, tutte le produzioni artistiche dei pazzi hanno, come vedemmo, note caratteristiche di inferiorità nelle sopravvivenze e negli atavismi della tecnica e della forma (cfr. § 99).

CAPITOLO QUINTO

I DISTURBI ELEMENTARI DELLA PSICHE.

[Semiotica analitica].

ARTICOLO I.

Generalità sull'analisi della mente.

111. **Analisi delle funzioni psichiche nello stato normale e patologico.** — Quando ha raccolto tutti i dati ejettivi che possono fornirle l'aspetto esteriore, il linguaggio e la condotta dell'alienato, la Semejotica psichiatrica ha adempiuto al proprio còmpito. Ora non resta che classificare e coordinare i materiali da essa raccolti in conformità d'uno schema analitico delle funzioni psichiche, il quale permetta all'alienista di stabilire in che consistano gli effetti indotti dall'anomalia o malattia mentale nell'insieme sistematico degli elementi costitutivi della personalità. Questa classificazione e questo coordinamento dei dati semejotici diventano poi la Sintomatologia generale e speciale della pazzia.

La pazzia, al pari della vita psichica normale, comprende tre categorie radicalmente distinte di fenomeni psicologici, e sono:

a) sentimenti
b) pensieri
c) volizioni

} morbosamente alterati ed aberranti nel loro processo formale o nel loro contenuto.

Se vi è manifestazione morbosa dell'attività cerebrale d'un alienato che non entri in nessuna delle tre qui indicate categorie di fatti psichici, essa non concerne

propriamente la psicologia patologica, ma la fisiopatologia della comune sfera di innervazione.

Anche l'esordiente in questo genere di studî clinici è in grado di differenziare le tre categorie di fenomeni psicopatici. Se un alienato ci si mostra immerso in un profondo inconsolabile rammarico, o allietato da un'irragionevole gioja, noi sappiamo subito riconoscere un sentimento morboso, ossia un disturbo dell'affettività. Se lo stesso alienato non sa più ricordare il proprio nome e lo sostituisce con un altro, oppure se continuamente manifesta la stessa idea erronea, noi riconosciamo in lui un pensiero morboso, ossia un disturbo dell'intelligenza. In fine, se lo vediamo giacere silenzioso nell'immobilità più completa o improvvisamente lanciarsi a colpire chi passa, riconosciamo in lui la mancanza di volizioni od una volizione morbosa, cioè un disturbo della volontà. Così potremo dire che la pazzia si manifesta sempre con stati e con operazioni abnormi delle tre fondamentali attività della mente.

Occorre però osservare che solo a prima vista i fenomeni morbosi di sentimento, di intelligenza e di volontà sono separabili tra di loro, e che solo per artificio scolastico vengono descritti a parte. Si vegga, ad esempio, un'allucinazione: è forse possibile averne un concetto preciso, se la si priva del sentimento aggradevole o penoso che sempre la accompagna, o se la si scinde dai suoi immancabili effetti nella sfera dell'attività motoria? Lo stesso dicasi di un'illusione, di un'idea fissa, d'un delirio, d'un impulso morboso. Come le funzioni psichiche normali hanno fra loro relazioni inseparabili, e sempre cooperano insieme, così anche ciascun fenomeno psicopatico contiene i tre elementi fondamentali della mente, un elemento affettivo, un cognitivo ed un conativo. È diversa soltanto la proporzione, con cui ciascuno dei tre partecipa alla formazione ed allo sviluppo di un dato evento o stato psicopatologico. Nella

paura istintiva che angustia e concentra il melancolico, e nel buon umore che fa espandere il maniaco in esclamazioni rumorosamente cordiali, è il colorito affettivo che prevale sul contenuto rappresentativo; ma questo esiste sempre, sia pure in forma vaga e fluttuante, ed è dato da immagini ed idee tristi o liete a seconda del caso. Altrettanto può dirsi di un delirio persecutorio o fastoso. Qui prevale, senza dubbio, l'elemento rappresentativo sull'affettivo, ma se il secondo ha meno vivacità del primo, non è però assente: l'idea di persecuzione è accompagnata da una dolorosa disposizione dell'animo, come quella di grandezza o di ricchezza è sempre il rivestimento allegorico d'una eccessiva euforia. Nè meno evidente è il nesso intimo fra un impulso volitivo abnorme, il suo tono emotivo e il suo nucleo ideomotorio.

a) La triplice spartizione dei poteri psichici o per parlare più correttamente, degli stati di coscienza, in *intellettuali*, *affettivi* e *volitivi*, fu introdotta in Psicologia verso la metà del secolo scorso dalla scuola di WOLFF, specialmente da MENDELSSOHN e TETENS, venne consolidata dall' autorità di E. KANT, ed è ora ammessa generalmente da tutti gli psicologi moderni più autorevoli (cfr. SULLY, *The human Mind*, 1892, vol. I, pag. 59; vol. II, p. 327). Reputo inutile dichiarare le ragioni, per le quali, sull'esempio dei migliori trattatisti di psicopatologia, io pure l'ho adottata: debbo però dire che ho meco stesso dibattuta a lungo questa intricatissima questione, e per prima cosa ho studiate più di *ottanta* opere recenti di psicologia normale e patologica, onde trovarvi una classificazione che, meglio di quella classica, rispondesse al concetto odierno dell'evento psichico. Questo concetto, lo si sa, è essenzialmente unitario (G. MILL, LEWES, BROWN, E. SPENCER, BENEKE, LOTZE, ARDIGÒ, HORWICZ, LIPPS, ANGIULLI, STRÜMPELL, SULLY, ecc.), tanto è vero che certi filosofi riducono tutti i fatti mentali alla rappresentazione (scuola di HERBART), che alcuno li riduce al tipo fondamentale del sentimento

(Horwicz), laddove altri, finalmente, li riducono a volizione (Schopenhauer) o a desiderio (Wundt).

Ma, anche senza ammettere questa unità originaria dei fenomeni mentali, è certo che in ogni fatto di coscienza esistono tre elementi: — 1.° un discernimento qualunque, per cui l'animale avverte i suoi cangiamenti di stato (germe della rappresentazione e dell' intelligenza); — 2.° un benessere o malessere qualunque, per cui l'animale non è indifferente agli ora indicati cangiamenti (germe dell' emozione e del sentimento); — 3.° una reazione qualunque, tendente ad allontanare la causa del malessere e ad avvicinare quella del benessere (germe dell'appetizione e della volontà). Non v'è adunque separazione possibile, salvo per via astratta, fra il sentire, il rappresentare e il volere, poichè, come scrive R. Ardigò, « le facoltà affettive, rappresentative e volitive non sono che combinazioni dei medesimi elementi » (*La Psicologia*, 3.ª ediz. 1881. p. 181). Il rappresentare si risolve in un sentire e ricordare le impressioni esterne od interne nella loro qualità, il sentimento in un sentirle nella loro quantità, il volere in un sentire lo sforzo di movimento, che è poi una forma particolare di impressione interna (senso cinesiodico). Sensazione e movimento sono, insomma, i due poli estremi di un arco diastaltico, sia pure complicato, ma pur sempre non dissimile dal reflesso nerveo iniziale; e lo schema più semplice della funzione nervosa è anche lo schema più semplice della funzione psichica (Horwicz). Ond' è, che sotto il punto di vista fisiopsicologico, noi dovremmo considerare due lati soltanto dell'attività mentale, il recettivo o afferente e l'esecutivo o efferente, ciò che dicesi *estesia* ed *ergasia* (cfr. § 74, p. 125, § 75, p. 149 e seg.). Pertanto sarebbero distinguibili due gruppi soli di « facoltà » o, meglio, di « poteri mentali », l' intellettuale o cognitivo, e l'attivo o conativo (« *conation* » degli Inglesi). Nel primo si dispongono la presentazione, la ripresentazione e l' integrazione degli elementi primi e sensibili, cioè sensazioni, percezioni, ricordi, imagini, idee semplici generali ed astratte colle loro associazioni in concetti, in giudizî e ragionamenti; nel secondo si dispongono il sentimento di sforzo e l'attuazione, cioè emozioni, istinti, sentimenti, tendenze appetitive, volizioni, movimenti di azione e di reazione.

Su questa base, già intravvista da REID, psicologi valentissimi hanno già cominciato a descrivere i fenomeni normali della mente (es. G. MILL, MAC COSH, JERUSALEM, SPITTA, VARONA, BALDWIN, LADD . . .), come alcuni alienisti da più anni tentano di fare per quelli patologici (es. FALRET; FLEMMING; ARNDT; io stesso nel mio insegnamento clinico fino dal 1883; WERNICKE sotto un certo aspetto nella sua comunicazione, *Ueber die psychiatrische Symptomenlehre*, al Congresso alienistico di Breslavia nel 1891; e più recentemente lo ZIEHEN nella sua *Psychiatrie*, 1894). Ma le difficoltà di coordinare nel senso ora accennato il ricchissimo materiale psicologico, e in particolar modo di coordinarlo in forma chiara ed accessibile, sono immense. Dovremmo, anzi tutto, modificare tutto il linguaggio scientifico della Psicologia normale e, di conseguenza, quello della Psichiatria; dovremmo poi trascurare quasi tutto il lavoro degli alienisti precedenti, perchè compiuto sulla distinzione classica dei tre poteri dello spirito; dovremmo, quindi, rifare dalle fondamenta l'edifizio nosografico delle malattie mentali, e con ciò effettuare le nostre indagini semeiotiche in una direzione affatto nuova ed insolita, che ci lascierebbe in una posizione isolata e troppo personale rispetto alla odierna e comune *praxis* psichiatrica. Non rinunzio certo a entrare in questa via, se avrò agio di svolgere meglio e con maggiore ampiezza le mie idee (in un futuro *Trattato clinico delle Malattie Mentali*). Ma per adesso, dovendomi rivolgere a medici e a studenti che esordiscono in questi studî, ho preferito parlar loro un linguaggio non troppo lontano dalle più diffuse conoscenze psicologiche, quali risultano dalla istruzione detta filosofica delle scuole classiche secondarie; e così mi sono attenuto ad un piano eclettico o intermedio, che a molti, ciò nonostante, parrà anche troppo diverso dal consuetudinario modo di raccogliere e considerare i segni ejettivi della pazzia.

b) Per comprendere in qual modo sia possibile una classificazione dei fenomeni psicopatici in rapporto con quella dei fatti normali, analizziamo tutte le fasi del processo psichico.

1.° Un senso, supponiamo la vista o l'udito o il tatto ecc., è colpito dalla impressione di un oggetto luminoso o di un suono o di una puntura (sensazione);

2.° Il senso trasmette la impressione ricevuta all'organo centrale con una intensità sufficiente per risvegliare l'attenzione (presentazione);

3.° L'individuo discerne che è avvenuto un cangiamento nel suo stato subbiettivo o di coscienza, e l'attenzione, fissandosi su di esso, vi avverte l'effetto di un'impressione visiva o acustica o tatto-dolorifica (percezione);

4.° La percezione del momento richiama le tracce di altre consimili, con cui viene paragonata e, ove sia del caso, identificata o differenziata: così l'individuo riconosce la natura dell'impressione (ricognizione);

5.° Il processo ora indicato di identificazione o differenziamento è stato possibile solo perchè ciascuna sensazione precedente si fissò, lasciò una traccia o un ricordo negli elementi nervosi (memoria ritenitiva o conservativa);

6.° Questa traccia potè essere rievocata e ripresentata alla coscienza in forma di rimembranza (memoria evocativa o ripresentativa, ripresentazione);

7.° Ogni ricordo desta le traccie delle percezioni, che furono ricevute insieme o successivamente, oppure che hanno affinità: tutti questi ricordi, associandosi, permettono all'individuo di rappresentarsi alla coscienza l'evento esterno o interno già provato sotto forma di imagini più o meno vivaci e più o meno esatte (imaginazione riproduttiva);

8.° Possono però le imagini non riprodurre soltanto g eventi passati, ma combinarsi in varia guisa fra loro e da origine alla rappresentazione di eventi nuovi e possibili (imaginazione costruttiva, fantasia);

9.° Le imagini vengono associate e combinate secondo i loro rapporti di successione, di contiguità, di simiglianza o differenza; e ne nascono aggruppamenti sempre più larghi, che diventano poi le idee concrete, generiche e astratte (ideazione);

10.° Queste idee sono fra di loro confrontate, assimilate e disassimilate, e così formano il materiale delle più elevate operazioni dell'intelligenza (giudizio, raziocinio);

11.° Intanto ogni modificazione nello stato degli organi ed ogni impressione sensoriale hanno una tonalità affettiva, forse per riguardo all'integrità dell'organismo, di modo che risultano o piacevoli o dolorose (affettività fondamentale, emotività);

12.° Il tono affettivo, che accompagna ogni percezione, si riproduce ad ogni sua ripresentazione, sia essa semplice o combinata, sia in forma di ricordo, di imagine o di idea (emotività rappresentativa, sentimenti concreti e astratti);

13.° Il piacere e il dolore connessi ai fatti percettivi e rappresentativi implicano uno stato di tensione dei centri nervosi, che dovrà scaricarsi per le vie centrifughe in movimenti attrattivi o ripulsivi rappresentantisi alla coscienza (appetitiva, tendenze e desiderî);

14.° L'esecuzione dell'atto di attrazione o di ripulsione è accompagnato da un senso di sforzo, che avvertito, dalla coscienza dell'individuo, gli appare come effetto di una sua deliberazione spontanea (volontà, volizioni con scelta).

In tutta questa successione di fasi mentali le prime dieci costituiscono il lato intellettivo del processo, la undecima e duodecima il lato affettivo, le due ultime il lato volitivo.

Ma i fenomeni funzionali del cervello per divenire fatti psichici debbono avere una qualità sola, generale: essere, cioè, coscienti (cfr. § 64). La coscienza implica tre condizioni: 1.° occorre che abbia luogo la presentazione di un oggetto per parte dei sensi o per parte dei depositi di imagini, e che la attenzione, fissandosi su di esso, discerna lo stato di differenza in cui sono entrati i centri nervosi; 2.° occorre che il medesimo fenomeno presentativo si riproduca ogni qualvolta i centri nervosi riassumono il già avvenuto stato di differenza; 3.° occorre che il fenomeno così ripresentato risvegli quelli con cui fu percepito la prima volta, giacchè una impressione isolata non è cosciente, e ciascuna percezione anche semplice è una sintesi di piccole modificazioni nervose (HELMHOLTZ). Adunque, la discernibilità, la rievocabilità e la concrescibilità sono le caratteristiche comuni ad ogni fatto psichico, sia esso di intelletto, sia di sentimento, o sia di volontà: e, prima di analizzare nell'alienato i tre tipi fondamentali dell'attività mentale, dovremo compiere un esame d'in-

sieme sulle funzioni generiche di discernimento, di memoria e di associazione.

112. **Classificazione dei disturbi psichici elementari.** — Volendo disporre i dati ejettivi raccolti dalla semiotica sintetica, e aggiungervi quelli che ulteriormente potranno essere ottenuti coi processi tecnici peculiari della semiotica analitica, avremo quattro grandi gruppi di disturbi psichici elementari della pazzia.

A) L'esame psicologico analitico dell'alienato considera, in primo luogo, lo stato generale dell'attività psichica, cioè le condizioni morbose della coscienza, alle quali potremmo dare il nome di DISSINESIE o PARASINESIE (da *σύνεσις*, consapevolezza o coscienza, *sensus*).

La coscienza può essere perturbata in varî modi. Anzi tutto, per rispetto alla sua *intensità*, che è data dalla maggiore o minore acutezza con cui il discernimento si effettua nel « punto di mira della coscienza »: e qui troveremo le difficoltà, le sospensioni e i disordini del potere di attenzione. — Secondo, per rispetto alla sua *chiarezza*, e questa dipende dalla forza, che raggiungono le singole sensazioni e categorie di sensazioni per superare la « soglia della coscienza »: qui si collocheranno gli stati di sublucidità, obnubilazione, oscuramento e assentamento. — Terzo, per rispetto alla sua *estensione*, che è dovuta al numero maggiore o minore di fatti percettivi e ripresentativi, che possono entrare nel « campo della coscienza »: e qui si troveranno allargamenti e restringimenti. — Quarto, per rispetto alla sua *integrazione*, dipendente da ciò che i fatti psichici tendono a combinarsi e a disporsi in sistemi particolari a ciascuna individualità, i quali vanno dai più infimi ai più alti, cioè da « personalità inferiori » alla « pesonalità cosciente »: e avremo in questa fenomeni

di disgregazione spontanea o morbosa, e di disgregazione indotta o artificiale. — Quinto ed ultimo, per rispetto alla sua *continuità*, in quanto la coordinazione dei fenomeni psichici nel tempo e nello spazio dà origine al sentimento ed all'idea dell' identità personale, cioè alla « coscienza dell'io »: e qui si incontreranno i cangiamenti, le alternative, gli sdoppiamenti e le sostituzioni metaboliche della personalità.

B) L' esame riflette, in secondo luogo, le condizioni morbose dell'attività del percepire ed intendere, o *intelletto*, cioè le DISNOESIE. Queste sono, intanto, assai differenti fra loro.

1.° Le une riguardano l'ingresso degli stimoli sensitivi e sensoriali nell' arco psichico, cioè la presentazione, e dànno luogo alle *Disestesie.* — Il pazzo può offrire esagerazione, diminuzione, scomparsa e pervertimento delle singole categorie di sensazione, vuoi organica o interiore, vuoi specifica o esteriore. Sono i disturbi che designiamo in clinica come *iperestesie*, *ipoestesie*, *anestesie* o *parestesie;* esse possono essere sistematiche o parziali, localizzate o generali, e noi le esaminiamo studiando la sfera di innervazione (cfr. Vol. I, § 56-60).

2.° Più caratteristiche della pazzia sono le condizioni morbose, che concernono la ricognizione, cioè la facoltà di percezione: essi originano le *Disgnosie.* — Il pazzo va soggetto ad errori di localizzazione, di identificazione e di interpretazione dei suoi percetti, ad *illusioni sensoriali e cenestetiche.* Nel più dei casi questi errori dipendono direttamente dallo stato patologico dei centri psichici, cioè da confusione e restringimento della coscienza, da difetto d'attenzione, da prepercezione involontaria dovuta al contenuto dell'imagini ed idee; altre volte, invece, vengono determinati dalle condizioni pa-

PRÉSIDENCE DU SÉNAT
BIBLIOTHÈQUE

tologiche dei nervi ed apparati specifici di senso o da quelle generali dell'organismo.

3.° Il terzo gruppo di disnoesie riguarda le facoltà di ripresentazione dei percetti, le quali comprendono il potere di conservare e rievocare i ricordi, e il potere di rappresentarsi alla coscienza l'evento percettivo in forma di imagini.

α. Nel primo caso, si perturba la così detta facoltà di ricordare, la memoria, o, meglio, si perturbano le varie memorie, e si hanno le *Dismnesie*. — Tali sono l'affievolimento e la perdita del potere evocativo dei ricordi, cioè della memoria attiva, ovvero anco la esagerazione del normale processo di evanescenza delle imagini, l'obblio. Ne provengono l'*amnesia retrograda* generale o parziale, la sistematica o asistematica secondo che riguarda o no qualche speciale categoria di ricordi, la progressiva oppure la periodica e lacunare. — Tali son pure l'esagerazione della memoria stessa evocativa, vale a dire l'*ipermnesia;* e il pervertimento dei ricordi, le illusioni e allucinazioni della memoria, cioè la *paramnesia*. — In altri casi, e quasi sempre associata coi disturbi della memoria attiva o evocatrice, si osserva la debolezza e scomparsa totale o parziale del potere ritenitivo, cioè della memoria passiva o conservatrice di fissazione: donde l'*amnesia anterograda*.

Se si pensa che l'attività del ricordare è in rapporto diretto con la coscienza, e che i ricordi costituiscono la base del sentimento e del concetto della propria personalità, che è poi la « coscienza dell'io » uno ed identico, si vedrà come le dismnesie siano un fattore di primissima importanza nella psicopatologia (cangiamenti, alternative, sostituzioni e metamorfosi della personalità).

β. Nel secondo caso si tratta di perturbamenti nella facoltà di imaginazione riproduttiva, che possiamo designare come *Disfantasie*. — Esse dànno luogo

a fenomeni importantissimi nella semeiotica del pazzo. Debbono, invero, essere posti in questo gruppo i fenomeni di sovreccitazione del potere rievocativo delle diverse imagini sensoriali e motrici, cioè della visione, udizione, olfazione, gustazione e cinestesi mentali, donde quelle che diconsi *allucinazioni*. Esse rimangono ben di rado allo stato elementare di imagini semplici: il più spesso si combinano fra di loro, e si presentano in forma di associazioni erronee di imagini o illusioni psichiche. — Segnaliamo anche le allucinazioni della veglia, concernenti ora categorie isolate ed ora gruppi associati di imagini; le allucinazioni del semi-sogno e della semi-veglia, cioè i curiosi fatti ipnagogici; le ossessioni allucinatorie; e in ultimo, le impulsioni allucinanti, che strettamente si risolvono in forti idee motrici di atti particolari.

4.° Il quarto gruppo di disordini intellettivi riguarda le più elevate attività del pensiero, che consistono nell'ideazione, cioè il concepire, il giudicare od inferire, e il ragionare, e si hanno le *Dislogie* propriamente dette, di cui raccogliemmo già le manifestazioni nel linguaggio parlato, grafico e raffigurativo (cfr. retro, §§ 93-98). — Qui si collocano, da prima, la povertà originaria dell'intelligenza, l'insufficiente sviluppo nel potere associativo delle imagini, e quindi nel concepire ed ideare. — Vengono poi le idee fisse incoercibili, il più spesso con un efficacissimo contenuto ideo-motorio, e però coartanti; i concetti morbosi e gli stati di dubbio nella credenza; le costruzioni fantastiche di imagini ed idee non conformi alla realtà riconosciuta e non suscettive di correzione e di governo inibitorio: in altre parole, quei delirii specifici che si vanno sistemando quasi sempre la mercè di percezioni illusorie ed allucinatorie attorno ad un primo nucleo di associazioni erronee. — Segue la serie delle disnoesie

più gravi: le perversioni della logica, cioè i giudizii imperfetti, i ragionamenti sofistici e contorti conforme al sentimento morboso che predomina, le illazioni desunte il più di sovente su rapporti formali e non su rapporti concettuali; gli stati di errore cristallizzatisi nella credenza; la scarsa o diminuita capacità di astrazione; e finalmente il dissolversi dei concetti fondamentali di tempo, di spazio e di causa, massime per quanto concerne la rappresentazione unitaria dell'io o il concetto e sentimento della personalità.

C) L'esame analitico psicologico prende poi di mira (e in moltissimi casi deve cominciare anzi da queste) le alterazioni della seconda funzione fondamentale psichica, che è l'attività di sentire o *sentimento*, cioè le DISTIMIE. — Il pazzo è precisamente tale, perchè sente diversamente dal sano. Egli ora è in preda ad un senso morboso di malessere e di dispiacere, che ne modifica e ne inacidisce l'umore (*iperalgia* psichica, irritabilità, ansietà, angoscia, pessimismo); ora è in preda ad un senso pure morboso di benessere e di piacere, che lo eccita e lo perverte (*iperedonia* psichica, psichedonia, ottimismo). — La sua emotività soggiace a rapide variazioni, oppure è accresciuta o diminuita (umore volubile ed impressionabilità, parestesie del senso organico): spesso insorgono dall'incosciente stati emotivi incoercibili, per lo più di carattere penoso (irritabilità, panfobia, fobie specifiche). — Il tono dei suoi sentimenti, ciò che si chiama il « sentimento generale », è ora esagerato e ora depresso (*ipertimia*, *ipotimia*), ora deficiente dalla nascita ed ora affievolito (*anatimia*, analgia e anedonia psichica). — I singoli sentimenti egoistici, ego-altruistici, religiosi, ecc. sono esagerati, o scoloriti, o pervertiti, o disarmonici fra di loro (*disestesie affettive*, *affetti patologici*, *passioni morbose*). Ordinariamente hanno il

predominio nella sfera affettiva i sentimenti di origine organica (istinti, specialmente il sessuale o genesico). — Da ultimo, il senso etico o non si svolge con sufficiente energia di inibizione sulle tendenze inferiori, oppure si perturba, si oscura, si abolisce, conforme allo stato patologico dei centri cerebrali (inconsapevolezza e anestesia morale).

D) L'esame riflette, in ultimo luogo, le condizioni morbose dell'attività di conazione o *volontà*, le quali si rivelano con le DISBULIE. — Tali sono la intensione morbosa o la diminuzione del sentimento dello sforzo; la diminuzione o la soppressione dell'energia volitiva, che si designano come *ipobulia* ed *abulia;* e l'eccesso di certe inibizioni e dinamogenie particolari, che potremmo dire *iperbulia* e *parabulia*. — Entrano in questo gruppo la dissoluzione delle antiche abitudini e la formazione di altre nuove e contrarie sotto l'influenza dei cangiamenti morbosi di sentimento e di ideazione: così viene modificato il *carattere*, che è l'espressione dall'insieme sistematico delle tendenze personali. — Da ultimo, come fenomeno di lesa volontà, l'alienato ci rivelerà le interferenze nel potere appercettivo indotte da determinate imagini e rappresentazioni di movimenti e di atti, ossia le *impulsioni* inconscie e subconscie, che nascono per eccitazione dell'attività reflessa o per automatismo dei centri motorî corticali, subcorticali, bulbari e spinali.

Si può chiedere se la distribuzione dei fenomeni psicopatici elementari, da noi qui operata in conformità delle tre funzioni fondamentali psichiche, corrisponda alle fasi successive della innervazione, intendiamo dire alle due direzioni della corrente nervosa, che costituiscono l'arco diastaltico, la afferente e la efferente (cfr. Vol. I, § 56 e Vol. II, § 6).

Se guardiamo alla qualità generale dei fatti psichici, alla

« coscienza », è indubitabile che il discernimento risponde alla proprietà della sostanza nervosa di modificarsi in seguito a stimoli, ossia alla *sensibilità;* che la ripresentazione dei percetti è connessa ad un'altra proprietà della sostanza stessa, la quale conserva le traccie delle modificazioni sofferte, ossia possiede la *memoria organica* (HERING); e infine, che la associabilità e integrazione dei fatti psichici è l' effetto della scarica di tensione della sostanza stessa, ossia della *motricità.* Questa ultima forma di equipollenza tra il fatto fisiologico e il fatto psichico si comprenderà facilmente, quando si consideri che se la scarica si porta per le vie centrifughe verso un muscolo, essa è seguita da un *movimento esterno;* se però si porta verso altri elementi individuali del sistema nervosc, cioè verso altri « neuroni », essa li fa entrare in funzione, e quindi può dirsi seguita da un *movimento interno.* In altri termini, l'integrazione psichica, che avviene lungo e mediante le vie di associazione, è l'equivalente del nesso anatomo-fisiologico, per cui lo stimolo sensitivo si trasforma in movimento nelle vie di *projezione.*

Ma se guardiamo alle tre categorie generalmente ammesse di fatti psichici — cognizioni, emozioni, volizioni —, troveremo che la divisione psicologica della attività cerebrale non corrisponde in tutto alla fisiologica; e questo è dovuto in particolar modo alla posizione speciale del sentimento, che è da un lato sensazione, dall'altro impulso motorio. Di più, ciascun fatto intellettivo e affettivo implica attenzione, e quindi sforzo di volontà. Ma l'attenzione è movimento, o, meglio, inibizione di movimento, e con ciò il fattore afferente di motricità entra, non solo in ogni fenomeno di sentimento e di tendenza, ma anche in ogni fenomeno di intelligenza, ad onta che questa sembri riguardare solo il lato sensorio o afferente del sistema od arco nerveo (sensazione e sue trasformazioni). Scrive bene il LIPPS: « l'attenzione è uno sforzo, che regola il passaggio fra volontà e rappresentazione », e che, io aggiungo, unifica tutti i fatti di coscienza.

Quanto alla posizione, forse per taluni nuova ed insolita, che io assegno nella semiotica analitica ai disturbi di coscienza, dirò che, secondo un buon numero di autorevoli psicologi odierni, specialmente della scuola associazionistica cu

o mi ascrivo (SULLY, THOMSON, MURRAY, BALDWIN, JAMES, WARD, LADD . .), lo studio della coscienza deve precedere quello delle tre categorie fondamentali di fatti psichici.

ARTICOLO II.

I disturbi generali di coscienza.

(Dissinesie).

113. **Esame dello stato generale di coscienza.** — Sono cinque le operazioni investigatorie che l'alienista può compiere sulla coscienza del pazzo: egli ne esamina l'intensità, la chiarezza, la estensione, l'integrazione e la continuità unitaria.

I. L'intensità della coscienza si apprezza e si misura sul fondamentalissimo *potere di attenzione,* senza del quale, come dicemmo, non esiste fenomeno psichico. E invero l'intelligenza, il sentimento e la volontà, in quanto sono fasi vive e distinte della vita mentale, implicano che l'individuo discerna le proprie modificazioni subbiettive, siano pur queste di natura morbosa, le ricordi e le associi.

a) Dal punto di vista del discernimento, noi esaminando un pazzo diremo che esso è dotato di attenzione quando il suo spirito può dirigersi attivamente verso ogni oggetto che gli si presenti, vuoi dal suo interno vuoi dal mondo esterno. Questa direzione attiva dell'io altro non è se non la concentrazione della coscienza in un punto, che dicesi « punto di mira o di fissazione ». Sotto tale riguardo il pazzo può offrirci i gradi seguenti di attenzione: — 1.° *mancanza assoluta di attenzione* (« *aprosessia* »): caratterizza gli stati mentali più gravi, quelli in cui è profondamente turbata, confusa, oscurata e sospesa la coscienza; — 2.° *disattenzione* o *distrazione* (« *ipoprosessia* »): è la condizione più comune dei pazzi, perchè la loro mente

è concentrata sugli elementi morbosi, che occupano il punto di mira o invadono il campo della coscienza persistendovi a lungo, così che questa deve compiere uno sforzo per rivolgersi a nuovi stimoli; — 3.° *attenzione involontaria*: è lo stato per così dire di indifferenza, quando gli stimoli vengono percepiti senza che la mente vi sia interessata, ed il processo appercettivo sembra effettuarsi quasi automaticamente: molti stati di depressione e di indebolimento mentale ci presentano questo automatismo semiconsapevole di reazione agli stimoli; — 4.° *attenzione volontaria*, che è al tempo stesso stato attivo, perchè si dirige la coscienza verso un punto determinato, e stato negativo perchè si inibisce ogni altra sorta di presentazione e ripresentazione: questo potere è mantenuto nelle forme lievi e iniziali di vesania, in un gran numero di psicosi degenerative, e in molti deterioramenti incompleti primitivi e secondari; — 5.° *attenzione aspettante* (« *iperprosessia* ») quando la coscienza del pazzo è in attesa di fenomeni, che non sono gli attuali, ma son preveduti o temuti: ed è in questo stato che troviamo per lo più gli illusi e gli allucinati.

b) Sotto il punto di vista della rievocabilità e associabilità dei fatti di coscienza, noi dovremo esaminare se l'alienato offra l'una o l'altra delle seguenti condizioni: — 1.° *spontaneità automatica:* l'individuo sembra capace di rispondere con una reazione ad uno stimolo, ma qui siamo sempre fuori dei limiti del campo di coscienza: che è quanto dire, che la reazione si effettua per reflesso semplice o per automatismo senza essere accompagnata da coscienza; — 2.° *attenzione semplice*, con cui appena si esce dalla sfera del subconsciente: negli alienati affetti da stupore o da demenza profonda un dato stimolo è percepito, portandosi così per lo meno nel campo, se non nel punto di mira della coscienza, ma la percezione resta isolata e, non evocando ricordi od associazioni interne, spesso è neppur ricono-

sciuta; — 3.° *attenzione con discernimento:* l'alienato differenzia i proprî stati elementari di coscienza, siano essi emotivi o rappresentativi, riconosce ed apprezza i singoli percetti, e reagisce in conformità della loro natura; — 4.° *attenzione con discernimento e scelta:* l'alienato non solo differenzia le percezioni, ma è in grado di operare una cernita fra gruppi multipli di percetti e fra reazioni motorie diverse; — 5.° *attenzione con associazione passiva:* l'attenzione si esercita portandosi successivamente sulle imagini, idee e tendenze, che si rappresentano automaticamente alla coscienza; — 6.° *attenzione con associazione attiva:* qui il potere di attenzione è massimo, perchè si ferma solo su determinate imagini, idee e tendenze eliminando tutte le altre.

Se ora vogliamo apprezzare e misurare il potere di attenzione dell'alienato, dovremo rifarci ai metodi di indagine psicologica, che abbiamo riassunti nella introduzione di questo Volume (§ 69, p. 80-87).

A) Applicando i metodi di osservazione semplice studieremo: α. prima di tutto, i dati puramente descrittivi, quali sono il contegno durante l'esame, la fisonomia e mimica, il rispondere con più o meno sollecitudine e con maggiore o minore congruenza alle domande, l'eseguire ordini comandati, l'atteggiarsi passivamente, il moversi e l'agire spontaneo, lento o stentato, e simili. E noi trovammo già che l'esercizio dell'attività mentale ha le sue particolari espressioni (§ 83), e che dalla loquela ci era possibile desumere lo stato di lucidità, sublucidità, oscuramento e sospensione di coscienza (§ 94).

β. Di poi, usando il procedimento logico di comparazione, ci converrà non solo confrontare lo stato presente dell'infermo con il passato (pel che varranno i dati anamnestici), ma guardare pur anco il suo contegno nei varii momenti della esistenza e nelle varie fasi di malattia. Invero, in molti stati patologici dei centri nervosi la coscienza va soggetta ad oscillazioni e ad alternative di intensità e chiarezza, in particolar modo a perturbamenti transitorii, che sono di suprema im-

portanza pel diagnostico. In tutti i casi ci occorrerà fare un' indagine minuta sulla *coscienza del tempo* e *del luogo* (vedi più innanzi).

B) Risultati di ben più alto valore scientifico ci forniranno i metodi sperimentali, se avremo agio di applicarli. Non tutti gli infermi di mente si prestano, senza dubbio, alle delicate investigazioni psicofisiche e psicometriche, giacchè in massima si esigerebbe la conscia cooperazione del soggetto; di più l'uso di tali metodi implica ricerche lunghe e pazienti, che al medico pratico non sono permesse. E forse questo sarebbe il motivo che mi giustificherebbe se ne tacessi; ma io penso invece che la semeiotica psichiatrica, se vorrà uscire dall'empirismo e diventare propriamente scientifica, dovrà presto o tardi porsi con risolutezza per questa via, che fin qui fu da lei ben poco e quasi timidamente tentata.

a) La indagine psicofisica consta essenzialmente di ricerche sulla sensibilità. L'esame delle funzioni di senso è forse il solo veramente utilizzabile negli alienati, e noi ne parlammo ampiamente nel primo Volume (§§ 56-58). Coi dati estesiometrici concernenti le varie forme di sensibilità specifica, la tattile, la termica, la barica, la algo-elettrica, la visiva, la acustica, ecc. noi potremo apprezzare lo stato della coscienza d'un certo numero di pazzi sotto i tre aspetti seguenti: — 1.° *misura del rapporto fra la intensità della eccitazione e quella della sensazione* (« legge di Weber e di Fechner »): viene apprezzata mediante le contrazioni muscolari, che seguono a stimoli di intensità variabile; — 2.° *misura del valore della soglia e dell' altezza di eccitazione* (« legge di Wundt) »: si calcola sulla sensazione minima, che può venire percepita e sulla massima che può essere definita; — 3.° *misura dell'equilibrio di tensione* (« legge di Delboeuf »), che si potrebbe calcolare sul tempo necessario a che gli organi e centri percettivi, esauriti da una prima eccitazione, impiegano per rimettersi in grado di rispondere con esattezza alla eccitazione successiva.

Le due indagini sul minimo di eccitazione necessario perchè si produca una sensazione cosciente e sulla tensione dell'attenzione, si collegano strettamente: esse ci forniscono la misura della *durata possibile di un atto isolato di atten-*

zione. Anche nei normali l'attenzione passa attraverso fasi continue di concentrazione e di rilassamento, fasi che sembrano sottoposte alle leggi del ritmo (MÜNSTERBERG). Il mezzo più semplice per mettere in rilievo queste oscillazioni consiste nel sottoporre il soggetto alla « sensazione-limite », ossia allo stimolo minimo, che segna la soglia di coscienza. Per esempio, si può approfittare dell'estesiometria elettrica (cfr. Vol. I.°, p. 378). Facendo passare per due punti vicini della pelle una corrente faradica sì debole da essere appena percettibile, si vedrà che di quando in quando essa non viene percepita, e ciò perchè la tensione dei centri appercettivi si esaurisce. Lo stesso fatto di stanchezza ritmica si può studiare nella percezione visiva mediante l'esplorazione campimetrica (cioè con un perimetro). Nei normali la durata delle oscillazioni di attenzione è di secondi 2.″5 per le sensazioni tattili, di 3.″2 per le visive, di 4.″0 per le acustiche (tic-tac d'un orologio tenuto a tale distanza dall'orecchio da essere appena sentito). È evidente però che queste misurazioni delicate, come la maggior parte delle indagini psicometriche e psicofisiche, non sono possibili se non nelle forme lucide di pazzia (melancolie e manie lievi, stati iniziali di paralisi e di demenza primitiva, demenze secondarie incomplete, paranoia, pazzia morale, isteria ed epilessia normali o interparossistiche, psicosi del dubbio, neurastenia ed ipocondriasi).

b) La indagine psicometrica, che si potrebbe definire col BUCCOLA lo studio della « legge del tempo nei fenomeni psichici », è ben più accessibile della precedente alla semeiotica psichiatrica. Essa è importante, perchè, anzi tutto, ci fornisce la sanzione della ricerca obbjettiva per i risultati della osservazione subbjettiva; perchè ci permette di analizzare, scomporre e semplificare i processi mentali più complicati; perchè ci mostra i rapporti del fatto di coscienza col fatto fisiologico; e, finalmente, perchè ci pone in grado di procedere con una complessità crescente di investigazione dall'atto psichico più semplice, che si risolve in un puro reflesso cerebrale, fino al più elevato che è l'associazione dei concetti generali ed astratti. Noi qui riassumeremo le nozioni più elementari e necessarie di psicometria, rinviando per maggiori dettagli alle opere speciali.

1.° *Fondamento della indagine psicometrica.* — Il principio della psicometria è essenzialmente biologico, e si può riassumere in questa formula: — « il pensiero è una funzione di tempo, perchè avviene in uno spazio esteso » (HERZEN). — Come punto di partenza di tutti gli innumerevoli lavori sulla durata dei fatti psichici stanno le ricerche classiche sulla velocità della corrente nervosa (« legge di GIOV. MÜLLER ») e sulla misura del periodo di eccitazione (« legge di HELMHOLTZ »). I fisiologi con speciali procedimenti hanno trovato che in media la trasmissione nervosa motrice percorre circa 33 metri per secondo e quella sensitiva da 30 a 35 (fig. 123). È con procedimenti simili che si è cercato di cal-

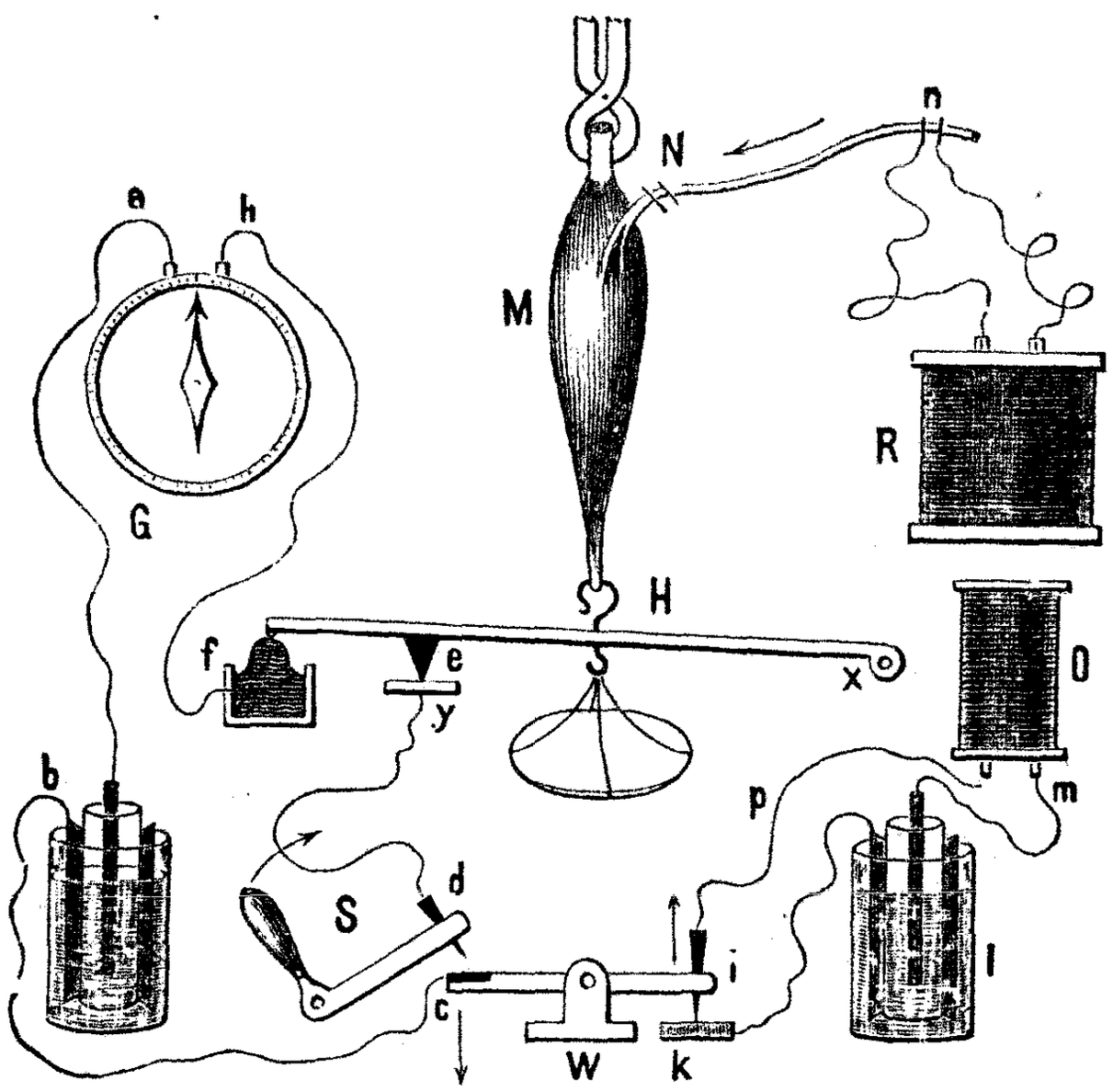


Fig. 123. — Disposizione degli apparecchi per determinare la velocità della corrente nervosa, secondo E. HELMHOLTZ.

[*M*, *N*, Muscolo e nervo gastrocnemio di rana; — *n*, punto del nervo che viene stimolato con una corrente indotta proveniente da un rocchetto *R*; — *O*, *m*, *l*, *i*, *p*, circuito della corrente primaria o inducente; — *G*, galvanometro; — *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, *h*, circuito che dà la corrente misuratrice del tempo (esso è qui provvisoriamente aperto tra *c* e *d*); — *S*, tasto interruttore, il cui abbassamento chiude in *d c* il circuito del galvanometro, mentre, spostando la leva *W*, apre in *i k* il circuito dell'apparecchio eccitatore; — *H*, *x*, *y*, leva e peso sollevati dal muscolo, che si contrae quando il nervo è stimolato].

colare la durata dei processi psichici, cominciando dal più semplice, che è la risposta immediata cosciente ad uno stimolo.

2.° *Il tempo fisiologico* o *di reazione* è quello che passa fra una eccitazione sensitiva e un movimento effettuato dal soggetto che segnala di avere percepito la sensazione. Esso implica una serie di atti fisiologici e psicologici, ciascun dei quali esige un certo tempo. La sua durata è, adun que, la somma dei seguenti tempuscoli: 1.° il tempo necessario perchè l'organo di senso risponda all' impulsione, convertendo lo stimolo esterno in eccitamento nervoso (stadio latente sensoriale); 2.° il tempo del passaggio centripeto della impressione lungo i nervi e le vie sensitive (stadio di conduzione afferente); 3.° il tempo richiesto perchè i centri impressionati convertano la stimolazione sensitiva in impulsione motoria (stadio latente di eccitazione delle cellule ganglio-centrali); 4.° il tempo del passaggio centrifugo della impulsione lungo le vie motrici e i nervi motorii (stadio di conduzione efferente); 5.° il tempo occorrente a che il muscolo eccitato si contragga (stadio latente di eccitazione muscolare). È naturale che il lato psichico del tempo di reazione non può riguardare se non il terzo tempuscolo, cioè quello della trasfor mazione centrale della sensazione in movimento.

3.° *Le tre categorie di reazione*. — La reazione fisiopsichica può avere luogo in tre modi: o è *volontaria*, quando l'individuo da un lato percepisce e dall'altro è consapevole della sua risposta reattiva; o è *automatica*, quando la reazione è eseguita in seguito a percezione, ma per semplice abitudine dei centri psichici; o è *reflessa*, quando la risposta si effettua senza cooperazione della coscienza e pel puro processo meccanico di innervazione. Delle tre, la reazione reflessa è, naturalmente, la più breve, perchè richiede il minimo sforzo da parte dei centri nervosi, si effettua nell'arco più corto, ed è un pretto fenomeno fisiologico, che incontra pochissime resistenze inibitorie (secondo EXNER si calcola a 50 σ in media). La reazione volontaria è, per contrario, la più lunga, perchè richiede uno sforzo di attenzione, si effettua non più nei centri inferiori subcorticali ma nella corteccia stessa, percorre un arco diastaltico più esteso, e si compie vincendo la inibizione di movimenti antagonistici (cfr. la fig. 66, pag. 73). La auto-

matica tiene il mezzo : essa è dovuta al fatto che la corrente nervea passa più agevolmente per le vie che ha già percorse altre volte. Nelle indagini psicometriche si deve cercare di ottenere il valore minimo della reazione volontaria, giungendo ai limiti che la separano dall'automatismo dell'abitudine e dal reflesso di innervazione (misura del tempo ridotto di reazione, « legge di EXNER », TANZI-GUICCIARDI).

4.° *Processi di esperimento.* — L'indagine psicometrica suppone un soggetto su cui sperimentare (nel caso nostro sarà l'alienato, di cui vogliamo conoscere il potere di attenzione), l'osservatore, e un mezzo per poter segnare il principio e la fine dell'osservazione. Il soggetto viene sottoposto ad uno stimolo che gli indicherà il momento nel quale dovrà principiare una data operazione mentale; ei dovrà poi reagire con un determinato atto non appena l'operazione stessa sarà compiuta. Perchè l'attenzione del soggetto sia tutta concentrata sull'esperienza, lo stimolo è preceduto da un avvertimento o segnale del principio (suono di un campanello a scatto, chiamata, *attenti*!, ecc.), e questo a distanza non fissa di tempo, onde non raccogliere le reazioni di abitudine o le false che precedessero la percezione. Le esperienze si fanno in serie di almeno 20-30 e perfino 50 per seduta, ad intervalli preferibilmente regolari di 15-30 secondi o di 1 minuto tra l'una e l'altra esperienza: le sedute devono poi essere fatte in condizioni sempre comparabili rispetto all'ora, alla distanza dai pasti, ecc. Quando si è raccolto il numero sufficiente di dati cronometrici, essi ci permettono di calcolare: *a*) il *tempo medio*, che è il quoziente fornito dalla somma di tutti i valori divisa pel numero delle prove; *b*) il *tempo massimo*, che è la più lunga delle reazioni, dove però non siavi stata distrazione del soggetto: *c*) il *tempo minimo*, che è la più breve delle reazioni, quella che si avvicina al semplice reflesso: *d*) la *variazione media*, che si ottiene facendo la somma delle differenze negative o positive dei singoli valori ± per rispetto al valore medio già calcolato, e dividendo tale somma pel numero di prove: essa ci fornisce l'« esponente di oscillazione » dell'attenzione. Per rendere più chiare le risultanze delle indagini psicometriche si usa costruire la grafica dei tempi di reazione col solito processo della ascissa e delle ordinate.

Le operazioni mentali, che si possono fare eseguire dal soggetto, sono:

α. *Reazione di percezione semplice* (= R). — Nella forma più elementare di esperimento si esige solo che il soggetto percepisca lo stimolo e, riconosciutolo, gli associ un movimento; la rapidità di percezione, ricognizione e associazione dà la misura dell'atto psichico più semplice. Ma l'esperienza può essere complicata a piacere, sia variando la qualità e il numero degli stimoli (luce, suono, dolore, calore, freddo, — una, o due, o più eccitazioni da differenziare e fra cui operare una scelta), sia variando la forma ed il numero delle reazioni (moto della mano o del piede, a destra o a sinistra, scelta fra due o più movimenti), sia sperimentando con la preparazione consapevole del soggetto, oppure senza che egli preconosca la natura dello eccitamento e la forma della risposta. La seguente tabella dà un'idea di queste varietà di esperimento (JASTROW):

I. Un solo stimolo con un solo modo di reazione.	Reazioni semplici.
II. Due stimoli con un solo modo di reazione:	
a) il soggetto preconosce lo stimolo;	
b) il soggetto non preconosce lo stimolo.	
III. Un solo stimolo con diversi modi di reazione.	
IV. Diversi stimoli con diversi modi di reazione:	
a) il soggetto preconosce lo stimolo e la reazione;	
b) il soggetto preconosce la reazione ma non lo stimolo;	
c) il soggetto non preconosce nè lo stimolo nè la reazione.	Reazioni adattative

Dal che si desume che le reazioni adattative potranno sempre essere possibili nell'alienato di mente. Ed infatti, che il soggetto non sia da noi avvertito nè dello stimolo nè della reazione, o che egli ignori l'una e l'altra per condizioni morbose della sua coscienza, il risultato non diversifica. Anche nei pazzi più inconsapevoli si può adunque misurare il tempo e il modo, con cui il loro sistema nerveo centrale risponde ad una eccitazione sensitiva, massime se vivace e forte, come la dolorifica.

β. *Reazione con discernimento* (= Rd). — L'individuo deve discernere fra due o più stimoli preventivamente stabiliti quello cui dare una risposta (per es. fra due suoni, uno forte ed uno debole, reagire solo al più debole; fra il rosso, il giallo e l'azzurro, reagire solo al giallo, ecc.).

γ. *Reazione con discernimento e scelta* (= **Rds**). — Qui l'esperimento è complicato nell'associazione fra la percezione e il movimento. L'individuo deve differenziare la reazione in conformità della differenza degli stimoli (p. es. fra il rosso e il verde, reagire al primo con la mano destra, al secondo con la sinistra; fra un suono grave ed uno acuto, reagire al primo con la mano, al secondo col piede, ecc.). Con che noi indaghiamo la durata di una determinazione volitiva.

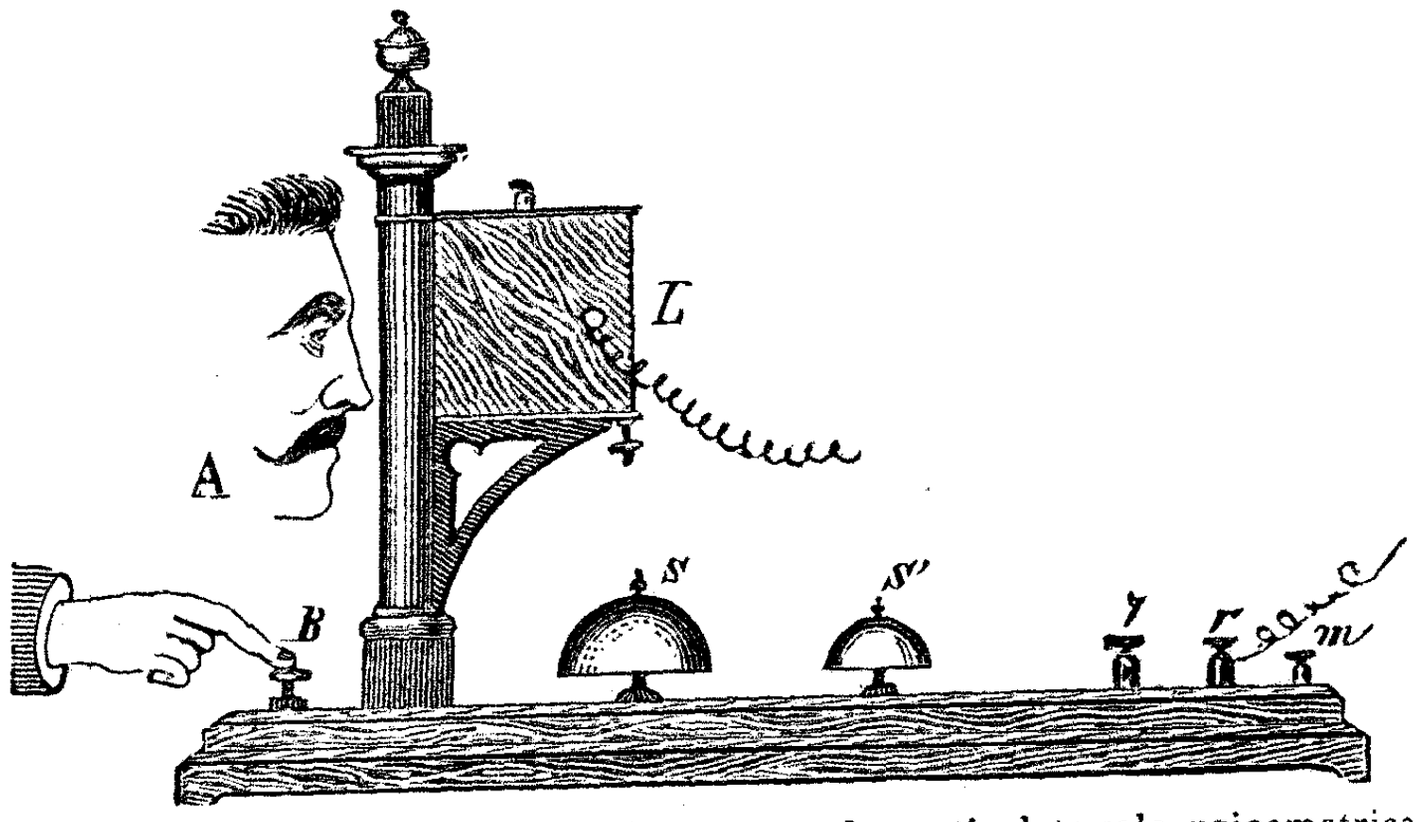


Fig. 124. — Disposizione del soggetto davanti al tavolo psicometrico del Buccola (per le reazioni agli stimoli luminosi ed acustici).

[Il tavolo del Buccola è visto di fianco: *A*, è il soggetto sottoposto ad esperienza, il quale guarda nel fondo della cassetta *L*, tappezzata in nero e contenente il tubo di Geissler da illuminarsi all'improvviso con la chiusura di un circuito elettrico: *B*, è la mano del soggetto in attesa di premere sul bottone interruttore del circuito, quando è avvenuta la percezione dello stimolo (qui luminoso): *S*, *S'*, due campanelli, l'uno per il suono grave, l'altro per il suono acuto (stimoli acustici): *q*, *r*, *m*, serrafili e interruttore per chiudere o lasciare aperto il circuito elettrico del tubo di Geissler e nello stesso tempo del cronoscopo].

δ. *Reazione di ricognizione o di percezione composta* (= **Rp**). — La reazione qui deve effettuarsi soltanto quando il soggetto abbia riconosciuto esattamente la natura dello stimolo (p. es. rispetto alla percezione visiva, riconoscere le lettere dell'alfabeto; rispetto alla acustica, le note della gamma musicale, ecc.). Questo esperimento può disporsi con crescente difficoltà (p. es. far leggere numeri di 1, di 2, di 3 e più cifre); e il tempo psichico naturalmente si allungherà in proporzione alla complessità del processo ricognitivo.

ε. *Reazione di riproduzione mnemonica* (= **Rm**). — Si

studia se la durata d'una riproduzione è o no eguale a quella della percezione esterna cui corrisponde. (P. es. l' individuo

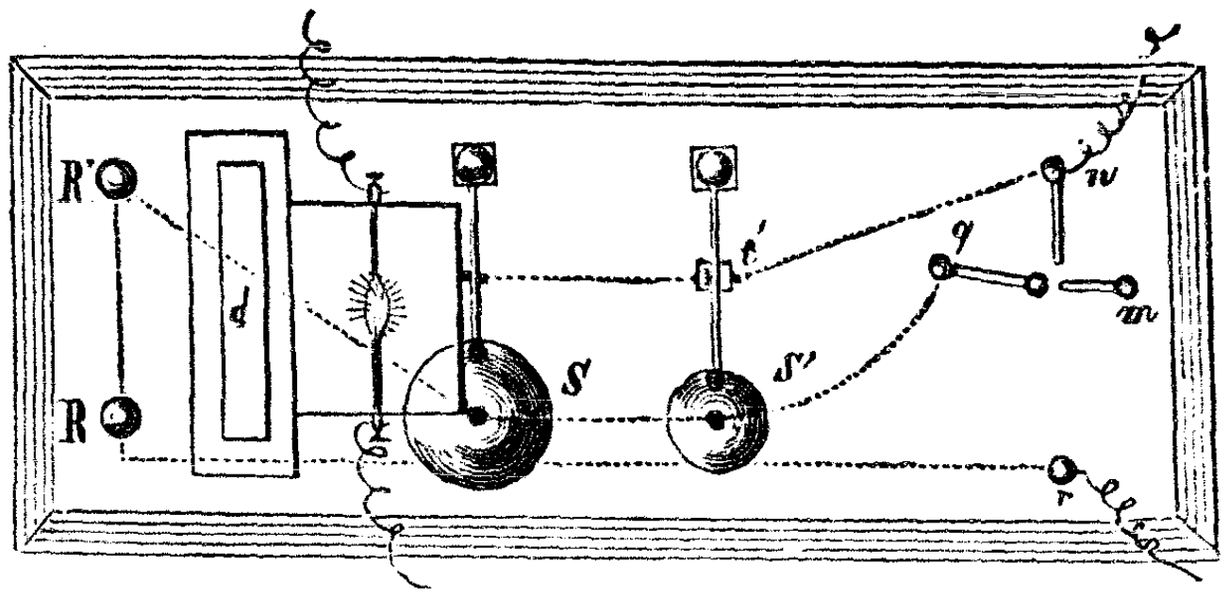


Fig. 125. — Piano del tavolo psicometrico di Buccola per la ricerca del tempo di reazione alle percezioni di luce e di suono.

[*R*, *R'*, bottoni che il soggetto deve premere con la mano; *d*, diaframma e sostegno per la cassetta contenente il tubo di Geissler: nel diaframma possono incastrarsi vetri colorati, lettere alfabetiche e parole da illuminarsi all' improvviso per la ricerca delle reazioni psichiche al colore, alla percezione di simboli grafici, all'associazione delle idee, ecc.; *S*, *S'*, campanelli; *t'*, martelletti a scatto; *q*, pernio della lamina, con cui l'osservatore chiude o apre il circuito ponendola a contatto con *n* o con *m*; *r*, serrafili]. (Cfr. con fig. 124, 130-133).

deve riprodurre nella loro lunghezza il più esattamente che gli è possibile un dato suono, un intervallo di tempo, una linea, un contatto strisciante sulla pelle). Si può porre qui l'indagine cronometrica sulla scrittura, di cui già parlammo (p. 512).

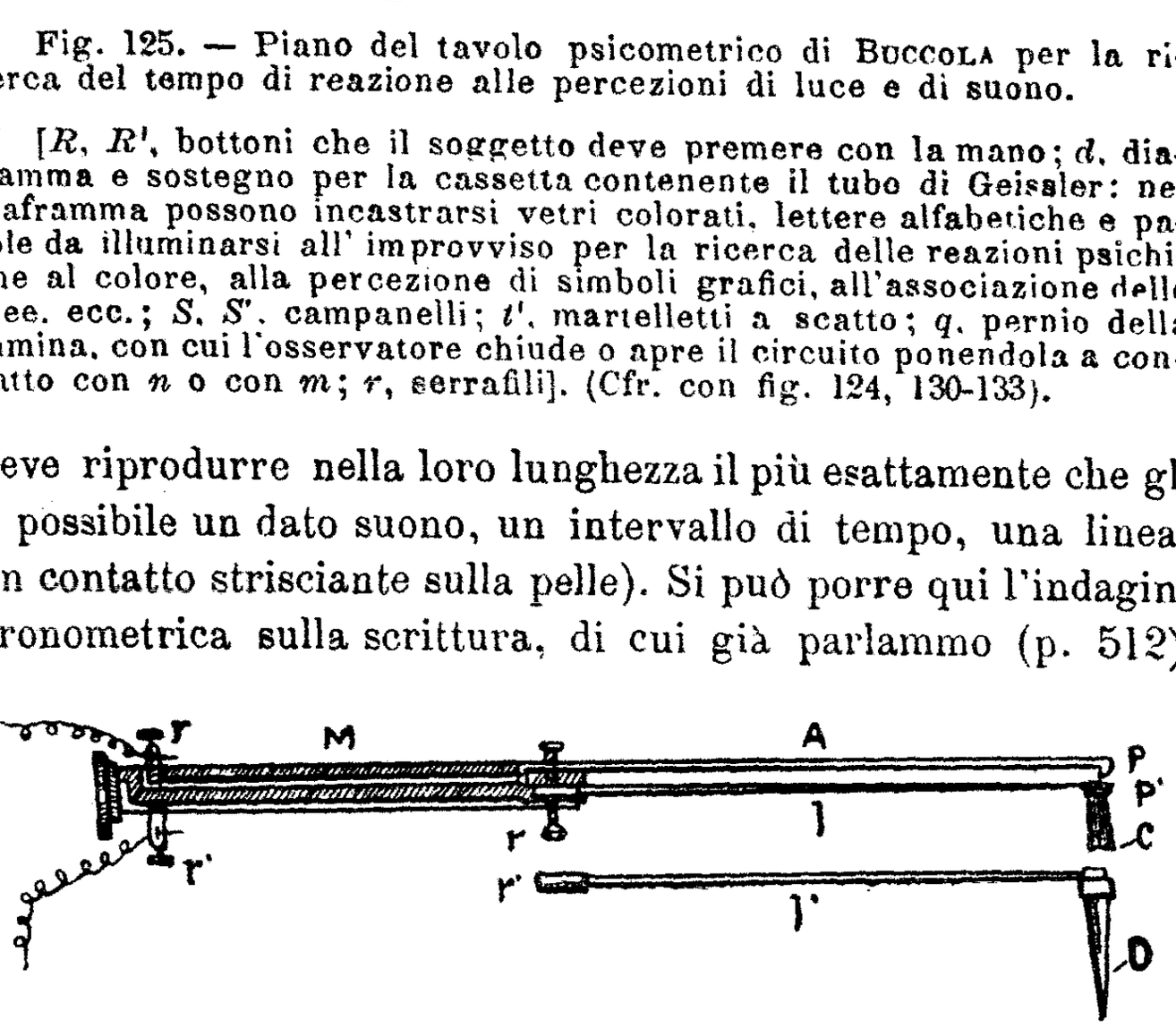


Fig. 126. — Eccitatore cutaneo di Wintschgau-Buccola per la psicometria delle percezioni tattili e dolorifiche.

[*M*, manico in ebonite; *r*, *A*, *p*, branca fissa dell'eccitatore; *r'*, *r*, *l*, *p'*, branca elastica che in *C* porta un pennellino per eccitare la sensazione di contatto; *r'*, *l'*, *D*, altra branca elastica di ricambio, terminata da una punta acuta per eccitare la sensazione di dolore].

(Per altri eccitatori, consultinsi le opere di fisio-psicologia di Wundt, Sergi, Ladd Trumbull, ecc. e i periodici speciali).

ι. *Reazione di associazione* (= **Ra**). — Equivale al tempo che occorre per operare mentalmente una associazione di imagini o di idee L'esperimento può variare in ordine

ascendente, dalle associazioni più semplici (p. es. operare un piccolo calcolo, $2 + 3, 4 \times 9$) fino alle più alte (p. es. tradurre una domanda astratta in un nome concreto, ecc.). Ne riparleremo al capitolo della intelligenza, con cui più strettamente ha rapporto questa indagine psicometrica.

5.° *Tecnica.* — Il processo psicometrico più semplice consiste nel far compiere al soggetto il maggior numero possibile di certe operazioni mentali semplici entro un dato spa-

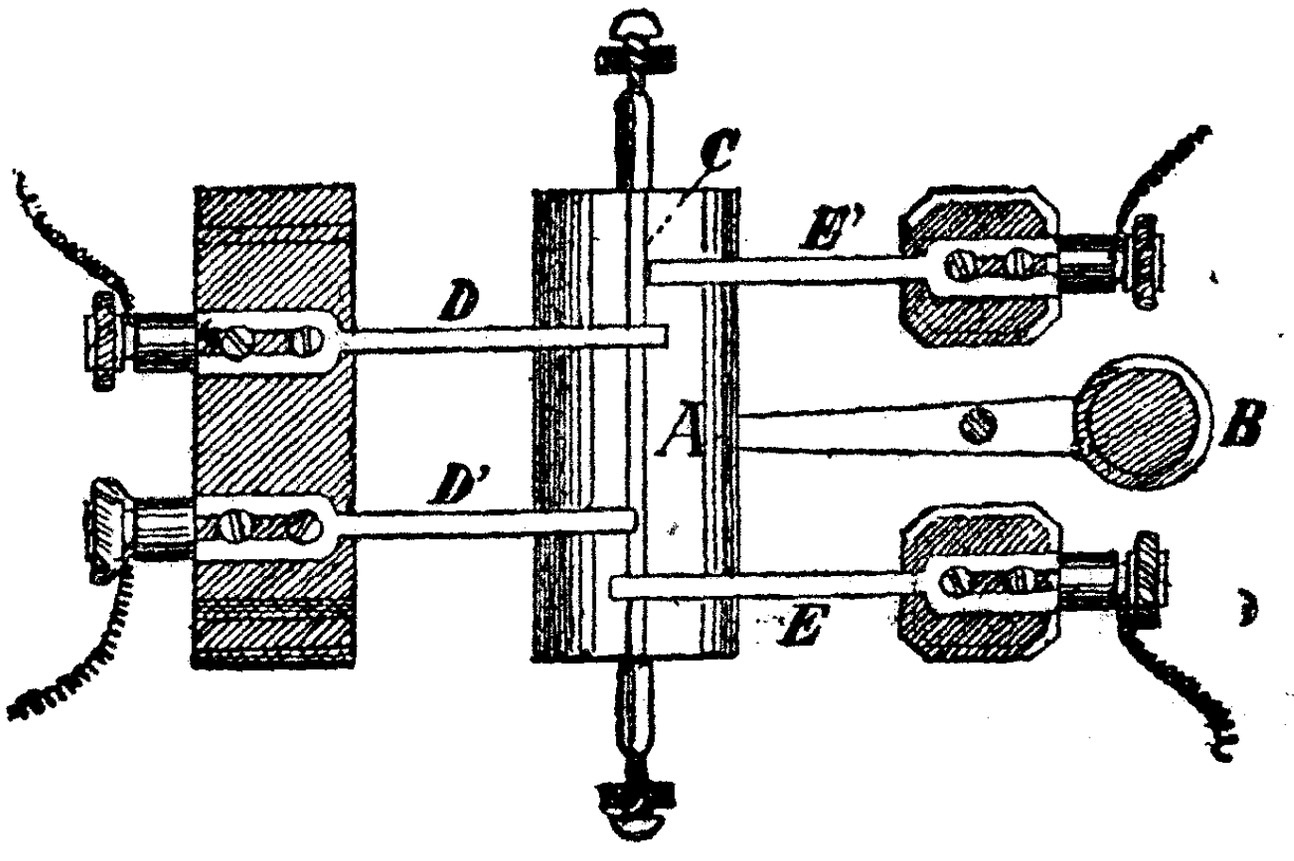


Fig. 127. — Interruttore a due circuiti dei prof CERVELLO E COPPOLA per la ricerca del tempo di reazione agli stimoli acustici.

[*A*, Cilindro di legno; *B*, manubrio che lo mette in rotazione; *C*. laminetta di platino apposta al cilindro. e il cui contatto colle aste *D D'* e *EE'* stabilisce o interrompe due circuiti diversi; *D*, *D'*, le due aste de circuito elettrico dell'apparato grafico; *EE'*, le due aste del circuito eletrico che anima il campanello. — Premendo sul manubrio, contemporaneamente il primo circuito si apre e l'altro si chiude; cioè *scocca* la scintilla su di una carta affumicata e *suona* il campanello].

zic di tempo, e nel calcolare quanto durò in media ciascheduna (TIGGERSTEDT e BERGQUIST, OJEHRN, DEHIO, JASTROW, KRAEPELIN). — Si può, anzi tutto, misurare il tempo psichico di *pronunzia*, facendo pronunziare dati suoni e fonemi alfabetici, oppure contare i numeri uno dopo l'altro rapidissimamente. — Si può, in secondo luogo, misurare il tempo psichico di *lettura*, computando il tempo impiegato a leggere due o tre righe di un testo. A tale scopo basterà segnare il principio e la fine dell'esperimento con un comune cronometro da tasca: si metterà il cronometro in moto, quando il

soggetto comincia a leggere, e lo si fermerà quando si intende l'ultima sillaba. Il tempo totale impiegato viene diviso pel numero di lettere o di cifre, e così si sa il tempuscolo medio necessario per ciascuna operazione mentale. Gli errori sono trascurabili operandosi qui su tempi piuttosto lunghi. — Un altro processo è quello del *contare* le lettere una alla volta ovvero a due per due, a tre per tre: si calcola quante il soggetto ne ha contate in 15-20 minuti, con l'avvertenza che nei sani il tempo medio per leggere, riconoscere e contare una ad una le lettere è di circa 400 σ, laddove il tempo scende a circa 320 σ, se le lettere sono contate a tre per volta.

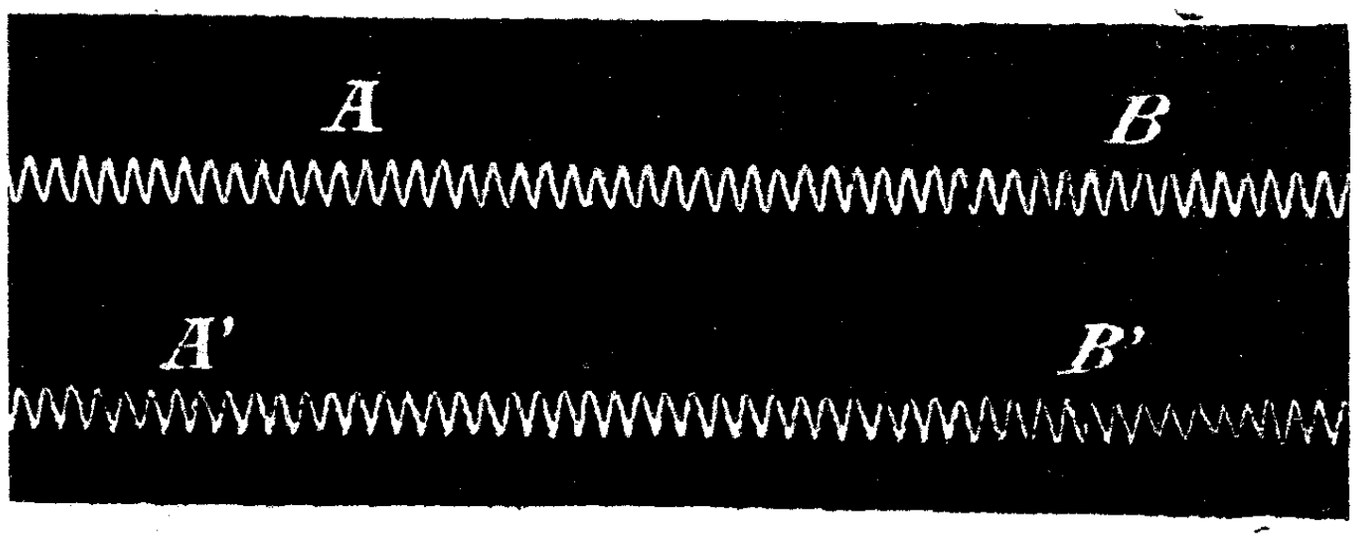


Fig. 128. — Modello di un tracciato grafico del tempo di reazione ottenuto coll'apparecchio CERVELLO-COPPOLA.

[Le vibrazioni sono date da un elettro-diapason Koenig a 50 *V D* al 1': in *A*, *B*, *A'*, *B'*, veggonsi le traccie lasciate sulla carta affumicata dallo scoccare della scintilla: la distanza fra i due punti, calcolata sul numero delle vibrazioni del diapason, dà la durata del tempo di reazione. Qui si avrebbero rispettivamente 119 e 134 σ. cioè millesimi di secondo].

Ma i metodi più esatti sono quelli che richieggono l'uso di apparecchi. Gli apparecchi psicometrici sono essenzialmente tre: 1.° l'*eccitatore*, col quale si produce nel soggetto l'impressione cui egli deve reagire; 2.° il *segnale*, con cui il soggetto istesso indica il momento in cui ha avuta la percezione od ha compiuta l'operazione mentale precedentemente concertata; 3.° il *registratore del tempo*, che indica l'intervallo trascorso fra la produzione dello stimolo e il movimento di reazione. In certi esperimenti delicati si aggiunge: 4.° un *avvisatore* per avvertire il soggetto di fissare la sua attenzione.

α. L'*eccitatore* varia naturalmente a seconda della impressione che si vuole destare nel soggetto. Per gli stimoli acu-

stici si usano campanelli di suono diverso, martelli elettromagnetici, gravi cadenti, corde vibranti, ecc.; per i visivi, luce elettrica entro tubi di Geissler, vetri colorati, lettere e cifre da riconoscere, ecc.; per i tattili e dolorifici, leggieri contatti o strisciamenti, punture, correnti faradiche (cfr. fig. 126), e così rispettivamente per gli altri sensi specifici. Il requisito principale degli eccitatori è che sia indicato con somma esattezza il momento della stimolazione. A tale scopo possono servire la trasmissione per mezzo dell'aria (MAREY), la telemetria (BOULANGER), e la elettricità; quest'ultima dà i risultati più rapidi e sicuri. Gli psicofisiologi, massime i tedeschi e gli americani della scuola di WUNDT, MÜNSTERBERG, M' CATTELL, STANLEY-HALL, ecc., hanno imaginato numerosissimi strumenti e apparati per la stimolazione: si comprende, del resto, come se ne debba cangiare la struttura e la disposizione a seconda che si vuole investigare la reazione semplice, o quella di scelta e di percezione composta, o i processi di associazione. Nei Laboratorî italiani si adoperano generalmente gli eccitatori inventati dal BUCCOLA e dal TANZI, soprattutto nella ingegnosa disposizione che il primo ha loro saputo dare: il *tavolo del Buccola* permette di eseguire tutte le più caratteristiche sperienze (fig. 124-125, 130-133).

β. Il *segnale* diversifica in ragione del mezzo prescelto di trasmissione: se questa è ad aria, il soggetto comprimerà un tamburo del MAREY o una palla di caucciù, ecc.; se ad elettricità, egli pigierà su di un tasto interruttore della corrente (vedi le fig. 124, B; 125, RR'). Quando si usano i processi psicometrici più semplici, basta che il soggetto, compiuta l'operazione mentale, ne avverta a voce l'esperimentatore, o batta un colpo sul tavolo, o arresti un metronomo, ecc.

γ. Principale requisito dell'*apparato cronometrico* è che possa misurare accuratamente piccole frazioni di tempo (centesimi e millesimi di secondo). Furono a tale scopo imaginati molti strumenti, dei quali si troverà la descrizione nelle monografie degli inventori o nei cataloghi dei costruttori. Essi possono dividersi in due categorie: quelli in cui si usa la registrazione grafica; e quelli in cui si segna il tempo con un meccanismo di orologeria mosso dall'elettricità. — Tipo dei primi è un *diapason* a 50-100-250 e anche 500 VD, le cui vi-

brazioni sono inscritte su di un comune chimografo o cilindro girante. In tal caso i momenti della stimolazione e della risposta possono essere indicati sulla carta nera del chimografo mercè di un *segnale elettrico* di DEPREZ, o di una *scintilla*

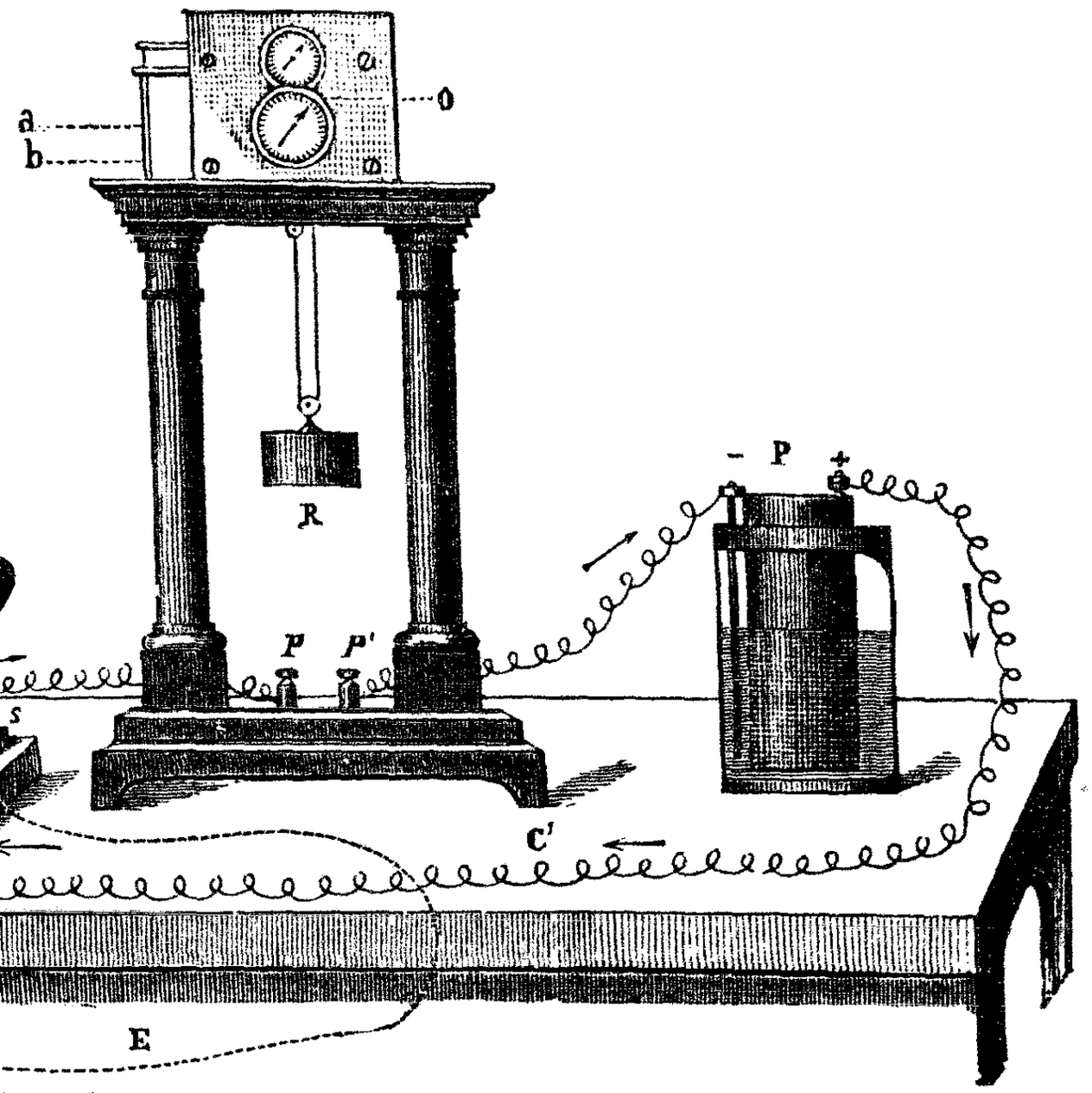


Fig. 129. — Disposizione del cronoscopo di HIPP per la ricerca del tempo fisiologico di reazione.

[*O*. orologio a due quadranti, l'uno in decimi, l'altro in millesimi di secondo: *R*. peso, la cui discesa mette in moto il congegno; *a*, cordoncino la cui trazione fa scattare il movimento mediante un apparecchio a leva, *b*, altro cordoncino la cui trazione lo arresta; *p*, *p'*, serrafili per l'introduzione della corrente elettrica nell'orologio; è questa corrente, che mediante un'elettro-calamita attirando un'àncora, mette in moto i due indici dei quadranti: *P*, pila per la produzione di una corrente dell'intensità di circa 60°; *L*, interruttore a leva del DU BOIS-REYMOND: *s*, *s'*, serrafili doppii per l'apertura e la chiusura simultanea di due circuiti; *C'*, circuito del cronoscopo: *E*, tracciato schematico del circuito del segnale].

elettrica giusta la bella innovazione di CERVELLO e COPPOLA (fig. 127-128). Un buon apparecchio grafico è il *microfono di* ROUSSELET. — Tipo degli orologi elettrici è il notissimo *cronoscopo di* HIPP (fig. 129), al quale ormai tutti dànno la preferenza, massime se si acquista il secondo modello del costruttore, e se si ha la precauzione di controllarlo a quando

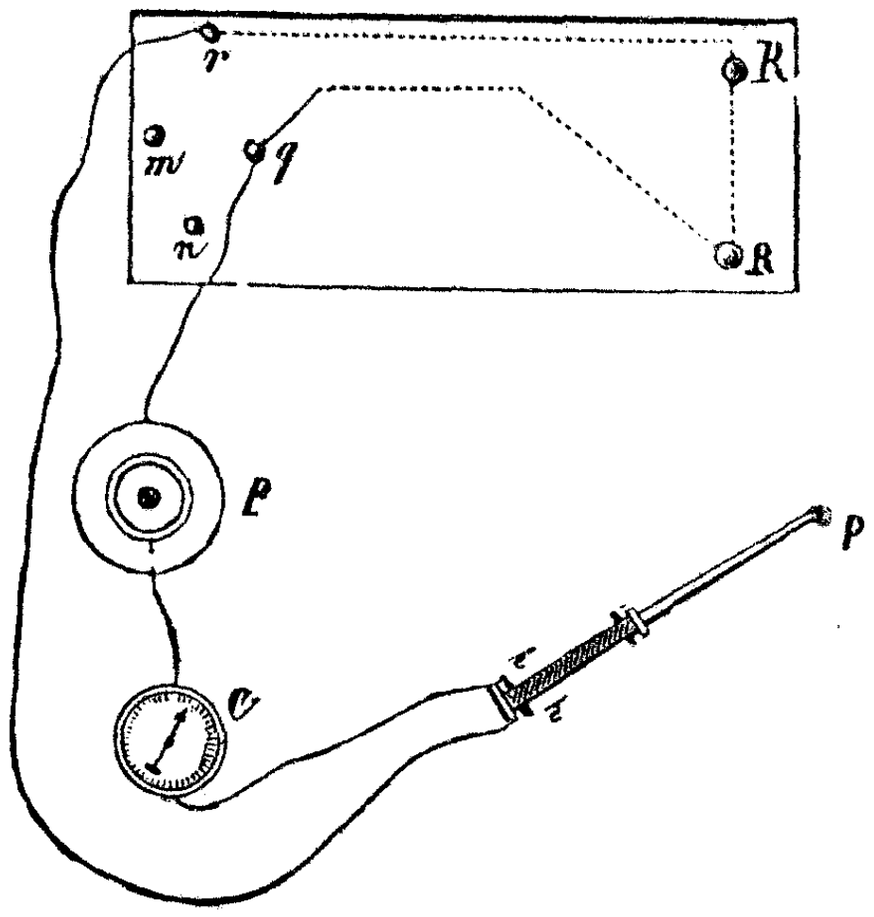


Fig. 130. — Psicometria delle percezioni tattili e dolorifiche sulla pelle e mucose.

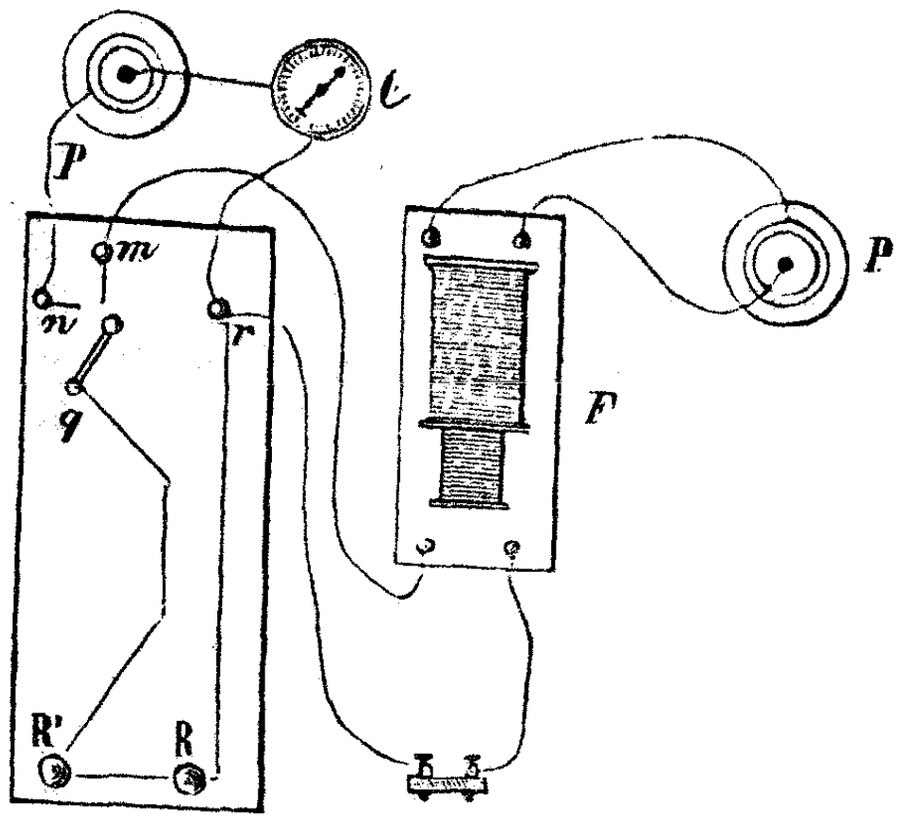


Fig. 131. — Psicometria delle percezioni elettriche sulla pelle.

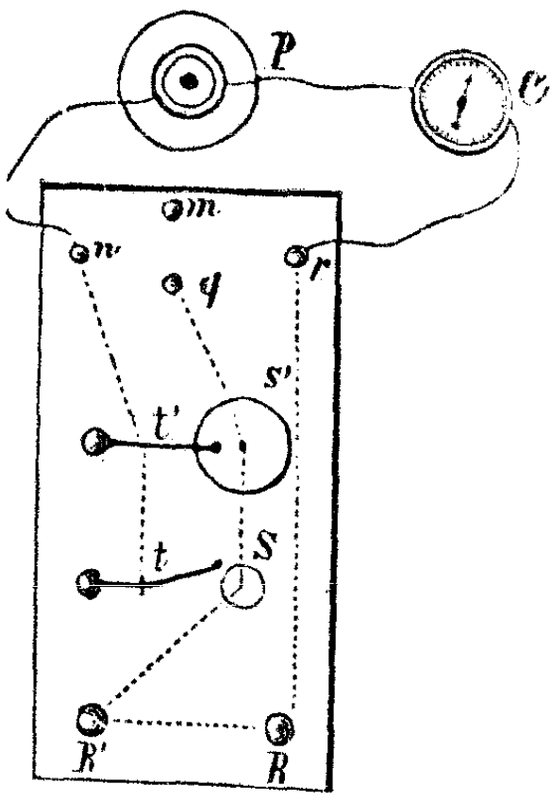


Fig. 132. — Psicometria delle percezioni acustiche.

—

Queste figure rappresentano la disposizione degli apparecchi per la psicometria delle diverse percezioni. — Le linee inscritte nel piano del tavolo di Buccola indicano le parti, che vengono volta per volta usufruite.

[*C*, Cronoscopo; *P*, sua pila; *R*, *R'*, Tasti del segnale interruttore; *m*, *q*, *n*, *r*, Serrafili e tasto per la chiusura del circuito di eccitazione; *S*, *S'*, *t*, *t'*, Campanelli a scatto e loro martellini; *p*, Eccitatore cutaneo (oppure l'osmoforo inventato dal Buccola, o il termopsicometro del Tanzi); *F*, *P*, Apparato faradico e sua pila; *L z' z' y*, Cassetta luminosa e *B P'* suo apparecchio elettrico pei tubi di Geissler].

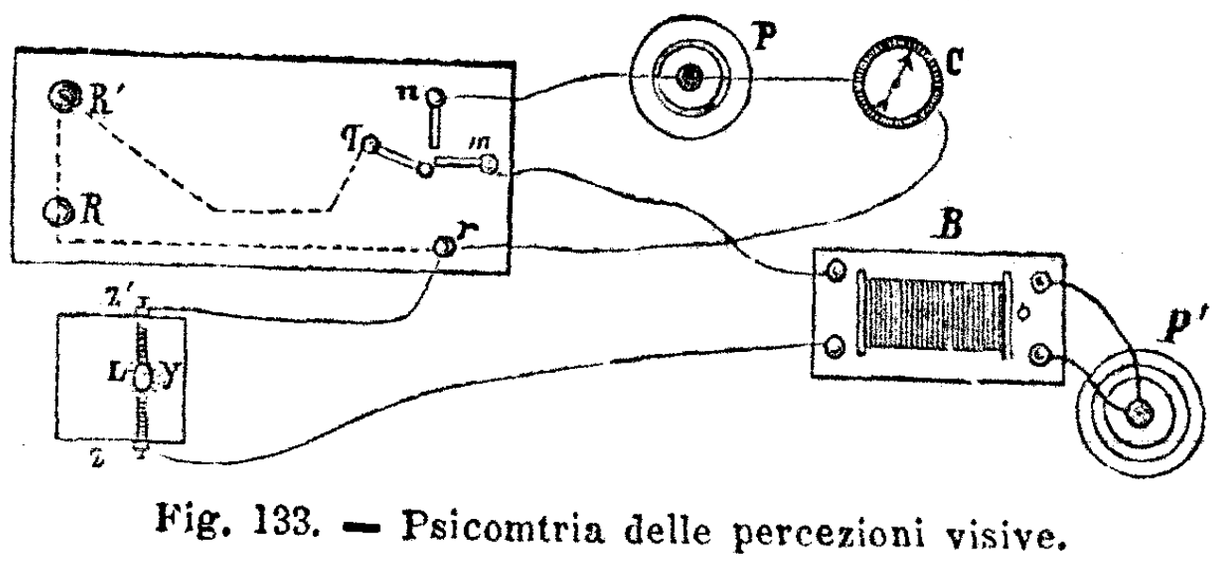


Fig. 133. — Psicomtria delle percezioni visive.

a quando col *martello* di LANGE o con quello di KRILLE, i quali a loro volta sono controllabili col diapason.

A scanso di lunghe descrizioni, che qui non troverebbero luogo, riporto alcune figure che basteranno a rendere intelligibile anche agli esordienti il modo di funzionare degli apparati psicometrici più usitati nelle Cliniche, e specialmente la disposizione delle correnti elettriche (fig. 124-33).

Quanto agli altri apparecchi più o meno complicati che sarebbero utilizzabili in ricerche di Laboratorio, citerò il *carretto* di WOLFF, che s'adopera negli Osservatorii astronomici per misurare la « equazione personale » (tempo medio normael di reazione proprio di ciascun osservatore); il *nematocometro*

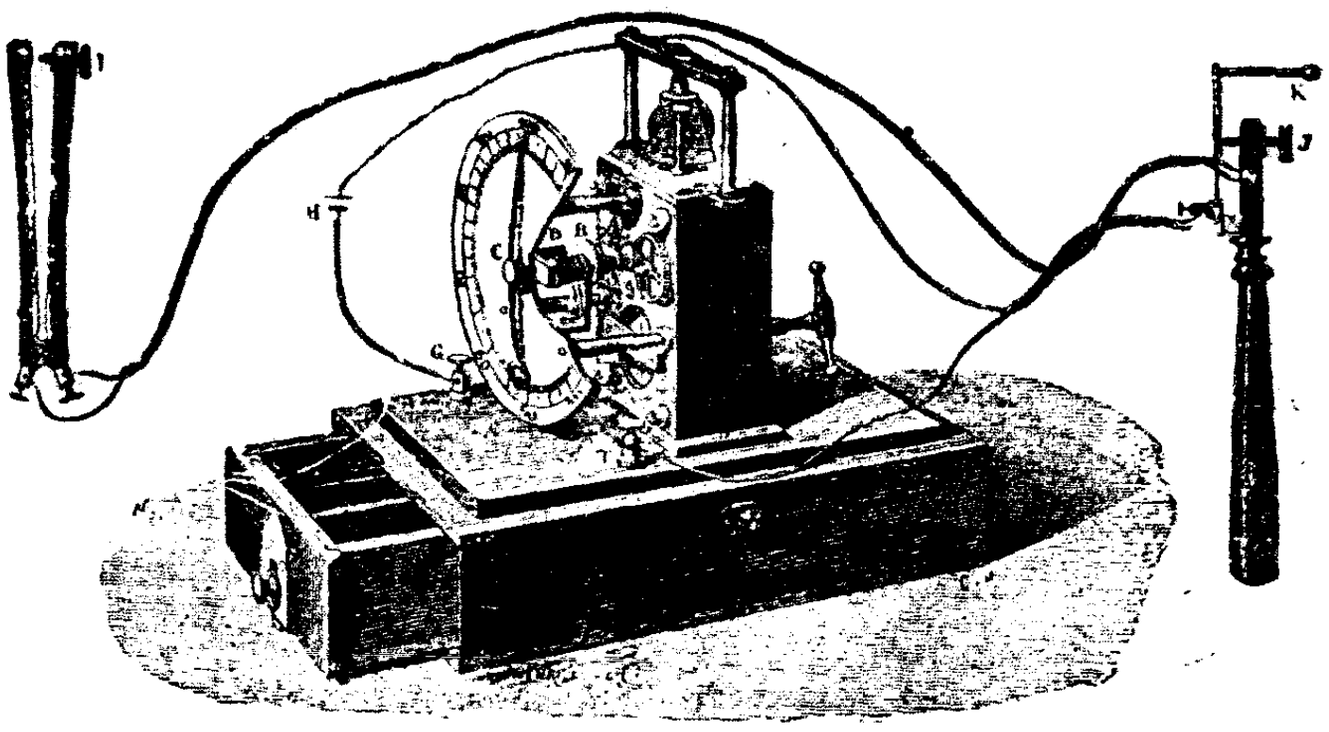


Fig. 134. — Cronografo di D'ARSONVAL.

[*K*. *I*. eccitatore; *I*. manubrio segnale; *C*. quadrante diviso in centesimi di secondo. — Per gli altri dettagli, v. memoria originale].

e il *nematocografo* di DONDERS, destinato il primo a misurare il tempo dei fatti psichici più semplici, il secondo a quello dei più composti; lo *psicodometro* di OBERSTEINER; il *neurametimetro* di EXNER e quello di BOWDITCH, che fu denominato « misuratore della risposta » (« nerve-reply measurer ») dal WARREN; il *cronografo* pei tempuscoli minimi del WUNDT e LANGE, provvisto di un esattissimo apparato di verifica; il *cronoscopo* di EWALD; il *cronografo* di D'ARSONVAL, utilizzabile però più in Neuropatologia per la misura della trasmissione nei cordoni e centri nervosi, che in Psicologia fisiologica (fig. 134); il *cronometro a caduta* del M' CATTELL; il

cronoscopo in A o a *pendolo* del GALTON, modificato di po dal BEVAN-LEWIS; il *cronoscopo economico* del SANFORD, ecc.

6.° *Modificatori del tempo di reazione.* — La psicologia sperimentale ha dimostrato, in primo luogo, che il tempo psichico si allunga quanto più si complica la ricerca, così che in ciascun individuo, sia esso sano o ammalato di mente, si seguono in serie sempre ascendente la *R*, la *Rd*, la *Rds*, la *Rp*, la *Rm*, e la *Ra*. In secondo luogo, molte condizioni estrinseche ed intrinseche fanno variare le cifre cronometriche: le indicherò brevemente.

. Il *tempo di R* varia sotto i seguenti modificatori: αα) obbiettivi: 1.° le *circostanze esterne* (vicende meteoriche, temperatura, giorno e notte, intensità e qualità di luce, ecc.); 2.° la *natura della impressione* (stimoli visivi, uditivi, tattili, olfattivi, termici, ecc.); 3.° l'*intensità della impressione* (un aumento dello stimolo induce, entro certi limiti, un abbreviamento di *R*, e ciò per la nota legge psicofisica); 4.° il *modo di reazione* (l'individuo può reagire con la destra o con la sinistra, con la mano o col piede, ecc.: l'indice e il pollice danno la reazione più sollecita); 5.° la *successione delle esperienze* (spazio di tempo più o meno lungo, più o meno regolare, fra un'osservazione e l'altra). — ββ) subbiettivi: 1.° l'*attenzione aspettante* (il soggetto sa o no di essere sottoposto ad esperimento); 2.° l'*attenzione tesa* (ogni esperimento può o no essere preceduto da un segnale, a distanza diversa dall'impressione); 3.° la *preconoscenza* dello stimolo e della reazione (ne abbiamo parlato); 4.° la *distrazione* (è lo scoglio più grave nella psicometria degli alienati); 5.° l'*esercizio* (con l'abitudine la *R* si riduce quasi al puro automatismo); 6.° la *stanchezza* (occorre dividere gli esperimenti in piccole serie, con ore e anche giorni di riposo); 7.° la *direzione sensoria o motoria dell'attenzione* (il valore di *R* varia a seconda che il soggetto debba badare allo stimolo da ricevere o al movimento da eseguire: è reazione « sensoriale » la prima, è « motoria » la seconda, giusta le belle indagini di LANGE e DWELSHAUVERS); 8.° le *differenze individuali* (sesso, età, razza, temperamento, coltura); 9.° l'*azione di stimolanti o deprimenti* (alcool, caffè, the, cloralio, paraldeide, morfina, cloralosio, ecc.); 10.° lo *stato fisico* dell' organismo (feno-

meni digestivi, risveglio, malessere, affezioni del sistema nervoso, per es. l'emiplegia con afasia, ecc.); 11.° da ultimo, lo *stato mentale* (vesanie, psicosi, cerebro-psicopatie).

β. Il *tempo di Rd, di Rds*, di *Rp* ecc. diversifica, oltre che per gli ora accennati, anche pei seguenti modificatori: 1.° il *numero dei differenziamenti e delle scelte* (il valore di R cresce in rapporto al numero delle percezioni da discernere e delle reazioni da eseguire); 2.° l'*affinità* o *disaffinità delle impressioni* (per es. differenziare fra due colori, oppure fra un colore ed un suono; fra due angoli eguali, o fra uno di 35° e uno di 120°): 3.° l'*associazione fra stimolo e movimento* (alcuni moti di reazione, per es. i gesti della mano o una esclamazione, ci sono naturali; altri, per es. quello di premere col mignolo, col piede, ecc. sono artificiosi e allungano il tempo psichico); 4.° l'*addizionamento dei processi mentali* (si impiega proporzionalmente più tempo a riconoscere e a nominare una lettera o cifra isolata che non quando sia unita ad altre, massime se fra esse c'è associazione interna o di significato: il che è dovuto al mutuo rievocarsi delle singole imagini).

Riassumo nella tabella (di p. 752) i risultati più sicuri ottenuti sui sani da alcuni competenti osservatori per rispetto al tempo di reazione semplice, che è la più comune indagine psicometrica possibile a compiersi sui pazzi: avverto però che, stante le variazioni individuali, le cifre da me riferite debbono considerarsi come uno schema medio o fisiologico soltanto approssimativo, utilizzabile appena nei casi di forte differenza patologica. Per quanto spetta poi alle ricerche sulla durata degli atti psichici più complessi (tempo di scelta, tempo di ricognizione, tempo di associazione, ecc), invio chi voglia conoscere le medie fisiologiche alle opere speciali (Wundt, Buccola, Jastrow, Ladd-Trumbull, Külpe, ecc.).

Riguardo alle malattie mentali, le osservazioni fin qui fatte da Obersteiner, Buccola, Kraepelin, Morselli, Tanzi e Guicciardi, Bevan-Lewis, Tchige, Maria Walitzky, ecc. permettono di formulare le seguenti leggi di psicometria patologica: 1.° Le serie psicometriche dei pazzi offrono oscillazioni maggiori che nei sani (disattenzione, debolezza mentale, ecc.); 2.° Il limite di variabilità è aumentato nella pazzia, massime per la R a stimoli visivi; 3.° La durata della R non si al-

secondo diversi osservatori.

	Genere e qualità dell'impressione	Modo di reazione	Osservatori	Tempo in σ
ELETTRICHE TATTILI	Contatti di varia natura .	Premere col dito sul tasto interruttore	Media di varii Autori	148
	Sensazione di semplice contatto	Id.	EXNER	127
	Pennellino passato sul dorso della mano (fig. 126). .	Id.	BUCCOLA (nella mia Clinica)	140
	Scarica elettrica sulla mano	Id.	EXNER	139
	» » sul piede	Id.	EXNER	175
	» » sull'avam.	Aprire e chiudere la bocca	ORCHANSKY	155
TERMICHE	Sensazione di freddo su varie parti del corpo . .	Col dito c. s.	WINTSCHGAU-STEINACH	161
	Contatto freddo semplice (termopsicometro specialmente costrutto) . . .	Id.	TANZI (nella mia Clinica)	137
	Contatto caldo	Id.	TANZI (c. s.)	162
	Freddo intenso (cloruro di metile)	Id.	TANZI (c. s.)	227
	Caldo quasi doloroso (vapore acqueo)	Id.	TANZI (c. s)	507
OLFATTIVE	Etere (osmoforo specialmente costrutto)	Id.	BUCCOLA (c. s.)	236
	Etere acetico	Id.	MOLDENHAUER	255
ACUSTICHE	Suoni di varie specie . .	Id.	Med. varî Aut.	139
	Squillo di campanello a molla	Id.	BUCCOLA (c. s)	118
	Con preavviso per l'attenzione del soggetto. . .	Id.	BERGER e MAC CATTELL	124
	Suoni alti e deboli di intensità preconosciuta . . .	Id.	WUNDT	121
	Suoni alti e deboli di intensità ignota	Id.	WUNDT	203
	Attenzione rivolta alla sensazione (« reazione sensoriale », LANGE)	Id.	MÜNSTERBERG	162
	Attenzione rivolta al movimento da fare (« reazione motoria », LANGE). .	Id.	MÜNSTERBERG	170
VISIVE	Stimolo luminoso in genere	Id.	Media di varî Aut.	185
	Scintilla elettrica (tubo di Geissler, fig. 124) . . .	Id.	BUCCOLA (c. s.)	164
	Luce debolissima	Id.	BERGER e MAC CATTELL	210
	Luce debole	Id.	»	184
	Luce intensa	Id.	»	170
	Luce intensissima . . .	Id.	»	148

lontana molto dalla norma nelle forme miti e iniziali di vesania semplice; 4.° Il tempo della **Rd** si accresce fin dai primordî della paralisi generale; 5.° La durata della **Rds** è evidentemente aumentata nella mania e nella demenza primitiva (paralitica): quanto più si prolunga l'agitazione, tanto più cresce il tempo di scelta; 6.° Il tempo della **Rp** è nei maniaci e paralitici doppio o triplo di quello dei sani; 7.° Il tempo della **Ra** è rallentato nelle forme depressive (melancoliche), mentre è assai ridotto nelle esaltate (ipomaniache); 8.° Il rallentamento è in massima proporzionato alla gravità della depressione ed all'esagerarsi dell-introspezione (ipocondriasi, illusioni viscerali); 9.° Nei paranoici allucinati acustici si osservano rapidità morbose di percezione; 10.° Negli affetti da alcoolismo cronico vi è ritardo della R agli stimoli acustici ed ottici, ma proporzionalmente più in questi che in quelli; 11.° L'epilessia allunga il tempo psichico più di tutte le altre psicosi, anche quando non paja avere prodotto sensibile deterioramento dei poteri mentali.

II. La **chiarezza della coscienza** si può apprezzare e fino a un certo punto misurare, come vedemmo, dalla *altezza* cui si portano le singole sensazioni e categorie di sensazioni rispetto alla « soglia » della coscienza medesima. È nella pazzia che si osservano gli innalzamenti e gli abbassamenti più abnormi della soglia. Nel primo caso, fenomeni cerebrali ordinariamente conscii, cioè psichici, passano allo stato di subcoscienza o anche d'incoscienza assoluta, riducendosi a processi fisiologici (atti automatici, reflessi); nel secondo caso, fenomeni organici ordinariamente inconscii o appena subconscii, acquistano tale acutezza da invadere il campo della coscienza (introspezione sulle funzioni viscerali, iperestesie e parestesie nel territorio del simpatico, illusioni e allucinazioni interiori).

Possiamo adunque nei pazzi stabilire l'esistenza di quattro gradazioni morbose della chiarezza della coscienza. In due le impressioni restano al di sotto del

livello normale della coscienza vigile, e sono: — 1.° la *incoscienza*, cioè la riduzione di tutti o quasi tutti i fenomeni cerebrali allo stato incosciente: è la condizione duratura negli arresti psichici (melancolia attonita, stupore, catatonia) e dei deterioramenti profondi (demenza), ed è quella transitoria negli attacchi della epilessia, nelle crisi del grande isterismo, nelle convulsioni apoplettiformi delle cerebropsicopatie paralitiche, nel coma, ecc.; — 2.° e la *subcoscienza*, in cui le modificazioni cerebrali sono indistintamente percepite: essa caratterizza gli stati obnubilari delle vesanie con depressione, eccitamento e confusione mentale, le demenze primitive, le crisi epilettoidi e le isteriche. — Nelle altre due si effettua un abnorme lavorìo appercettivo su determinate impressioni, e si ha: — 3.° la *ipercoscienza con introflessione diffusa*, quando l'autocoscienza riguarda i fenomeni organici: donde le illusioni ed allucinazioni del senso generale o cenestesi nei melancolici, ipocondriaci e paranoici; — 4.° e la *ipercoscienza con introflessione condensata* quando l'appercezione si isola e si intensifica su date rappresentazioni ed emozioni: donde l'estasi degli stati allucinatorî e monoideistici, vuoi spontanei, vuoi provocati (ipnotici).

A chiarire queste condizioni morbose di coscienza giova rivocare il principio fondamentale della psicofisica, che cioè una impressione, per diventare sensazione distinta o percezione, deve avere una determinata intensità (fig. 135). Le impressioni, che non raggiungono la soglia della coscienza, non producono effetti psicologici, per quanto sveglino tutte indubbiamente effetti fisiologici. Questi ultimi, p. es. le contrazioni reflesse dei vasi, le modificazioni del polso, del respiro e del ricambio materiale, ci permetteranno fino ad un certo punto di valutare anche nei pazzi l'intensità dei fenomeni subcoscienti di reazione.

Per quanto concerne poi le impressioni, che superano la soglia, i criterii di valutazione ci sono forniti dai soliti dati

ejettivi di espressione, e specialmente dalla parola dell'alienato (cfr. § 91). Non possediamo però nessun criterio per una misurazione esatta della chiarezza di coscienza, e dobbiamo contentarci di applicare agli stati generali di questa la classificazione, che comunemente operiamo fra i fenomeni cerebrali: cioè fenomeni e stati *incoscienti*, *subcoscienti*, *coscienti* e *autocoscienti*. Ricordiamoci solo che certi pazzi possono

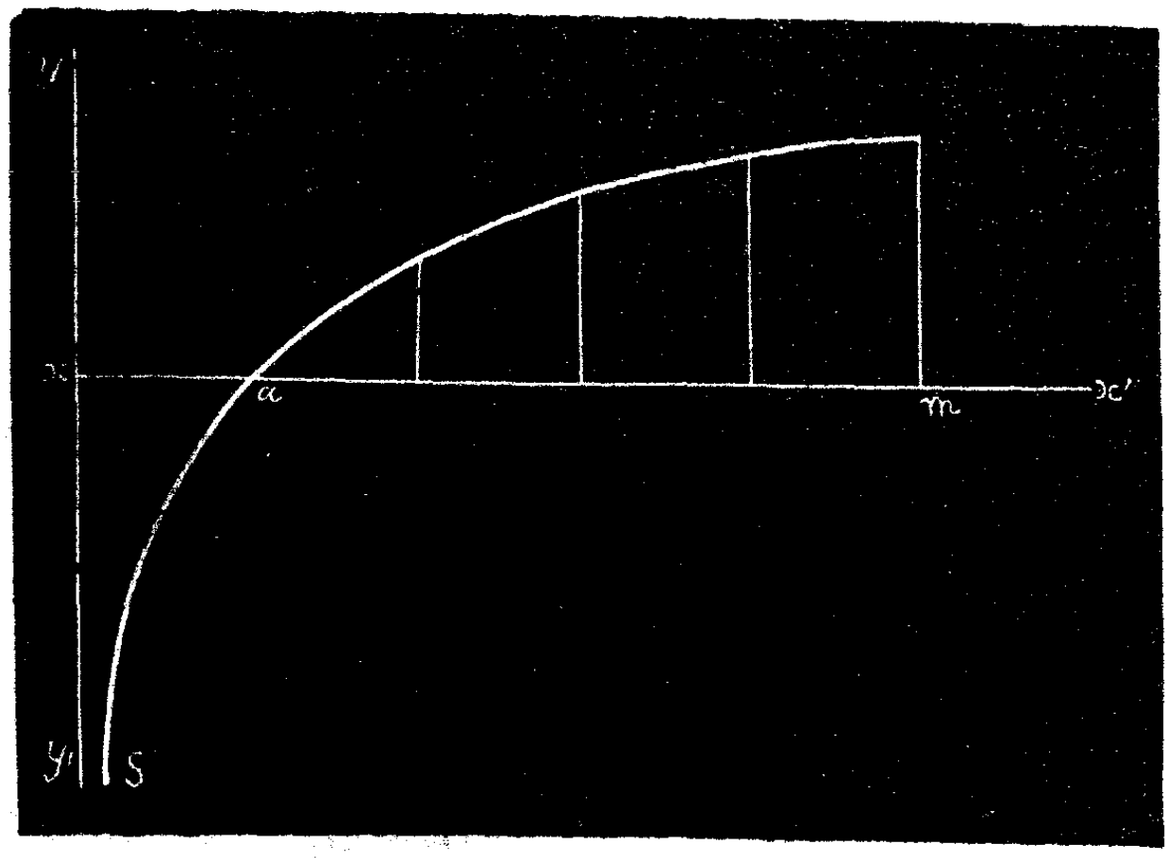


Fig. 135. — Rappresentazione grafica della formula di misurazione psicofisica di FECHNER, secondo WUNDT.

[*y y'*. Asse delle ordinate; rappresenta lo zero assoluto della impressionabilità; *x x*, Linea delle ascisse; *a*, rappresenta la soglia dell'eccitazione; *S*, Curva logaritmica della sensazione, che va da *a*, Valore minimo di una sensazione sopra la soglia, sino ad *m*, Valore massimo, oltre il quale una sensazione non può più essere definita e si cangia generalmente in dolore)].

sembrare in condizioni di inconsapevolezza completa, mentre sono soltanto in quella di subcoscienza o di ipercoscienza appercettiva. Così certi stupidi immersi nella più profonda inerzia e apparentemente inconscii reagiscono di improvviso agli stimoli, oppure al risveglio dal loro torpore mostrano di possedere un ricordo confuso delle impressioni, cui furono assoggettati durante il periodo di arresto psichico.

III. L'estensione della coscienza si riferisce alla *quantità* di fenomeni, che possono superarne la soglia e portarsi a riempirne il « campo ». Vero è che nel punto di mira non può esistere a un dato momento più di un

solo fatto psichico, e che i cangiamenti di coscienza sono in funzione di tempo, cioè successivi; ma sta pure che nelle malattie mentali si ha difetto di evocazione ed associazione tra gli stati rappresentativi ed emotivi, dimodochè un numero più o meno grande di questi non entra più nella zona illuminata centrale e neppure in quella di penombra della coscienza. In altri termini, gli elementi psichici non sono soltanto meno coerenti ma anche meno abbondanti; ed è così che si può parlare di un *restringimento* dell'area di coscienza. D'altra parte, l'abbassarsi della soglia nei casi di interpretazione diffusa, dei quali or ora parlammo, produrrà un *allargamento* dell'area medesima.

Il tipo degli stati morbosi, che restringono il campo della coscienza, ci è fornito dall'isterismo e dall'ipnosi; ma anche le vesanie semplici e primitive (dove, s'intende, non esista ancora deterioramento mentale) ci offrono disturbi consimili. L'appercezione in tali infermi cade sopra un piccolo numero di stati di coscienza, i quali (scriverebbe E. SPENCER) formano un tessuto serrato, denso, occupante il centro di mira, e quindi inibitorio di tutte le altre sensazioni ed imagini coesistenti e collaterali. Molti pazzi e isterici si direbbero tornati alla condizione di fanciullezza, giacchè il campo, su cui si esercita la loro appercezione, si è ristretto.

Il campo della coscienza ha una stretta analogia con quello del senso visivo (WUNDT). Quando noi volgiamo lo sguardo su di un paesaggio, abbiamo la visione indistinta di molte cose, la cui impressione retinica viene trasmessa ai centri ottici per risvegliarvi una percezione complessa, sintesi d'un gran numero di percezioni singole. Noi possiamo però fissare lo sguardo su di un punto determinato del paesaggio: in tal caso le impressioni delle cose non guardate seguitano a portarsi egualmente dalle parti periferiche della retina al cervello, ma non sono avvertite dalla coscienza: sono, cioè, subcoscienti, il che non impedisce che possano poi a tempo oppor-

tuno ripresentarsi. Ora, per tutti i fenomeni atti a cadere nel suo dominio la coscienza ha le stesse sfumature di intensità attorno al suo punto di mira. Essa risulta di tre zone: la *centrale*, illuminata da luce viva, e dove propriamente si esercita la attenzione o attività appercettiva; la *intermedia*, illuminata da luce diffusa, dove le impressioni cadono nella subcoscienza, e non solo possono poi spontaneamente ripresentarsi, ma essere pure rievocate con uno sforzo di associazione; e la *eccentrica*, in penombra, dove le impressioni restan fissate senza capacità di rievocazione volontaria, ma con possibilità di risveglio spontaneo. — Queste leggi della psicologia normale spiegano una bella serie di fenomeni psicopatici, ad es. gli stati crepuscolari ed obnubilari di coscienza, le anestesie isteriche accompagnate da memoria incosciente, la reviviscenza delle imagini di contrasto, il così detto « presentimento », certe illusioni di memoria, le suggestioni post-ipnotiche, fors'anco molti presunti fenomeni « spiritici ».

Come si apprezza nei pazzi l'estensione del campo di coscienza? In primo luogo possiamo valerci dell'osservazione, in secondo tentare la prova sperimentale.

a) Le indagini sulla sensibilità ci permettono di stabilire se il malato sia in grado di avvertire tutte le impressioni: e qui dovremo distinguere se le impressioni siano semplicemente *percepite* con l'attenzione passiva, o piuttosto *appercepite* la mercè di una direzione volitiva dell'attenzione. Le impressioni appercepite sono naturalmente più vivide, perchè si portano nel punto di mira; le percepite passivamente sono in generale più pallide, ma anch'esse fanno parte dell'area di coscienza, sebbene rimangano nella sua zona periferica.

Fra tutte le forme di sensibilità, ci giovano in particolar modo le modificazioni del senso muscolare, la cui importanza psicologica va crescendo di giorno in giorno, e ci è dimostrata soprattutto dalla semejotica dell'isterismo (P. JANET). Noi, dunque, indagheremo con somma accuratezza la quantità di impressioni cinesiodiche, che sono avvertite dall'infermo. Tanto nell'isterica, quanto nel pazzo, l'anestesia e l'ipoestesia muscolare sono il fondamento di un gran numero di stati morbosi di coscienza (euforia, cacoforia; ottimismo, pessimismo; idee di potenza, forza e ricchezza, o di impotenza e miseria).

Anche le altre forme di sensibilità, con le loro anestesie diffuse o parziali, sistematiche o generali, ci porgono occasione ad apprezzamenti sulla estensione del campo cosciente (cfr. Vol. I). Badiamo però che la stanchezza diminuisce sempre il numero dei fenomeni percepibili, mentre esige d'altra parte un aumento della loro forza: è la legge di fatica del nervo, la quale ha avuto testè ampia ed elegante applicazione all'esame dei disturbi del campo visivo negli individui nevrotici e psicopatici (« fenomeno del WILLBRAND », cioè restringimento e oscillazioni della campimetria ottica per esaurimento). Questa applicazione parziale ci dimostra come si debba procedere con prudenza nell' interpretazione clinica dei fenomeni fisiopsichici. L'esame estesiometrico è un mezzo semplicissimo per apprezzare gli effetti della fatica sulla estensione del campo di coscienza: in un gran numero di infermi le nostre ricerche non tardano a produrre spossamento e confusione mentale. Si potrebbe stabilire in tal guisa il tempo necessario perchè avvenga l'esaurimento dell'organo di appercezione.

β) Sperimentalmente la misurazione del campo di coscienza può farsi nei pazzi capaci di attenzione col metodo di WUNDT e DIETZE, cioè indagando quale sia il numero massimo di rappresentazioni di impressioni, che può essere riunito dalla coscienza nello spazio più piccolo di tempo.

Le percezioni uditive sono quelle che offrono le condizioni più propizie per tale esperimento. Si mette in movimento un metronomo, il cui pendolo batte in successione regolare: il soggetto, udito un segnale, deve ascoltare un determinato numero di colpi, dopo di che il pendolo seguitando a battere egli lo arresterà quando crederà raggiunto il numero dei colpi prima battuti. Naturalmente tutto si registra mediante il cronometro o i procedimenti grafici. Nei normali si trova che il campo della coscienza può contenere da 12 a 16 rappresentazioni di impressioni (acustiche) date ad intervalli di 0.3-0.2 secondi.

IV. L'integrità della coscienza dipende dalla forza di aggregazione o « coalescenza » degli stati psichici elementari. Quanto più stretto è il vincolo fra di essi, tanto più spiccata è la sistemazione della per-

sonalità. Noi vediamo, intanto, che negli alienati i fenomeni morbosi tendono ad associarsi e a coordinarsi con una forza spesso superiore a quella medesima degli stati normali di coscienza. Inoltre, le associazioni e coordinazioni più elevate costituenti la personalità coscia si trovano il più delle volte impotenti a chiudere l'accesso del campo della coscienza agli elementi e gruppi psichici inferiori: questi vi fanno irruzione, e la disintegrano.

α) Il fatto stesso dell'impazzire è la prova più evidente che la concrescibilità degli stati di coscienza e la loro forza di coesione eran già prima o sono divenute deboli nell'individuo che esaminiamo. Ma un apprezzamento, per così dire più quantitativo, ci è porto dalla proporzione fra l'elemento morboso e i suoi effetti disgreganti. Quando vediamo che una semplice illusione, un'allucinazione isolata, un'idea fissa, una tendenza impulsiva, bastano a perturbare la coscienza, potremo dire che quella personalità era poco integrata, e quindi poco coesiva: ed è fatto comune negli ereditarii. Possiamo poi in modo speciale valerci dei sogni. I sogni sono quasi sempre disgregamenti spontanei della coscienza, la quale è invasa dagli elementi inferiori della personalità resisi autonomi nell'inerzia dei centri appercettivi inibitorii. Ma sui sogni torneremo, parlando dei disturbi di imaginazione (vedi all'Art. seg.).

β) Volendo poi passare a un esame sperimentale della forza d'aggregazione degli stati di coscienza, potremo usare i processi di dissociazione mentale, con cui si rendono palesi i movimenti incoscienti. — Tal'è, per primo in ordine storico, il notissimo *pendolo di* Chevreul (un anello o altro oggetto pesante, sospeso ad un filo di seta non ritorta che venga tenuto fra i polpastrelli del pollice e dell'indice, non appena cominci ad oscillare prende un movimento rotatorio). Ma esso richiede però che l'attenzione si distragga dal fenomeno, e non è cosa facile ad ottenersi dall'alienato. — Il medesimo difetto ha il processo della *bacchetta divinatoria* (un bastoncino di legno flessibile ed elastico, piegato fra i due indici stesi ri-

gidamente, comincia ben presto a girare attorno alla linea o asse longitudinale che ne sottende l' arco). — Migliore è l'esperimento della *scrittura automatica* o processo del GLEY. Si consegna al soggetto una penna od un lapis, e gli si dice di pensare ad un nome, ad una cifra: quindi appoggiata la propria mano sulla di lui destra messa in atteggiamento di scrivere, non si tarda ad avvertire che egli ad occhi chiusi, senza nessuna spinta o con appena un lieve impulso iniziale, scrive quel nome e quella cifra senza averne coscienza.

Altri processi per lo studio dei moti incoscienti consistono nel fare eseguire *movimenti simultanei con le due mani*. I movimenti possono essere eguali, per es. scrivere la medesima parola o disegnare la medesima figura nello stesso tempo con la mano destra e con la sinistra (esperimento di LOEB); ma possono anche essere differenti, per es. tracciare una linea verticale con la destra ed una linea orizzontale con la sinistra, o viceversa (esperimento di MÜNSTERBERG). Non si tarda a vedere quanto sia difficile, e fino impossibile, ad alcune coscienze poco sviluppate integrare questi due atti contemporanei.

Ottimo mezzo, per saggiare la tendenza alla disgregazione della coscienza, è anche quello della *divisione dell' attenzione volontaria* o processo di BINET (recentemente sottoposto a bella critica dal nostro DE SANCTIS). Si fa eseguire al soggetto nello stesso tempo un'operazione muscolare ed una intellettuale: p. es. 1.° premere con la mano in modo ritmico una sfera di caucciù, i cui movimenti si fisseranno colla tecnica grafica), e contemporaneamente fare un piccolo calcolo a mente (7×7, 19×2, ecc.) oppure narrare un fatto qualsiasi, recitare ad alta voce una poesia, un'orazione, ecc.; — 2.° scrivere più volte una parola o una frase, e contemporaneamente ascoltare la lettura di un aneddoto, che poi il soggetto dovrà ripetere dopo qualche tempo con le stesse parole e frasi.

Gli stati simultanei di coscienza non si integrano nei deboli, e specialmente nelle isteriche. Ed ora si osserva l'*incoscienza* di uno o altro degli atti da eseguire, il quale viene continuato ma in modo incosciente, o, meglio, automatico; ora la *irregolarità* nella esecuzione degli atti stessi, la quale può andare a carico tanto dal movimento, quanto dell'operazione mentale; ora l'*agguagliamento uniforme* o imitativo,

manifesto nel trasferirsi del ritmo dall'uno all' altro stato di coscienza; ed ora la *sospensione* e anche la assoluta *soppressione*, che per lo più è a carico dell'atto muscolare e a benefizio dello stato psichico di coscienza.

γ) Ma il metodo disintegrativo più sicuro è la suggestione ipnotica (§ 69, p. 86). Rinviando per questo argomento alle opere speciali di ipnologia, mi contenterò di indicare i prccessi, coi quali potremmo indurre anche negli alienati la ipnosi:

I. Processi fisiologici:

1.° Mediante *eccitazione del senso della vista:* α) stimoli improvvisi e forti: abbarbagliamento (luce solare, lampada elettrica, incandescenza del magnesio): β) stimoli deboli e prolungati: fissazione dello sguardo (oggetto brillante o no posto vicino agli occhi e un po' in alto [processo del Braid], occhio dell'ipnotizzatore, specchio rotatorio del Luys);

2.° Mediante *eccitazione del senso dell'udito:* α) stimoli forti e improvvisi (colpi di tamburo, tam-tam, ecc.): β) stimoli deboli e prolungati (diapason, orologio da tasca, un rumore monotono qualunque);

3.° Mediante *eccitazione del senso tattile:* α) stimolazione rapida ed energica su determinate regioni del corpo (zone ipnogene): β) stimolazioni deboli e prolungate (pressione sui globi oculari, pressione sui pollici, contatti leggeri, « passi magnetici », fregagione sul bregma);

4.° Mediante *eccitazione della sensibilità elettrica* (passaggio prolungato di deboli correnti galvaniche e faradiche, fors'anco azione delle correnti di altissima frequenza o « autoconduzione » del D'Arsonval);

5.° Mediante *eccitazione del senso magnetico* [?] (calamite, placche metalliche, « catene galvaniche » del Pulvermacher, « ipnoscopî » di Grossmann e di Ochorowicz).

II. Processi psicologici:

1.° *Persuasione* (invito blando a dormire: è il metodo preferito dal Bernheim e dalla scuola di Nancy);

2.° *Intimazione* (« dormite! »: antico e fortunatissimo mezzo di successo dell'Ab. Faria);

3.° *Attenzione aspettante* (suggestioni in istato di veglia: credenze illusorie od allucinatorie: sonno a data prefissa, o quando si tocchino oggetti « magnetizzati », ecc.).

4.° *Preparazione subcosciente* (suggestioni post ipnotiche, sonno ed atti a scadenza).

La ipnotizzazione degli alienati è tutt'altro che facile: qui gli insuccessi sono assai frequenti, checchè dicano A. VOISIN, LUYS e SCHRENCK-NOTZING. Sono ipnotizzabili, ad ogni modo, solo quei pazzi, di cui sia possibile mantener fissa l'attenzione, e dove non esistano allucinazioni nè delirii circoscritti. E tali sono certi melancolici, neurastenici con idee fisse e con impulsi, isterici, ipocondriaci e affetti da forme degenerative.

V. Con la ricerca semejotica sulla continuità unitaria della coscienza noi ci proponiamo due cose essenzialmente distinte: stabilire, in prima, se *obbiettivamente*, fra le manifestazioni successive di tutta la vita mentale del nostro ammalato si mantenga quel legame causale da cui dipende per l'appunto la continuazione e la coerenza di una data personalità cosciente; stabilire, in seconda linea, se *subbiettivamente* il malato abbia e conservi il sentimento ed il concetto dell'unità ed identità del suo io. — La prima indagine ci permette di scorgere che in certi individui è interrotta la « continuità della vita psichica ». Nella loro esistenza si alternano in modo più o meno regolare due o più fasi o periodi, che si differenziano pei caratteri peculiari dell'emotività, dell'ideazione, delle tendenze e dell'energia volitiva (stati di doppia coscienza). — Con l'altra ricerca intendiamo, invece, penetrare nel fatto più complesso di tutta l'attività psichica, nella « autocoscienza o coscienza di sè ». Noi sappiamo, infatti, che in molte malattie mentali il sentimento ed il concetto della propria personalità sono alterati; che in certi pazzi si oscura e si fa confusa la idea della loro identità personale; che in altri questa idea a poco a poco si trasforma per essere sostituita dall'idea di un io più o meno diverso dall'antico (delirio metabolico); e che, da ultimo, nei gravi dissolvimenti della psiche la stessa autocoscienza si cancella e si perde del tutto.

a) Il tipo classico delle divisioni della coscienza ci viene fornito dagli stati di sdoppiamento della personalità, del quale già vennero raccolti numerosi esempî (M. Nish, Azam, Dufay, Proust, Weir-Mitchell, Tamburini, ecc.). Si può giustamente designarli come *sonnambulismi spontanei*, anzi, poichè si manifestano durante il giorno, come *vigilambulismi* (Guinon, Binet). Essi sono caratterizzati da ciò che l'individuo, oltre alla sua esistenza normale (denominata « condizione prima »), presenta un'altra e diversa esistenza psicologica (« condizione seconda »), della quale non conserva ricordo al ritorno nello stato regolare. Però lo stato secondo deve, per esser tale, costituire una esistenza psicologica completa, di guisa che chi nulla sappia della morbosità del caso di nulla si accorga: il soggetto dovrà seguitare a vivere della vita comune, avere lo spirito aperto a tutte le idee e percezioni, e (si noti bene) non delirare per nessun conto.

Il rapporto cronologico dei due periodi o stati è vario. Nei casi più semplici e frequenti la condizione di vigilambulismo forma lacune irregolari, che a quando a quando interrompono la esistenza normale. Altre volte, invece, le due condizioni si alternano a periodi regolarissimi e di durata sempre eguale. Può pure avvenire che la condizione prima o normale si renda a poco a poco più corta di fronte all'invasione dell'altra, finchè termini con l'occupare una frazione insignificante della esistenza totale e fors'anco a dileguarsi del tutto lasciando dominare perennemente l'io abnorme o secondo, che assume allora tutti i caratteri di Io primo.

I segni, da cui si desumono queste alternative e duplicità di coscienza, sono: 1.° i cangiamenti di carattere; 2.° le lacune della memoria. Naturalmente è più facile rilevare che un soggetto non ha ricordi su di un determinato periodo della sua esistenza, di quello che sia l'apprezzare le modificazioni, talvolta minutissime, della condotta. Se adunque si prende come segno più sicuro delle divisioni di coscienza la condizione della memoria, si troverà che lo stato secondo non lascia ricordi durante la veglia o stato primo, ma che ogni suo ritorno riconduce i ricordi della sua antecedente manifestazione, e la persona rammenta tutti i fatti che aveva dimenticati durante la vita normale.

Così intesi, gli stati di sdoppiamento altro non sono se non l'ingrandimento di un disordine mentale abbastanza comune nell'isterismo ed in altre condizioni morbose analoghe, denominate, in mancanza di meglio, isteroidi. Frammenti di vita psicologica, contraddistinti specialmente dal possedere una memoria loro propria, si osservano anche nella neurosi epilettica, nella pazzia periodica e ciclica, nelle intossicazioni per alcool, etere, haschisch, ecc. Se non che, qui l'esistenza di una memoria speciale negli stati secondi si rivela sotto una forma più elementare che non sia quella del tipico vigilambulismo isterico: è, cioè, una memoria organica (automatismo cerebrale). Ciò che ce la deve far sospettare sarà il fatto che il soggetto ricominci sempre ad ogni nuovo attacco gli stessi atti, o ripeta le stesse frasi e parole, o presenti le stesse allucinazioni ed idee deliranti.

b) La coscienza dell'io, o « autocoscienza » (*selfconsciousness*, *Selbstbewusstsein*) sta al culmine dell'evoluzione della coscienza in tutta la serie animale. Essa si fonda, prima di tutto, sulla cenestesi (Vol. I, § 59, J), vale a dire sulla percezione e sull'idea del nostro proprio corpo; in secondo luogo, la costituiscono le rappresentazioni dei poteri personali, che sono poi le imagini derivanti dal senso muscolare (Bain, Taine, Fouillée). Noi attribuiamo all'io unità ed identità, perchè sintetizziamo la nostra esistenza presente con la esistenza passata, ossia le impressioni attuali coi ricordi: il che significa che l'idea cosciente del *Me* uno ed identico suppone la memoria, sia che si tratti di identificare l'io del momento, sia che la identificazione concerna l'io del passato. Adunque, i disturbi della autocoscienza sono in particolarissimo modo illuminati dalle condizioni, in cui versano i poteri di conservazione e rievocazione dei ricordi (veggasi più innanzi).

α. Quando il pazzo è in grado di avvertire e di riconoscere il cangiamento morboso avvenuto nel suo io attuale rispetto all'io passato, noi diciamo che egli è conscio del proprio stato. Il sentimento dell'identità personale si continua, e può anzi in taluni casi considerarsi esagerato, come si vede nelle lamentanze del melancolico (« *sono cambiato* », « *non sono più io* », « *sono divenuto un altro* », . . ovvero addirittura

« *temo d'impazzire* », « *m'accorgo che divento pazzo* » ecc.). Ma in generale i malati di mente non sono consapevoli dell'alterazione avvenuta nel loro modo di sentire, di pensare e di volere: negano di essere diversi da quelli di prima, non ammettono che i loro atti siano in opposizione con la loro condotta antecedente, si irritano al più lontano accenno di un disordine mentale, ecc. Questo significherà che il pazzo è inconscio del proprio stato.

β. Quando si mostrano alterate la memoria e la ricognizione dei legami storici, che intercedono fra l'io presente e l'io passato, noi dobbiamo subito sospettare che si svolga o si sia già formato un processo morboso di trasformazione della personalità. Spesso il primo indizio della perdita dell'idea di identità ed unità personale è la manifestazione di qualche dubbio sulla nascita (delirio genealogico) o di qualche peculiare interpretazione di antichi ricordi (delirio palingnostico).

Articolo III.

I disturbi dell'Intelletto, del Sentimento e della Volontà.

(Disnoesie, Distimie e Disbulie).

114. **Esame della funzione cognitiva** (« **Intelletto** »). — Per esaminare le funzioni intellettuali dell'alienato dovremo procedere gradatamente dalla capacità di percepire le impressioni a quella altissima di giudicare e ragionare.

I. La PERCEZIONE è un processo composto, che implica tanto la presentazione, quanto la ripresentazione. Se non si ricordano le impressioni già avute e percepite, se cioè non si ha la imagine della cosa che colpisce la coscienza in un dato momento, non la si può riconoscere, e non riconoscendola non la si può percepire. Questo ci dimostra che, quando esaminiamo i poteri percettivi di un alienato, la ricerca non è così semplice come parrebbe a prima vista. Noi l'obbli-

ghiamo a mettere in esercizio l'attività della memoria e ad eseguire processi mentali di comparazione, di assimilazione o disassimilazione, di combinazione, in altri termini un ragionamento abbastanza complicato. Il nostro scopo è di stabilire se il pazzo avverta e riconosca la natura e l'intensità delle singole impressioni esteriori ed interiori, se interpreti e localizzi correttamente le sue sensazioni, e se abbia le percezioni composte fondamentali (p. es. quelle di tempo e spazio).

a) La percettività generale, o capacità delle semplici percezioni, viene, in primissimo luogo, apprezzata e misurata sull'esame delle singole sensibilità (vol. I, § 56-59). Volendo poi scendere ad un'indagine più minuta e più strettamente psicologica, noi investigheremo il potere percettivo del pazzo sotto due aspetti: ricognizione esatta delle impressioni, e tempo necessario perchè si effettui il riconoscimento.

1.° La ricognizione del fenomeno percettivo si saggia con la presentazione diretta dello stimolo sensoriale o con l'eccitamento della suggestione verbale (domande: *quid? quis? ubi? cur? quomodo? quando?*). L'indizio che il soggetto ha riconosciuta la impressione ci può essere dato tanto con la parola (denominazione affermativa o negativa), quanto con altri movimenti espressivi (fisonomia, gesti indicativi e denotativi, imitazione di atti, scrittura). L'esame analitico per le singole categorie di impressioni è il seguente.

α. Per le *impressioni ottiche:* — Il mezzo più semplice è di far riconoscere e designare al malato le persone presenti, gli oggetti circostanti, le parti di un paesaggio (case, alberi, strade), le carte da giuoco, le incisioni di un libro illustrato, le monete, i francobolli, le singole dita della mano, i segni dell'alfabeto comune e quelli di altri alfabeti, per es. del greco e del gotico, se si tratta di persone istruite (a tale scopo serviranno egregiamente gli *Optotypi* di SNELLEN, di WELCKER e simili). Potremo poi passare a indagini più complesse, quali sarebbero l'apprezzamento della direzione e lunghezza di una linea o di più linee parallele, divergenti e convergenti (esperienza di HÉRICOURT); l'apprezzamento di un angolo o retto

od ottuso o acuto (il GALTON ha inventato all'uopo un istrumento speciale); la designazione dei colori e delle loro varie sfumature (lane di HOLMGRÈN), ecc. In seguito vedremo se il malato sa imitare e immediatamente ripetere un gesto (sporgere la lingua, far cenno di sì, ecc.), un'espressione del viso, (ridere, piangere), una smorfia, e simili. Da ultimo la esatta percezione visiva ci sarà dimostrata dalla copiatura di uno scritto o di un disegno, e dalla capacità di denominare per iscritto l'oggetto percepito o designarne le qualità. Questa capacità indica che sono libere le vie di associazione fra il centro percettivo ottico e quello cinesiestetico della scrittura.

β. Per le *impressioni acustiche:* — Facciamo riconoscere, designare e ripetere dati suoni, per esempio i fonemi dell'idioma comune o quelli di idiomi stranieri, l'intonazione della voce, le note della gamma musicale, i fischi, i rumori prodotti dall'urto di oggetti, o da colpi sul tavolo, e simili. La prova più completa della percettività uditiva ci è data dalla comprensione delle domande e dalle risposte che il malato ci dà, dalla esecuzione di ordini impartiti colla voce senza il sussidio di nessun gesto od atto, e dalla scrittura sotto dettato.

γ. Per le *impressioni gustative e olfattive:* — Si indaga se il malato distingue e riconosce esattamente gli odori e i sapori. La ricerca deve compiersi tanto con sostanze comuni, quanto con altre di natura sconosciuta.

δ. Per le *impressioni cutanee:* — Trattasi, anzitutto, di percepire distintamente a occhi chiusi se un contatto sulla pelle è lieve o forte, breve o lungo, strisciato o calcato, ecc , e se un dato oggetto è caldo o fresco. Si fa poi designare e ripetere una puntura, un pizzico, un solletico, uno strisciamento. Quindi si procede a vedere se il malato riconosce col tatto (naturalmente ajutato da sensazioni muscolari) gli oggetti d'uso comune, ad es. le monete, le forbici ecc,, e se può definire quelli a lui ignoti, p. es. lo stetoscopio, l'estesiometro, ecc.

ε. Per le *impressioni cinesioestetiche* (muscolari): — Si fa riconoscere, indicare con la parola e ripetere ad occhi chiusi un dato movimento, oppure un cambiamento passivo di posizione degli arti. S'invita poi il malato a disegnare, sempre senza la vista, una linea, o a scrivere una cifra od una parola sia dettegli prima a voce, sia anche fattegli eseguire con la mano guidata da quella dell'osservatore (Cfr. Vol. I).

θ. Per le *impressioni della sensibilità generale:* — Qui è da ricercarsi in prima la percettività del dolore, e specialmente se il malato distingue esattamente la natura, l'intensità e localizzazione della sensazione. Anche quando ci manca la risposta verbale, avremo i dati espressivi fisionomici, mimici, vasomotorî, ecc. per stabilire il disturbo di percezione. Per ciò che concerne la sensibilità organica, abbiamo già detto come sia di somma importanza l'indagine sul livello, cui arrivano le impressioni viscerali rispetto alla soglia della coscienza; noi non abbiamo però criterî obbiettivi di apprezzamento, e solo ci serviranno le dichiarazioni dell'alienato.

2.° Il tempo necessario al riconoscimento percettivo si misura coi metodi psicometrici che già abbiamo descritto (§ 113). Nell'individuo sano le percezioni più rapide sono ordinariamente le acustiche, vengono poi le visive e le cutanee: ma negli alienati queste relazioni cronologiche possono invertirsi. Notiamo che gli allungamenti del tempo psichico (depressione) sono di gran lunga più comuni e caratteristici che non gli accorciamenti (esaltazione).

b) Le percezioni complesse, che dovremo esaminare in modo speciale, sono quelle riferentisi allo spazio ed al tempo.

1.° La *percezione di spazio* non ha una genesi esclusivamente nativistica (KANT, G. MÜLLER, WEBER, PANUM, STUMPF), nè empirica (J. STUART MILL, HELMHOLTZ, BAIN, LOTZE, TAINE), ma è costituita da elementi primordiali ereditarî e da elementi acquisiti individuali (SPENCER, WUNDT). Contribuiscono a formarla sensazioni di tutti i sensi, ma particolarmente le muscolari, il sentimento di sforzo, il tatto, la vista. — Noi cimenteremo la percezione spaziale cominciando a interrogare il pazzo sul luogo dove egli si trova, se lo conosce o riconosce, se ne distingue i particolari, ecc.. In seguito gli faremo apprezzare la distanza di un oggetto, di una persona, di una cosa (spazio visivo), la provenienza e la direzione di un suono (spazio acustico), la lunghezza di un contatto strisciato leggermente sulla pelle (spazio tattile), l'estensione e la forma di un movimento passivo compiuto a occhi chiusi (spazio motile). Studieremo specialmente il senso d'equilibrio (Vol. I, § 59).

2.° La *percezione di tempo* è anch'essa spiegabile con la teoria mista psicogenetica (SPENCER). La prima nozione del tempo ci viene dalla serie successiva dei nostri cangiamenti di coscienza; la misura del tempo ci è fornita subbiettivamente dalla durata di una sensazione, e obbiettivamente dallo spazio, soprattutto apprezzato coi movimenti. — In un gran numero di pazzi la percezione temporale si oscura in ragione del loro disturbo di coscienza e di memoria: l'alienista potrà vedere fino a qual punto essa sia lesa, interrogando il malato sull'ora, sulla fase della giornata, sul tempo trascorso da un dato avvenimento, e quindi sottoponendolo a prova sperimentale. Il processo più semplice è di fargli giudicare la durata di una pausa fra due sensazioni (per es. fra due suoni di campanello, fra due contatti, fra due punture, ecc.): processi più accurati sono poi quelli cronometrici (per es. apprezzare gli intervalli fra i colpi di un metronomo; riprodurre una o più serie di colpi, ecc.).

c) Quando un pazzo interpreta falsamente o localizza erroneamente le sue percezioni, noi lo diciamo affetto da **illusioni**. Queste potranno essere o percettive esterne, cioè visive, acustiche, olfattive, gustative e tattili cutanee, o percettive interne, cioè tattili mucose, muscolari, viscerali ed organiche; ora si presenteranno ristrette ad un solo senso o ad una sola categoria di sensazioni organiche, ma più spesso ancora saranno insieme associate. Notisi però che le illusioni, pur essendo un sintomo comunissimo delle psicopatie, si connettono indissolubilmente con la vita normale dello spirito; anche l'uomo più sano è soggetto ad errori di senso, fra i quali sono notissimi e tipici quelli ottici (fig. 136-137). Ma le illusioni psicopatiche si sceverano facilmente dalle fisiologiche per i tre seguenti caratteri: 1.° sono *individuali:* l'alienato si forma una quasi-percezione od una erronea percezione proprie di lui solo, le quali contraddicono alle percezioni di tutti gli altri individui (sani); ; 2.° sono *autonome:* le quasi-percezioni e le erronee percezioni non si collegano con le esperienze antecedenti del soggetto, e costituiscono un fenomeno nuovo ed insolito nella serie dei suoi percetti; 3.° sono *incongrue:* consistono in fusioni abnormi di elementi sensoriali

eterogenei tanto rispetto alle loro relazioni di spazio e di tempo, quanto rispetto alle loro relazioni causali.

L'illusione ha varî gradi. Nel primo è una semplice confusione delle imagini sensibili, che può anche essere avver-

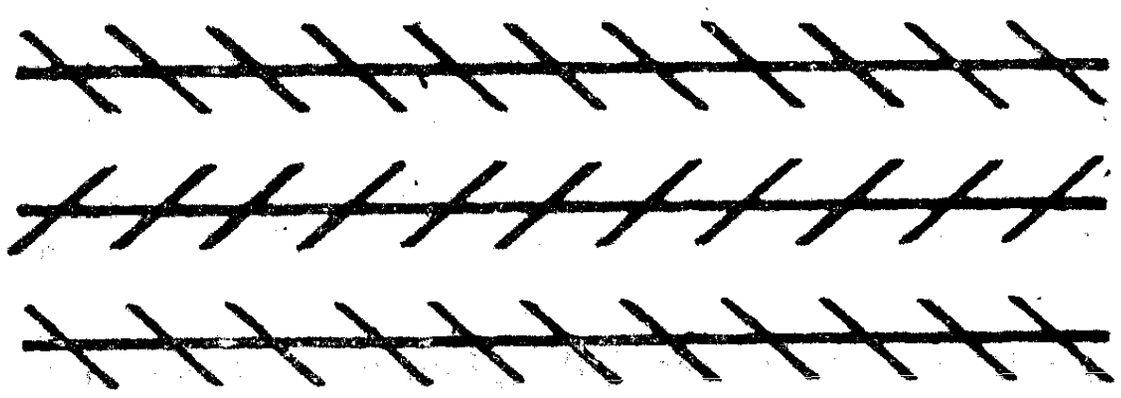


Fig. 136. — Esempio di illusione ottica.

[In causa della direzione ad angolo delle piccole linee oblique le tre linee lunghe, esattamente *parallele* tra loro, sembrano convergere o divergere rispettivamente l'una dall'altra].

tita dalla coscienza; nel secondo è l'interpretazione falsificata delle imagini sensibili non corretta dalla coscienza; nel terzo e più grave, è l'aggiudicazione del fenomeno quasi-percettivo o falso ad influenze estranee (delirio) (SULLY).

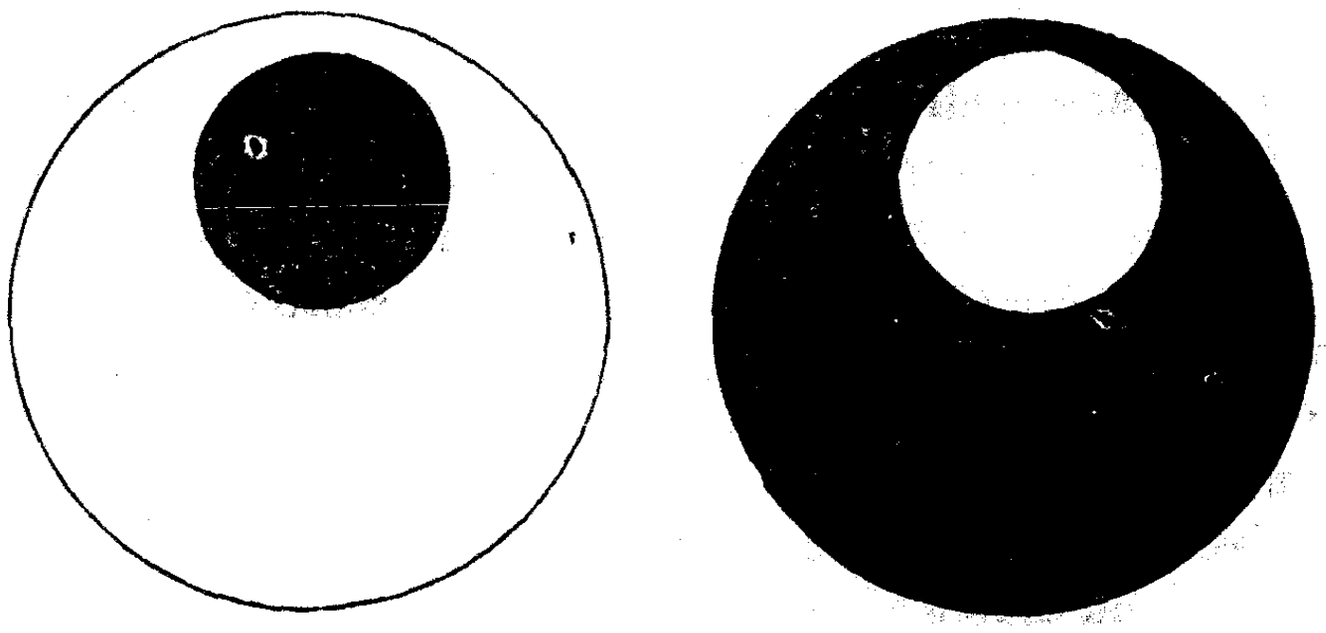


Fig. 137. — Esempio di illusione ottica.

[Pel contrasto tra la superficie nera e la bianca, i due cerchi esterni e i due interni, fra di loro *eguali*, appajono o più piccoli o più grandi rispettivamente l'uno dell'altro].

Nei pazzi, come nei sani, le illusioni hanno due origini: la passiva e la attiva. Le illusioni passive insorgono ora per condizioni speciali interne (stato fisico dell'organismo, cangiamenti morbosi della sensibilità, abbassamento della soglia della coscienza, ecc.), ora per condizioni esterne (stimoli troppo deboli o troppo intensi, associazioni fortuite di stimoli ecc.).

Le attive dipendono dalla disposizione particolare dell'animo, e soprattutto dalla prepercezione del soggetto, quando egli, dominato da un delirio o già allucinato, è propenso ad interpretare falsamente anche i percetti più ordinarî; dalla attenzione aspettante, quando egli è in attesa di impressioni nuove, insolite e strane; dalla acuità della introspezione, che lo rende consapevole di impressioni comunemente inconscie; e infine dalla fantasia, che ben presto fa passare la sua mente dall'errore percettivo semplicemente illusorio a quello allucinatorio.

Per scoprire le illusioni son criterii semeiotici il contegno, l'espressione mimica, la parola, lo scritto, la condotta. Il delirio ci giova assai (p. es. quello di avvelenamento per le illusioni gustative, quello di persecuzione per le cenestetiche, ecc). Alcune volte possiamo provocarle sperimentalmente, massime le visive nel pazzo esaltato (scambio di persone e di cose).

II. La MEMORIA è un processo composto, che implica tre cose diverse: la conservazione di certi stati indotti dal fenomeno percettivo; la loro riproduzione in forma di ricordo; il riferimento del ricordo al passato con localizzazione nel tempo. Mentre la ritenitiva e la rievocazione sono indispensabili, l'ultima operazione mentale può mancare, o, per lo meno, si può avere solo la coscienza che il fatto riprodotto è realmente avvenuto senza ricordare la data sicura. Ad ogni modo, l'esame clinico della memoria dei pazzi deve esaurire tutte le indagini concernenti i poteri ripresentativi.

a) Si comincia naturalmente coll'esame del potere mnemonico di evocazione sui diversi gruppi di ricordi.

1.° *Ricordi concernenti le condizioni personali:* — Si fanno designare l'anno di nascita, il giorno natalizio, la data del matrimonio, il numero e il nome dei figli e degli altri membri della famiglia, i legami di parentela coi presenti o con persone lontane, la disposizione della casa, della città e dell'ufficio, le condizioni finanziarie di famiglia, ecc. Solo nei casi di evidente dismnesia o di profondo turbamento della coscienza si potranno rivolgere le domande: chi siete? come vi

chiamate?, poichè evocherebbero ricordi difficilmente cancellabili anche nei processi distruttivi cerebrali. — Si noti l'importanza che in certe forme di alienazione (paranoie ambiziose) hanno i ricordi di infanzia e fanciullezza: la loro falsificazione o paramnesia svolge e alimenta i più curiosi delirî palingnostici (genealogie imaginarie, illazioni paradosse sulla causalità dei fatti, origine di fenomeni allucinatorî, cangiamenti di personalità, ecc.).

2.° *Ricordi di fatti personali recenti ed antichi:* — Si chiede al soggetto come abbia passata la giornata d' ieri o di ieri l' altro, che cosa abbia mangiato a pranzo o a cena, quali persone abbia visto o incontrato per via, quali visite abbia ricevuto, ecc Raccogliendo possibilmente dal malato stesso i dati anamnestici, si avrà campo di valutare la vivacità ed il numero dei ricordi. Quando nella sua vita esista un avvenimento importante, che deve aver lasciato traccie o che può offrire rapporti etiologici con la alienazione mentale, si vegga se egli se ne rammenta con esattezza, soprattutto per riguardo alla successione logica causale degli eventi.

3.° *Ricordi di nozioni generali o speciali acquisite:* — Qui il campo aperto alle nostre domande è vastissimo, ma dovremo variarle in conformità del sesso, dell'età, condizione, coltura, ecc. — Pei fanciulli, per le donne, per gli incolti (e per gli ammalati in grave deterioramento intellettuale) si potranno far recitare le preghiere, l'alfabeto, la serie dei numeri, i dieci comandamenti, le poesie popolari, i giorni della settimana, la indicazione dell'anno, del mese, ecc. Di poi potranno farsi domande sulla topografia della città e del paese, sul vicinato, sul numero degli abitanti, sul nome del sindaco, del Papa, dei Sovrani, sul valore delle monete, sul colore dei fiori, sugli avvenimenti pubblici più noti degli ultimi tempi, ecc. — Dai più istruiti si esigeranno risposte, che evochino ricordi di scuola o di possibili letture. Tali sarebbero le questioni storiche (per es. quando avvenne l'ingresso delle truppe italiane in Roma? quando la morte di Napoleone I? quando la scoperta dell'America? chi ha condotto gli Ebrei fuori d'Egitto? chi è il primo fratricida? ecc.); oppure le geografiche (p. es quale è la posizione dei punti cardinali? quali i nomi delle capitali dei vari Stati? dove si trova il fiume delle

Amazzoni?); oppure le fisico-naturali (per es. quanti lati ha un triangolo, un pentagono ecc.? come si chiamano i più grossi abitanti del mare? ecc.). — Se l'alienato studiò in giovinezza le lingue classiche, si vegga fino a qual punto ne evoca ancora le imagini verbali all'udizione ed alla lettura; se deve conoscere qualche idioma straniero, si verifichi la sua capacità di tradurre parole e frasi italiane.

4.° *Ricordi di abilità manuali:* — Si saggieranno allo stesso modo le categorie di imagini muscolari concernenti le abilità apprese relative alla tecnica della professione, o quelle di scrivere, di suonare e leggere la musica, di disegnare, ecc.

In queste indagini sul potere evocativo bisogna osservare se il malato ha il senso del risveglio delle imagini; se i ricordi sono chiari o indistinti, se precisi in tutti i loro particolari o semplicemente limitati ai contorni ed ai tratti precipui della cosa e dell'avvenimento, se accompagnati dal sentimento della certezza ovvero oscillanti e dubbî. Si verifichi poi se l'evocazione è facile o stentata, ed in particolar modo si guardi alla esistenza di possibili « punti mnemonici di ritrovo », poichè da essi la mente può prendere le mosse per un più completo lavoro di rimembranza attiva o passiva. A tale proposito importa vedere come, evocato un ricordo della sua esistenza anteriore, il paziente lo sappia riferire ad una data fissa.

Questa « localizzazione nel tempo » dipende dalla integrità dei legami associativi fra le imagini, e si può effettuare in due modi: o direttamente, quando il ricordo della data è strettamente connesso a quello del fatto; o indirettamente, quando per mettere un ricordo incerto nel posto che gli spetta nella successione degli eventi si evocano prima altri ricordi più certi. Nell'ultimo caso si usano tre procedimenti mnemonici: il retrogrado, qualora si risalga dal presente o da ricordi posteriori sino a quello che si vuol localizzare nel tempo; l'anterogrado, quando si scenda verso di lui da ricordi anteriori e più antichi; l'oscillatorio convergente o divergente, quando si giri, per così dire, con la memoria attorno al fatto che si evoca, avvicinandosene e scostandosene più volte, fino a tanto che non si giunga a fissarlo cronologicamente (cfr. SOLLIER, *Les troubles de la mémoire*, Paris, 1892).

b) Per l'esame del potere mnemonico di conservazione;

1°. Il mezzo più semplice è di far riprodurre dal malato gli stessi atti e le stesse parole, dopo un lasso più o meno lungo di tempo; si potrà così apprezzare la *capacità e durata di conservazione* dei singoli percetti e delle diverse categorie di percezioni. Bisogna distinguere, a tale proposito, la riproduzione immediata di una cosa appresa (memoria momentanea) dalla riproduzione dopo un tempo più o meno lungo (memoria ritenitiva pr. detta). Il problema tecnico non è arduo: — Quanto tempo tiene in mente il malato cose nuove, che gli siano apprese? le imagini sono ben conservate nei loro nessi associativi e nel loro ordine cronologico? l'obblìo dopo un dato tempo è completo o parziale? — Per rispondere a tali domande applicate alla psicopatologia individuale, si deve avvertire che anche nei sani i ricordi delle cose indifferenti e dei piccoli incidenti quotidiani (p. es. ore e altri particolari dei pasti, delle passeggiate e visite abituali, della levata mattinale, ecc.), non rimontano d'ordinario al di là di 3-6 giorni.

2.° Viene poi la ricerca sull'*estensione* o meglio sulla *presa* della memoria (« mental span » degli Inglesi): — Qual è il numero dei ricordi, che possono essere acquistati in un dato tempo? quante volte un'impressione breve o lunga, semplice o complessa, deve ripetersi per fissarsi ed essere ritenuta? — Anche qui, prima di diagnosticare un affievolimento di memoria, occorre riflettere che le impressioni indifferenti, senza interesse, esigono un numero più grande di ripetizioni per essere ritenute e conservate dalla memoria.

Il procedimento sperimentale più semplice è di lasciare soggetto libero di studiare un brano di prosa, una poesia, un teorema geometrico, ecc. e vedere poi quanto tempo impiega a figgerselo nella mente. Volendo poi saggiare le diverse memorie, ecco come si procede:

α. Per la *memoria acustica:* — Ritenere a mente e ripetere subito o dopo un intervallo di 15-30 secondi, o dopo un minuto, un quarto d'ora, un'ora ecc. un numero di 3, 4, 5 cifre; una frase, un verso, un periodo di autore ignoto; un suono, una serie determinata di colpi, un intervallo fra due suoni più o meno lungo e della durata variabile da $^1/_2$ secondo a 5 minuti (esperimento di PANETH e di WOLFE); ovvero anche ascoltare per un numero vario di volte e ripetere poi a tempo

dovuto una serie di fonemi articolati monosillabici succedentisi senza legame di senso (esperimento di EBBINGHAUS).

Le percezioni e imagini acustiche sono quelle che meglio si prestano al cimento della memoria conservativa: il soggetto può darcene la riproduzione momentanea e la riproduzione più o meno ritardata. Si baderà, intanto, al numero di ripetizioni, che è richiesto dal soggetto per l'apprendimento della cifra, frase, serie monosillabica, ecc.; ed alla minore fatica, cioè al risparmio di tempo e di ripetizioni, con cui si effettua il secondo apprendimento di una cosa altra volta imparata dopo un intervallo fisso, p. es. dopo 2, 12, 24 ore o dopo più giorni. Nelle indagini di questo genere l'apprendimento di una strofa si mostrerà naturalmente più agevole di quello di una serie di monosillabi; poichè quando si tratta di cose che non svegliano interesse nè sentimento estetico, o che mancano fra loro di associazioni logiche, non solo si fa uno sforzo maggiore per ritenerle, ma anche apprese vengono poi presto dimenticate. Un'altra considerazione merita il fatto che in certi stati psicopatici, a un dipresso come nell'ipnosi, si organizzano associazioni incoscienti fra i residui dei percetti, dalle quali si può essere indotti in errore giudicandole prova di attenzione appercettiva o di buona memoria, mentre provano al più l'automatismo psichico.

β. Per la *memoria visiva*: — Il metodo più semplice consiste nel vedere se il soggetto ha la memoria delle linee. Gli si mostra una linea di determinata lunghezza, p. es. di 3-5-7-11 centimetri, gliela si lascia osservare per alcuni secondi, poi dopo un tempo sempre determinato si cerca quale ricordo abbia della percezione avuta. Per far ciò si hanno quattro procedimenti: la *descrizione* (il soggetto descrive in parole la linea mostratagli); la *ricognizione* (egli riconosce la linea in mezzo ad altre e diverse che gli si fanno vedere: questo è il processo più semplice e diretto); la *riproduzione* (egli la riproduce graficamente); e la *comparazione* (mostratagli una altra linea qualsiasi, egli deve dire soltanto se essa è eguale, più lunga o più corta della prima che vide).

Esperimenti più complessi sono: — Ripetere e designare dopo intervalli varî di tempo una lettera, una cifra, una parola, un verso, una strofa, che siano stati letti antecedente-

mente; ricordare la grandezza e disposizione di una figura geometrica, di un insieme di linee o di un disegno, le parti di un'incisione, il colore preciso di un oggetto, le differenti combinazioni di colori, ecc., ovvero anco ripetere con la voce o con lo scritto una serie di lettere alfabetiche o di monosillabi mostrata al soggetto in date condizioni di luce, e per un certo tempo più o meno lungo (esperimento di SANFORD). — Per la memoria dei colori servono bene le *lane di* HOLMGRÉN e il *repertorio di* LACOUTURE; quest'ultimo consta di una serie di trentasei quadrati dipinti con una mescolanza in proporzione varia di rosso e di blù. Il soggetto deve riconoscere dopo un dato tempo la lana o il quadrato colorato del repertorio, che gli vennero dapprima fatti vedere. Serve anche il seguente metodo: si fanno vedere al soggetto dei fogli, su cui sono tracciati grossi punti o cerchi di vario colore e in varî aggruppamenti, e poi lo si invita a riconoscerli in una serie di molti altri consimili (esperimento di JASTROW). — Per la memoria dei segni grafici l'illuminazione istantanea elettrica di lettere o cifre poste in fondo alla cassetta del tavolo di BUCCOLA (fig. 128) ci dà agio di misurare il tempo di fissazione.

Le ricerche possono modificarsi a piacere, sia per stabilire il numero delle percezioni e ripetizioni necessario all'apprendimento di una figura, di un colore o di un grafismo, sia per determinare la durata di conservazione delle imagini ottiche e il più o meno rapido loro obblio, sia infine per saggiare la solidarietà fra il centro corticale visivo, l'acustico, il verbo- e il grafomotorio (cfr. § 91).

γ. Per la *memoria tattile*, *termica*, *olfattiva*, *gustativa*, *dolorifica*, ecc.: — Si fanno osservazioni sulla capacità di definire, descrivere e localizzare dopo un tempo più o meno lungo una sensazione di contatto semplice, di caldo, di freddo, ovvero una puntura. Si verifica allo stesso modo se un odore e un sapore di data natura ed intensità vengono dal soggetto riconosciuti, alla distanza di qualche minuto o di più ore dalla prima impressione, in mezzo a molte altre sensazioni odorose e sapide.

δ. Per la *memoria muscolare*: — Ripetizione di movimenti attivi precedentemente eseguiti; ripresa di atteggiamenti passivi impressi una o più volte alle membra; riconoscimento

di un bastoncino di lunghezza determinata fra altri di lunghezza diversa percorsi prima con le dita e tastati ad occhi chiusi, oppure celati da un diaframma (esperimento di JASTROW); orientamento nella camera dopo avervi camminato senza aiuto di vista e dopo aver girato una o più volte su sé stesso; riproduzione di una linea, d'una figura, eseguite prima ad occhi chiusi o con la mano guidata dall'osservatore, ecc.

c) I disturbi di memoria, che possiamo vedere nella pazzia, sono, al solito, di tre sorta: mancanza e diminuzione, cioè amnesia ed ipomnesia; pervertimento o falsificazione, cioè paramnesia; esagerazione, cioè ipermnesia.

1.° La ricerca semejotica dell'amnesia ed ipomnesia è di somma importanza per la diagnosi e la prognosi. Sotto l'aspetto della *praxis* gli alienati si dividono in due gruppi:

α) Quelli in cui la lesione di memoria è il fatto principale ed unico, pel quale essi vanno o sono condotti a consultare il medico specialista. Alcuni di costoro sanno di essere divenuti smemorati, altri invece nol sanno, e sono i parenti e amici che se ne accorgono. Nel primo caso il malato è per lo più un semplice melanconico, neurastenico, ipocondriaco, che scambia la sua encefalastenia con un dissesto organico di cervello; più di rado è un paralitico colto, che avverte con ispavento i primi guasti della terribile sua malattia. Nel secondo caso si dovrà pensare ad una amenza primitiva o ad una epilettica, se il soggetto è giovane, ad una paralisi progressiva o a una demenza organica, se è adulto o vecchio: qualora la amnesia sia stata rapida, bisogna informarsi sulle possibili malattie infettive, sui traumi, sulle intossicazioni acute o croniche ecc.

β) Quelli in cui l'amnesia figura come fenomeno secondario dell'affezione, per la quale ricorrono al consulente o si trovano nell'Asilo. È la eventualità più frequente, perchè comprende, oltre alla paralisi, epilessia, alcoolismo, ecc., anche le vesanie e psicosi di lunga durata e in passaggio a demenza.

Rispetto alle sue origini, l'amnesia è *congenita*, quando consiste nella deficienza originaria del potere ritenitivo, come si vede negli idioti, imbecilli, degenerati e pazzi morali; oppure è *acquisita*, quando sopravviene in una mente normale, ed allora bisogna considerarne attentamente il decorso e la esten-

sione. Pel decorso distingueremo la amnesia passeggera dalla permanente, e la amnesia a principio rapido da quella subdolamente sopravvenuta e lentamente progressiva. Per l'estensione dovremo dividere l'amnesia generale, che attacca tutte le categorie di ricordi senza differenza, dalla sistematica che invece concerne una data categoria di ricordi. Sotto il punto di vista del diagnostico generale potranno utilmente servire le seguenti nozioni semejotiche.

α. Un'amnesia *transitoria* che lasci una lacuna completa e più e meno lunga nella serie dei ricordi, caratterizza la epilessia: essa è allora intermittente in relazione con l'attacco di incoscienza, è seguita ogni volta da confusione nelle idee, e assume significato patognomonico quando si accompagni con convulsioni, moti convulsivi, atti automatici ed impulsi morbosi. — Altri esempî di amnesie passeggere con inconsapevolezza ci sono dati però dalle convulsioni del grande isterismo (« istero-epilessia » di CHARCOT), dall'eclampsia infantile e puerperale, dall'apoplessia, dagli accessi apoplettiformi ed epilettiformi delle demenze paralitiche e dei processi encefalopatici, e dagli stati di profondo ipnotismo.

β. L'amnesia è *incompleta*, quando i ricordi restano come latenti, e si possono risvegliare e perfin localizzare nel tempo eccitando determinati « punti di ritrovo ». Si osservano queste lacune mnemoniche incomplete e un ricordo frammentario e confuso, quasi di semisogno, nell'isterismo semplice, nell'alcoolismo, nel delirio tossico, nel puerperale, nel febbrile da infezione tifica, in quello di esaurimento per convalescenza e perfino dopo certe profonde emozioni (« shock morale »).

γ. Un'amnesia *periodica*, che mostri l'obblio delle cose fatte o dette durante lo stato normale, e nello stesso tempo non tolga il ricordo di quelle dei periodi precedenti, fa insorgere il sospetto di uno stato sonnambulico spontaneo (di origine isterica). Qualora fosse associata con cangiamenti di carattere, si dovrà pensare ad uno sdoppiamento di personalità (cfr. p. 763).

δ. Quando ci imbattiamo in un'amnesia *subitanea* insorta rapidamente in mezzo alla salute perfetta, dobbiamo dilucidare quattro punti semejotici: — 1.° In quali condizioni l'amnesia si è presentata? (data della sua comparsa; modo con cui principiò o si manifestò; eventi anteriori [massime se febbri, traumi,

emozioni, intossicazioni]; se il malato ne era consapevole o no; a quali indizî fu riconosciuta; quale rapporto la collega alle sue probabili cause, e quanto tempo dopo di esse si è rivelata, ecc.); — 2.° A quale varietà appartiene l'amnesia? (se l'obblio sia assoluto o incompleto, generale o parziale, se sistematico per certi dati ricordi o no; quale sia l'ultimo fatto di cui il malato si rammenta, e di quale natura sia, e quando sia avvenuto; suoi rapporti possibili coll'attacco amnestico); — 3.° Qual'era lo stato anteriore della memoria? (informazioni anamnestiche precise, desunte dai parenti o dall'infermo medesimo); — 4.° Vi furono fenomeni morbosi concomitanti? (convulsioni, atti automatici, incontinenza di urina e feci, grida, espressioni allucinatorie e deliranti).

Tipica è poi la amnesia dei traumatismi del cervello (commozioni per caduta, percosse, urti e scontri ferroviari, ecc.): qui si vedono soprattutto la forma anterograda e la retrograda nella loro più genuina espressione.

ε. L'amnesia *permanente* è anche, nella maggioranza dei casi, *progressiva*; e su questi soli due indizî potremo fare la diagnosi o di un processo disgregativo della personalità o di uno dissolutivo (organico) dei centri cerebrali. Difatti, in presenza d'un indebolimento di memoria sopraggiunto in modo subdolo e lento, dobbiamo pensare in primo luogo ad una demenza primitiva, e, se il soggetto avesse oltre 30 anni, ad una paralisi progressiva; poi ad una sifilide cerebrale; in terzo luogo, all' alcoolismo. In questi casi l' amnesia esiste anche sotto le apparenze della non infrequente dinamia funzionale (esaltamento): essa si rivela con la smemoratezza nelle occupazioni giornaliere, con la dimenticanza dei nomi comuni e proprî, con la mancanza di lettere e sillabe nella scrittura; progredisce giorno per giorno, mai retrocede, ed è sempre peggiorata dalle crisi apoplettiformi (*ictus amnestico*, Fournier).

Le leggi della dismnesia demente sono state formulate dal Ribot: 1.° i ricordi recenti scompajono prima degli antichi; 2.° i ricordi più complicati si disfanno prima dei più semplici, e quindi gli astratti prima dei concreti, ecc.; 3.° le idee scompajono prima dei sentimenti; 4.° i ricordi che più resistono, sono quelli organizzati sin dalle prime fasi dello sviluppo mentale (cfr. § 91, p. 358). Si deve però notare che tra

dismnesia paralitica e amnesia alcoolica passa in molti cas questo divario: che nella seconda sono cancellati di preferenza i ricordi antichi, e sono invece relativamente conservati quelli recenti. La dismnesia paralitica ha molte affinità con la senile; ambedue sono dissolutive e progressive.

θ. Le forme *sistematiche* di amnesia sono quelle in cui i malati perdono, non tutti i ricordi acquistati durante un periodo o durante la vita precedente, ma solo una certa categoria di ricordi, un certo gruppo di idee dello stesso genere: ecco perchè queste amnesie si possono dire veramente « parziali ». Il tipo clinico più noto è quello offertoci dalle afasie, nel qual caso l'amnesia parziale è ordinariamente di natura organica (cfr. § 91). Vi è poi il tipo isterico, che si manifesta non solo coll'obblìo sistematico di dati ricordi localizzati nel tempo, ma coll'obblìo delle imagini tattili, muscolari, visive, ecc., donde le anestesie, le analgesie, le paralisi, l'abasia, la discromatopsia, la cecità verbale, ecc., insomma tutte le sindromi che provano il restringimento della coscienza.

2.° Non meno importante è la ricerca semejotica della paramnesia. I fenomeni paramnestici della pazzia sono di tre sorta: *a*) ricordi assolutamente falsi, cui non risponde nessun avvenimento nella storia personale dell'alienato; *b*) ricordi parzialmente non veri, che rappresentano erroneamente il modo con cui sarebbe avvenuto un fatto; *c*) ricordi che falsificano solo la data di un avvenimento reale. Affinchè un ricordo falso sia ascrivibile ad una vera paramnesia e non ad una menzogna, occorre che il malato abbia il sentimento della sua certezza: si dice allora che egli è in preda ad *illusioni della memoria* o ad *illusioni psichiche* (Jessen, Buccola). Si noti però che le affermazioni menzognere, frequentissime da parte dei pazzi, dei degenerati e delle isteriche, col reiterarsi possono finire coll'essere sinceramente credute: il mendacio e la simulazione alla lunga divengono inconsapevoli.

Per lo più la paramnesia è originata dalle fantasticherie e dalle concezioni erronee del delirio, donde la sua relativa frequenza nei paranoici e nei melancolici in corso di sistemazione delirante. Talvolta però è il prodotto di sogni, di illusioni e di allucinazioni che essa, a sua volta, conferma.

3.° L'ipermnesia è rarissima nella pazzia, quando la si volesse intendere come capacità di rievocazione più vivida ed esatta o di conservazione più completa e duratura di tutti i percetti. Essa non può altrimenti presentarsi se non in forma parziale, anzi ristretta a qualche ricordo o categoria di imagini: e se ne veggono esempî normali nella reviviscenza preagonica dei ricordi infantili, in certi sogni, in certi transitorî periodi di intensissima meditazione (concentramento dello spirito). A questi ultimi si collegano gli stati monoideistici dell'ipnosi e dell'estasi, e molte « meraviglie » dello spiritismo.

Ma poichè il ricordare consta essenzialmente della ricomparsa del fenomeno percettivo davanti alla coscienza in forma d'imagine, noi potremmo considerare quale effetto di ipermnesia, quale vero sovraeccitamento della facoltà riproduttiva, ogni fenomeno di semplice ed elementare *allucinazione*. Questo fu già detto da noi nell'esame del linguaggio (p. 369). Le imagini, però, si risvegliano a vicenda, ed è assai raro che il disturbo evocativo dell' allucinazione sia puramente mnemonico: esso tende, per le leggi associative, a diventare fantastico, cioè a combinare le imagini in forme nuove, inusate e bene spesso incongrue; donde la quasi costante mescolanza di elementi paramnestici con gli ipermnestici nel fenomeno allucinatorio (EMMINGHAUS). Così dalla memoria l' allucinazione ci costringe a passare nella sfera più complessa dell' imaginazione o, più esattamente, della fantasia.

III. L' IMAGINAZIONE del pazzo andrebbe esaminata sotto due aspetti: come processo di ravvivamento dei percetti concreti, cioè come riproduzione di imagini, nel qual caso essa non è, a vero dire, se non una forma della memoria (imaginazione riproduttiva); e come potere di trasformare e combinare le imagini stesse in foggie più o meno diverse dalle percezioni cui corrispondono, ed in questo caso si collega con la facoltà di ideazione (imaginazione costruttiva, fantasia pr. detta). In Psicopatologia questi due aspetti della ripresentazione sono inscindibili. Le imagini vivacissime dell'allucinato, le quali giungono ad esteriorarsi mentre

sono percezioni subbiettive, riproducono solo rarissimamente antichi percetti, ma quasi sempre se ne differenziano sotto molti riguardi, perchè constano di ricordi percettivi multipli variamente associati: non sono, cioè, ripresentazioni pure (imagini semplici), ma costruzioni di ripresentazioni (imagini fantastiche).

Nel senso attribuitole dalla psicologia odierna, l'imagine sta al ricordo come una figura scolpita sta alla stessa figura in piano. La memoria dà la superficie o la traccia del fenomeno ripresentativo: la imaginazione, invece, gli dà il rilievo o il risalto. Egli è che le imagini consistono essenzialmente in un processo di rinnovazione dei percetti: sono, cioè, « simulacri di sensazione » (TAINE), o « pseudosensazioni » (V. EGGER), con cui i cangiamenti provocati da antecedenti impressioni nelle cellule psichiche si ripetono e si ricostituiscono. Quantunque meno distinta e meno energica, quantunque privata di alcune circostanze accessorie, la reviviscenza è accompagnata ancora dal suo particolare colorito emotivo. Per ciò che concerne la sede delle immagini, fu dimostrata dalle odierne scoperte dell'anatomia e fisiologia cerebrale la verità del principio già espresso dal BAIN: « l'impressione rinnovata occupa esattamente le stesse parti nervose della impressione primitiva, e le occupa nel modo medesimo ».

Ciò premesso, l'esame della immaginazione riproduttiva e costruttiva dell'alienato deve proporsi le seguenti ricerche semejotiche:

1.° *Ravvivamento delle singole categorie di imagini.* — Si esamina, in primo luogo, il potere generale di rappresentarsi cose e persone già vedute, suoni già uditi, sapori già gustati, ecc.; in altri termini si saggiano la udizione, visione, olfazione, gustazione, pselafesia (tatto) e cinestesi mentali. Queste indagini sono parzialmente e con discreta agevolezza compiute sulle imagini verbali, giusta quanto dicemmo altrove (v. § 91, p. 348-51). Valendoci dei dati subbjettivi fornitici dall' individuo e di pochi altri desunti dall'osservazione, si potrà stabilire se egli appartenga al tipo uditivo, o al visuale, o al motorio, oppure ad un tipo misto:

ne trarremo buone induzioni per sapere quale sia in lui la categoria particolare di imagini suscettibile di più energica reviviscenza.

Volendo poi procedere a ricerche sperimentali sulle imagini non concernenti il solo linguaggio, potremo valerci dei procedimenti già usati per saggiare le singole memorie (v. retro, p. 774-77). È chiaro, infatti, che per descrivere con esattezza la disposizione di una località lontana, i tratti d'una persona assente, la lunghezza d'una linea o i contorni d'una figura che gli siano state mostrate, il soggetto deve *visualizzare* internamente le sue immagini ottiche. — Lo stesso dicasi per quando egli sia invitato a ripetere una serie di suoni, o a terminare un'aria di cui gli si sia accennato il motivo: se lo fa, è segno che le impressioni acustiche *risuonano* nella sua mente. — Così quando evocando il ricordo di un sapore o di un odore piacevoli o spiacevoli, noi osserviamo nel soggetto le espressioni caratteristiche di aggradimento o di disgusto che loro corrispondono (salivazione, moti degustatorî e deglutitorî, arricciamento del naso, nausea, ecc.), possiamo affermare che egli *assapora* e *annusa* con la imaginazione. — Il fenomeno dei movimenti incoscienti, a sua volta, permette di cimentare la vivacità e impulsività delle imagini cinesiestetiche; poichè, se il pendolo di Chevreul, la bacchetta divinatoria, la mano scrivente si movono e dirigono in quella data guisa, significa che l'individuo, pur non avendone consapevolezza, ha la rappresentazione mentale dei *moti* dei suoi muscoli.

2.° *Imagini consecutive e associate.* — Un buon dato per apprezzare la potenza dell'immaginazione (visuale) può trarsi: α) dalle imagini consecutive, il cui studio fu tanto approfondito nell'ipnotismo. Si dice al soggetto di chiudere gli occhi e di pensare intensamente ad un colore, p. es. al rosso, al verde, al giallo; dopo alcun tempo, e prima che avvenga l'esaurimento dei centri percettivi, lo si invita ad aprir gli occhi e a fissare un diaframma bianco, muro, carta o tela. Quando la rappresentazione mentale sia abbastanza viva, il diaframma gli sembrerà debolmente colorato del colore complementare (verdognolo se pensava al rosso, azzurrognolo se al giallo, o viceversa).

β) Ma più strettamente connesso coi fenomeni morbosi della

mente è quello delle imagini (e sensazioni) associate, il di cui tipo più noto è la udizione colorata scoperta dal nostro LUSSANA (cfr. p. 311). Essa però è soltanto una specie di un genere assai più numeroso di quanto prima si credeva: al genere possiamo dare il nome di *sinestesia*. L'associazione, infatti, può avvenire fra tutte le categorie di sensazioni; e quindi avremo: fenomeni di *sinopsia*, se è la percezione o imagine visiva che ne risveglia una di suono; fenomeni di *sinacusia*, se è la percezione o imagine acustica che ne evoca una di colore; fenomeni di *singeusia*, se la concomitanza riguarda le sensazioni gustative, o di *sinosmia*, se quelle di odorato, e così pel tatto, ecc. I più comuni esempî di sensazioni e imagini associate ci sono dati però dalle sinopsie. Giusta le recenti indagini di FLOURNOY e GRUBER abbiamo 1.° i *fotismi cromatici*, quando le lettere, i suoni e le parole risvegliano una sensazione di colore (p. es. l'**a** appare rosso, l'**o** giallo; il suono della tromba, rosso; la parola *infinito*, azzurra); 2.° i *simboli* e i *diagrammi*, quando l'individuo si rappresenta i gruppi di cose consimili, quali sarebbero i mesi dell'anno, la serie dei numeri ecc., sotto forma di schemi o di figure geometriche (p. es. la serie dei numeri è da molti pensata in forma di linea obliqua ascendente, o di scala, o di spirale); 3.° le *personificazioni*, quando le idee concrete e le idee astratte si rappresentano alla mente sotto l'aspetto di personaggi (p. es. l'anno decorso è da molti imaginato personificato in un vecchio, la virtù è pensata sotto l'aspetto di una giovane donna, e simili).

L'origine di questi curiosi fenomeni sinestesici fu cercata nel grande principio psicologico di associazione (analogia di carattere emotivo fra due rappresentazioni, contemporaneità di primo acquisto, abitudine); ma la simiglianza dei fenomeni sinestetici fra persone diverse e lontanissime fa pensare ad un'origine fisiologica ancora ignota del fenomeno (speciale affinità dei neuroni?). Si noti intanto che alcune sinopsie, soprattutto le personificazioni, ci portano decisamente ai confini fra fisiologia e patologia della mente; acuendosene l'intensità, diventano veri fenomeni allucinatorî. D'altra parte, le sinestesie ci illuminano la genesi di molte allucinazioni associate e di non pochi complicati delirii allucinatorii.

3.° *Automatismo dei centri di imagini durante il sonno* (sogni). — I singoli centri corticali di imagini sono normalmente nella loro attività vigile regolati e coordinati dall'attenzione cosciente, che, come vedemmo, esercita un ufficio selettivo continuo. Ma in certe condizioni la loro attività si rende autonoma. Tale è l'origine delle imagini insorgenti durante il sonno, le quali hanno sì frequente nesso coi delirî e sì intima analogia con le allucinazioni degli alienati. Taluni sogni lasciano impressione profonda nella memoria, di guisa che le creazioni notturne della fantasia sono prese per realtà (paramnesie ipnagogiche): se ne alimentano poi i concetti erronei del delirante. In ogni nostro infermo di mente sarebbe dunque opportuno raccogliere sempre i dati concernenti i sogni (cfr. anche Vol. I, p. 210).

α) A tale uopo, sapendosi che quanto più è profondo il sonno tanto meno grande è la possibilità di sognare, si dovrebbe tentare, prima di tutto, la misurazione della *profondità del sonno*. Essa si apprezza dall'intensità del rumore necessario per isvegliare il dormiente. Potremo usare empiricamente il suono della nostra voce, o meglio i processi più scientifici di KOHLSCHÜTTER e di MÖNNINGHOF-PIESBERGEN (caduta di un grave, p. es. di una palla di piombo, da un'altezza determinata su di un piano di lavagna o di ferro), oppure l'istrumento speciale del MICHELSON (serie di palle di peso graduato da 5 a 100 grammi, cadenti ad intervalli prestabiliti da un pendolo e da varie altezze).

β) Vengono di poi le indagini sulla *facoltà di sognare*, e qui ci soccorrono i questionarii, di cui si sono avuti più modelli negli ultimi anni (NELSON, HEERWAGEN, DELAGE, TISSIÈ, WHITON CALKINS, LACASSAGNE). Noi investigheremo la frequenza e il numero dei sogni; a quale ora della notte si presentino; quale ne sia la vivacità (apprezzata in gran parte sulla memoria che il malato ne conserva al risveglio); quali siano gli elementi presentativi e ripresentativi predominanti nei sogni (se le sensazioni e imagini visuali, o le acustiche, le tattili, termiche, gustative, olfattive, muscolari, ecc.); quali ne siano gli elementi verbali (parole e frasi pronunciate, udite, lette o scritte nell'avvenimento sognato); se vi sia rapporto fra il sogno e i fatti reali dell'esistenza, o se tutto sia lavoro com-

binato dalla fantasia (informarsi specialmente dei ricordi sognati, se siano esatti o erronei, « paramnesie di tempo »); quali siano gli stati emotivi fantasticati di prevalenza (piacere, paura, sconforto, ansietà, gelosia, rimorso, ecc.); quali le località dove avvengono le vicende sognate (luoghi conosciuti o ignoti, vicini o lontani, reali o fantastici, « paramnesie di localizzazione »); quali i personaggi che si presentano e agiscono nel sogno (le *dramatis personae* sono famigliari, amici, conoscenti o ignoti?); quali i caratteri degli avvenimenti sognati (se consistano in una riproduzione del passato senza varianti, o se ne siano una riproduzione deformata; se le vicende sognate siano probabili od improbabili, possibili od impossibili o anche assurde); quali i rapporti dei sogni con l'indole morale del dormiente (azioni immorali, oscene, criminose ecc.); infine, quale parte abbiano nei sogni l'elemento mistico e il soprannaturale (divinità, esseri sovrumani, demonî, animali chimerici, ecc.).

4.° *Automatismo dei centri di imagini durante la veglia.* — Le allucinazioni, che insorgono per effetto di questo automatismo morboso, richiedono un'indagine semejotica accuratissima. Sono invero tra i fenomeni più comuni incontrati dall'alienista, caratterizzano con la sola loro presenza un gran numero di psicopatie, si collegano da una parte coi disturbi di percezione (illusioni), dall'altra sconfinano in quelli di ideazione (delirii), e ne causano di sentimento (emozioni e affetti patologici) e di volontà (impulsi).

Il fenomeno dell'allucinazione fu definito: « la convinzione intima di una sensazione attualmente percepita, quando nessun oggetto esterno atto ad eccitare questa sensazione è all'entrata dei sensi » (Esquirol); — « la trasformazione completa di un pensiero in impressioni sensoriali esteriori » (Lèlut); — « un'imagine sensoriale subbiettiva projettata al di fuori, che diviene con ciò obbiettività e realtà » (Griesinger); — « un fenomeno psico-sensoriale: un'imagine d'origine subbiettiva, accompagnata dalle sensazioni specifiche che le corrispondono » (Hagen, Schüle); una « percezione senza oggetto » (Ball) o « senza stimolazione esterna di senso » (Krafft-Ebing). In sostanza, essa è una illusione interna: l'allucinato crede di essere stato colpito da uno stimolo sensoriale e di

provare un' impressione, mentre è invece la tensione morbosa dei suoi centri corticali, o depositi delle imagini, la quale si scarica automaticamente in via centrifuga, ed è da lui avvertita alla periferia del nervo corrispondente al centro sovraeccitato (riflessione dell'onda percettiva? SERGI).

Tutte le categorie di imagini possono acquistare la intensità e il tono emotivo delle impressioni reali, ed essere projettate all'esterno: in altri termini, tutte le forme di sensibilità specifica ed organica possono dar luogo ad allucinazioni (cfr. Vol. I). Non pertanto ciascun pazzo non va soggetto casualmente ad allucinazioni acustiche, o visive, o cinesioestesiche: l' individuale potere di udizione, visione e cinestesi mentali informa la vita psichica così normale come patologica.

Per la diagnosi delle allucinazioni noi ci serviamo dei criterî ejettivi che già abbiamo più volte indicato nel corso del libro; cioè del linguaggio, degli atteggiamenti, del contegno, della mimica, degli scritti, degli atti impulsivi. Su questi elementi noi apprezziamo la forza, la frequenza, il contenuto ed il tono emotivo, l'unicità e la molteplicità delle allucinazioni che per avventura esistessero nel nostro ammalato Ogni caso esige, naturalmente, esami speciali, tanto è grande la varietà dei fenomeni allucinatorî; non pertanto il seguente schema potrà giovare come guida generale delle indagini semejotiche in questo campo.

α). *Allucinazioni acustiche.* — Sono le più frequenti, gravi e caratteristiche; dalla percezione subbiettiva di un semplice rumore o suono (« acusmi ») si va fino ai più complicati fenomeni di udizione interna (le « voci », i « dialoghi » con personaggi invisibili). — Esse ci sono rivelate nel più delle volte dai malati stessi (§ 91, p. 372 s.). In certi casi, quando ci siano taciute o dissimulate, le desumiamo dal contegno (atteggiamento di ascoltare, pause nella conversazione, turamento degli orecchi, soliloquî, monologhi a due voci, mutismo con seria mimica significativa); altre volte dalla condotta (vociferazioni, frasi esclamatorie ingiuriose, movimenti coatti, impulsi comandati [allucinatorii]); oppure dagli scritti (memoriali, parole e frasi di diverso carattere [v. Appendice]), ecc.

β). *Allucinazioni visive.* — Anche qui il fenomeno ha gradi e contenuti diversi. Ora è la percezione di forme indi-

stinte, di ombre, di fosforescenze (« fantasmi »); ora sono sprazzi di luce, colorazioni rosse improvvise degli oggetti (eritropsia), fiamme, acque inondanti, precipizî e abissi profondi; ora edifizî che sorgono d' un subito e crollano, paesaggi incantati, l'inferno, il purgatorio e il paradiso; ora sono figure di uomini e di animali noti o ignoti, isolati o a gruppi, aventi l'aspetto consueto oppure gli aspetti più strani e mostruosi; ora

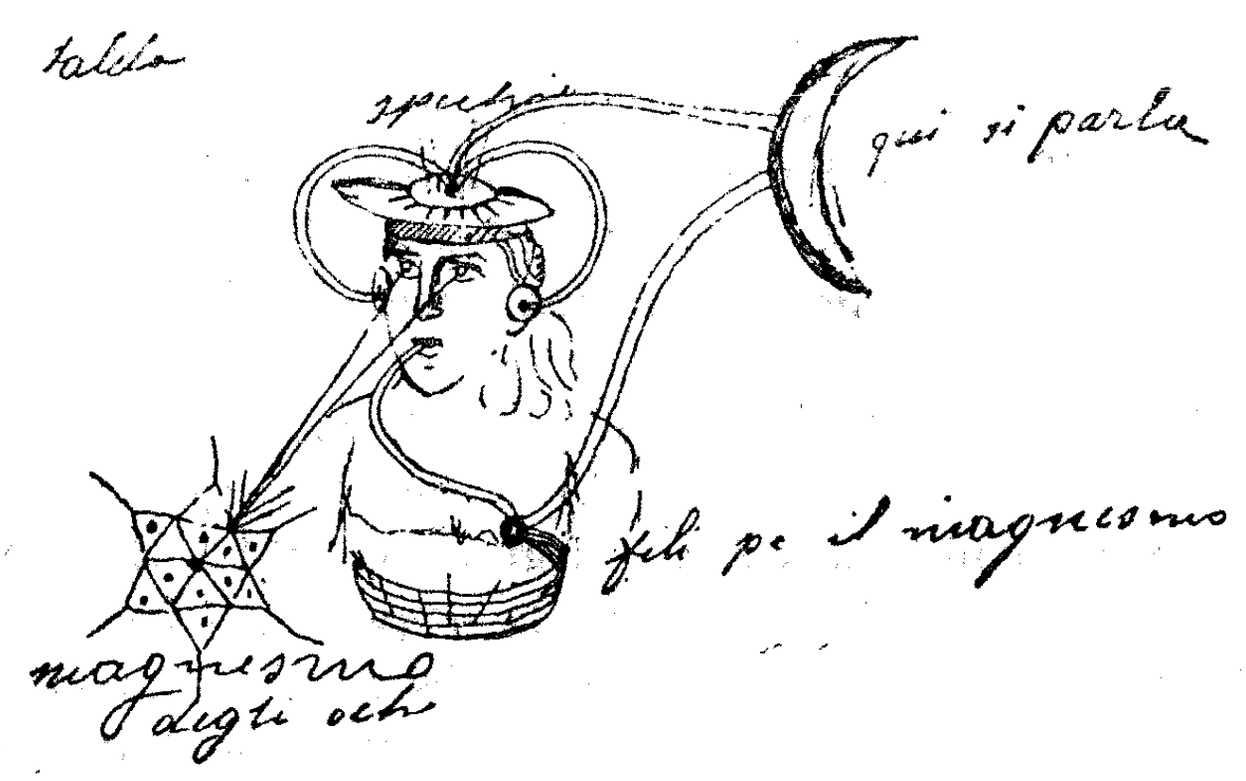


Fig. 138. — Esempio di raffigurazione di fenomeni allucinatorii. (Dagli iconologismi di un paranoico perseguitato).

[Dalla figura fatta a penna dal malato si rileva che egli era in preda ad allucinazioni acustiche (« *qui si parla* »); visive (« *magnesmo degli occhi* », magnetismo); cenestetiche o viscerali (« *fili pe il magnesmo* »); ed endofasiche o verbali interiori (« *spechio* », probabilmente volendo alludere alla lettura dei suoi pensieri). È curioso che queste ultime corrispondano alle « allucinazioni psichiche » di BAILLARGER].

sono un visibilio di oggetti numerosi semoventi, come fili, ragnatele, insetti, gnomi, nani grotteschi; ora sono apparizioni di personaggi imponenti o minacciosi, di demonî, angeli e santi, della Madonna, di Gesù, di Dio stesso (« allucinati visionarî »). Di rado il malato ha l'immagine apparente di persone reali. — Le allucinazioni visive ci sono rivelate quasi sempre, senza reticenze, dal pazzo stesso (discorsi spontanei, interrogatorio, scritti, e soprattutto iconologismi illustrativi, di cui dò un tipico esemplare alla fig. 138). Solo in pochi casi siamo costretti a congetturarle dal suo contegno (sguardo fisso a distanza, e che segue le visioni e gli oggetti imaginarî, atteg-

giamenti di difesa e ripulsione, fughe e ricerca dei luoghi occulti come per sottrarsi all'altrui veduta, moti di presa, cioè « carpologia » nel delirio febbrile, infettivo e tossico, ecc.).

γ) *Allucinazioni gustative e olfattive.* — Il malato sente nei cibi, nella bocca, nell'alito sapori strani, disgustosi, venefici, di arsenico, di vetriolo, di fango e sabbia, di urina e materie fecali, di putridume, di sperma, ovvero di sostanze medicamentose: rarissimamente prova sapori aggradevoli. Egli è colpito da odori acri, nauseabondi, asfissianti, di ammoniaca, di solfo, di ova marcie, di gas deleterii, di vapori pestiferi, ben di rado da olezzi e profumi, i quali si spandono intorno a lui o emanano dal suo stesso corpo. — Queste percezioni subbiettive dei due sensi infimi a malapena si distinguono dalle illusioni (per lingua saburrale, imbarazzo gastrico, corizza, ecc.) e non sono frequenti. Le desumiamo per lo più dalle dichiarazioni e dai lamenti dell'alienato medesimo: solo in pochi casi ce le fanno sospettare la scelta di certi cibi, il rifiuto d'alimentarsi o di bere, il turarsi il naso, ecc.

δ). *Allucinazioni tatto-dolorifiche.* — Sono comunissime, e consistono in sensazioni subbiettive di formicolii, di prudori, di pizzichi, di punture, di colpi contundenti, di grattamenti fino a sangue, di lacerazioni delle carni, di torture indefinibili, di prove dolorose d'ogni sorta; oppure il malato si sente bagnare all'improvviso (parestesie di una speciale « sensibilità igrica »?, Tambroni): altri crede che gli cospargano la pelle con polveri irritanti, che gli scorrano sul corpo insetti, ragni, topi, rospi, ecc. Ben poche volte si tratta di fenomeni sensoriali piacevoli ed innocui, quali lievi tocchi sulle mani e sulle guance, carezze, vellicamenti, ecc. — Tipiche sono le allucinazioni tatto-dolorifiche riferite all'apparato sessuale (sensazioni voluttuose o penose, toccamenti impudichi, titillamenti onanistici, introduzione di corpi estranei nella vagina o nel retto, ecc.): caratterizzano spesso la paranoia climaterica.

ε). *Allucinazioni cinesioestesiche.* — Anche il senso muscolare dà luogo a percezioni subbiettive. I malati si credono trasportati nell'aria o di improvviso precipitati in un abisso: talvolta si sentono agili e leggieri al punto da potere spiccare salti inauditi, o invece divenuti sì grevi da parer piombo: gli uni si dicono rimpiccoliti fino ad essere invisibili, gli altri ingrossati fino a non trovare spazio sufficiente al loro corpo.

3). *Allucinazioni interiori o cenestetiche.* — I disordini subbiettivi della sensibilità organica o viscerale sono frequentissimi, e nell' imaginazione dei pazzi assumono innumerevoli aspetti. Ogni organo, viscere ed apparato può essere appercepito e ritenuto la sede di sensazioni sgradevoli e penose, di lesioni spontanee o indotte dal di fuori, di spostamenti, di cangiamenti nella forma, nel volume, nella sostanza. Vi è chi sente l'addome invaso da rospi o da altri animali immondi, da esseri estranei, da demonî; chi ha buchi nel cuore e nello stomaco, vermi nel cervello e nel fegato, strappi nei nervi, pus nelle vene; chi ha impervii l'esofago e l'intestino, chiuso l' ano, tappata la vescica, occupato l' utero da feti imagi-narî, ecc. Più comuni ancora sono le allucinazioni generali di scosse, di commozioni elettriche, di pene indescrivibili, di voluttà strane scorrenti per tutto il corpo, soprattutto nella notte, e sempre attribuite dal malato ad agenti esterni.

5.° *Elaborazione e combinazione delle imagini automatiche.* — Quanto abbiam detto dimostra che solo di rado le imagini insorgenti per l'automatismo dei centri rappresentativi rimangono alla fase elementare di sensazioni subbiettive isolate: nella immensa maggioranza dei casi la mente che ne è colpita, le raccoglie, le elabora, le combina, e tenta interpretarle. Ciò che intensifica le imagini fino al grado morboso di allucinazioni è, da prima, lo stato irritativo dei centri, che rende la loro reviviscenza più cospicua, più agevole e più frequente. Di poi, la attenzione aspettante o preperce-zione dell'allucinato acuisce la visualità, la udibilità, insomma la percettività dei suoi stati rappresentativi, e li porta ad obbiettivarsi. In terzo luogo, data la struttura e la disposizione dei neuroni, oggi appare sempre più improbabile che la genesi di un fenomeno allucinatorio sia da localizzare in questo o quel punto della corteccia. La più semplice imagine è un risultato di varii elementi sensoriali, che per costituirla debbono essere evocati in regioni distinte del cervello; una volta costituita, ciascuna imagine chiama poi le sue congeneri o quelle che le sono necessariamente associate.

Ne segue che l'allucinazione percorre rapidamente, e talora anzi compendia nel momento stesso della sua comparsa, le tre fasi del suo sviluppo. Nella prima è un'apparenza di impres-

sione esterna con un minimum di interpretazione (*allucinazioni rudimentali*); nella seconda è un simulacro di percezione totalmente sviluppata, e quindi interpretata nel modo più conforme all'indole e localizzazione del fenomeno sensoriale (*allucinazioni complete*); nella terza fase, sempre più caratteristica, è la combinazione di più percezioni con un sistema più o meno illogico di interpretazione (*allucinazioni allegorizzate*). A questo riguardo vi è da tener conto della quantità e qualità di imagini ed idee possedute dal pazzo: quanto più evoluta e ricca è la sua intelligenza, tanto più numerosi e varii saranno gli elementi, di cui potrà disporre la sua imaginazione costruttiva, e tanto più fervido e composto sarà il lavoro della sua fantasia così nelle allucinazioni, come nel delirio (HOPPE, KAHLBAUM).

IV. L'IDEAZIONE è la base dei più alti processi del pensiero, che sono tre: il concepimento, il giudizio, il raziocinio. Noi dovremo esaminare, da prima, se e come il pazzo sia in grado di *concepire,* cioè di paragonare, associare ed astrarre. Un secondo esame lo porteremo sulla sua capacità di *giudicare,* e cioè di vedere i rapporti di affinità o differenza, di quantità, di identità e di causa. Un'ultima ricerca concernerà il suo modo di *ragionare*, e, per quanto la distinzione tra giudizii e raziocinii riguardi più la Logica che la Psicologia, cercheremo di desumere com'egli proceda nell'indurre e dedurre, nell'inferire e nell'argomentare.

La massima parte della semeiotica concernente le alte funzioni intellettuali, e specialmente la associazione delle idee, fu già da noi esaurita, quando esaminammo il linguaggio parlato, scritto e raffigurativo dell'alienato (Cap. IV, § 88-94). Noi vedemmo allora come dalle espressioni verbali si attingano criterii per apprezzare e misurare la statica e la dinamica intellettuale, i disturbi formali di ideazione, fra cui specialmente le idee fisse, gli errori di giudizio e di raziocinio concretati nei concetti deliranti e nei delirii sistematici. Qui, adunque, esporremo solo quelle indagini, che più strettamente riguardano l'analisi sperimentale dei processi di pensiero.

A) Il concepire, abbiamo detto, si risolve in operazioni mentali di confronto, di associazione e di astrazione. Ora, nella pazzia, la comparazione è molte volte danneggiata e anche impossibile per il difetto di attenzione e di riflessione, per le lacune di memoria, per il predominio della fantasia: ben difficilmente l'alienato analizza le proprie percezioni, salvo quelle che lo interessano pei loro caratteri peculiari, o pei loro rapporti con i suoi sentimenti morbosi e con le idee e tendenze, che si sono rese autonome. L'associazione è pure turbata, o per cause patologiche risiedenti nei centri percettivi il cui coordinamento vien meno, o per influenza disgregante di imagini ed idee intensificate nel loro tono affettivo, fra le quali spesseggiano quelle di contrasto, o per fenomeni d'inibizione nella corrente del pensiero, o per dissesto nelle vie nervose di connessione. Quanto alla capacità di generalizzazione ed astrazione, essa si altera ogni qualvolta diminuiscano il potere di attenzione volontaria e la chiarezza del discernimento.

a) La capacità di paragonare si esamina invitando il soggetto a voler discernere una simiglianza od una differenza fra i suoi stati presentativi. — In primo luogo, gli si fa distinguere la forza o intensità delle *sensazioni concrete.* (P. es. quale di queste linee è la più lunga [esperimento del LEHMANN]? qual'è di due colori il più caldo o il più saturo? qual'è di due contatti il più leggero? quale di due persone la più alta, la più bionda? quale di due suoni o toni il più acuto [esperimento di STUMPF], di due sapori il più forte, di due punture la più dolorosa o la più prolungata? ecc.). — Si passa poi al discernimento dell'*aspetto comune delle cose.* (P. es. scegliere due fogli eguali di carta, o più volumi della stessa opera; riunire da un mucchio le monete dello stesso valore, o le carte da giuoco della stessa specie; scernere le lane della stessa tinta [esperimento di HOLMGRÈN]; indicare le due persone più vecchie fra le presenti, ecc.). — In seguito si

investiga se i concetti di *tempo* e di *spazio* sono in esatta justaposizione fra loro. (P. es. qual'è di due impressioni successive, un contatto piacevole ed una puntura, la prima che fu sentita, e quale fu la sua durata? quale è la maggiore di due lunghezze, una diritta ed una spezzata, percorse ad occhi chiusi? . . . ecc.). — Noi abbiamo già visto che i metodi psicometrici ci permettono di stabilire la rapidità, con cui si effettua l' operazione mentale del discernimento, che è poi una comparazione di due o più stati presentativi.

b) La capacità di associare, che è il precipuo fattore della vita cogitativa, e naturalmente suppone la memoria, si può esaminare in varî modi, dal più semplice al più complesso. Nelle malattie mentali, massime nelle vesanie esaltate e depressive, è preferibile di non esercitare alcuna coazione sul pensiero del soggetto. A tal uopo si consegnano al malato carta e lapis, e gli si dice di scrivere dieci parole a scelta, o dieci nomi di cose astratte, o dieci atti che possano eseguirsi nella stanza (esperimento di Binet e Flournoy): dalle parole, dai nomi e dagli atti prescelti si vede facilmente quale sia la direzione e la forza dei poteri associativi. Ma volendo procedere ad una indagine più analitica, noi abbiamo tre processi per studiare l'associazione ideativa, dopo che il soggetto è stato sottoposto ad una percezione sensoriale diretta o ad una suggestione verbale: 1.° gli si lascia la più ampia libertà di tempo e di scelta sulle idee, e poi si guarda quali sono le idee che egli ha associate ad un oggetto che gli sia stato mostrato o ad una parola che si sia detta o scritta dinnanzi a lui; 2.° gli si lascia libertà di associazione, ma gli si prescrive un dato tempo per compiere l'operazione mentale; 3.° gli si prescrive il gruppo di idee e di pensieri, che debbono essere associati dalla sua mente.

Con questi processi la capacità associativa si cimenta sotto alcuni aspetti particolari:

1.° *Associazione immediata fra gli stati presentativi e i rappresentativi*. — Essa è stabilita ed apprezzata sulla facoltà di trasformare le impressioni sensoriali e le percezioni in concetti (verbali). Si osserva, cioè, se il malato sottoposto ad una impressione ottica, acustica, tat-

tile, ecc. è in grado di denominarla e di definirla, sia con la parola, sia con lo scritto. Questo esame fu già eseguito quando si investigò la funzione percettiva, perchè le risposte del malato sono generalmente date in simboli verbali. Ad ogni modo, per meglio assicurarci che siano libere le vie associatrici interne fra i varî centri, noi lo inviteremo a nominare una persona o una cosa presenti, che gli vengano indicate in silenzio (associazione tra le imagini ottiche e le verbo-motorie); a designare con la voce e con lo scritto una persona e una cosa il cui nome sia pronunciato innanzi a lui (associazione tra le imagini acustiche e le verbo-motorie) o che gli venga fatto leggere (associazione tra la imagine grafica visiva e le altre verbali). — Potremo fare poi indagini più minute per mezzo di domande, che obblighino il soggetto a dimostrarci la sua capacità di descrivere con la parola le proprie impressioni. Mostratagli una cosa, gli chiediamo: che cosa è? com'è? qual colore ha? è grande o piccola? a che serve? dove si trova? ecc.

Più complessi sono i due metodi seguenti. Si fa guardare all'alienato un oggetto, e lo si invita a scrivere le parole ed idee, che gli vengono in mente entro i primi 5-10-20 secondi (esperimento di GALTON). Oppure, gli si mostrano cinque o più imagini e figure, poi cinque o più parole qualsiansi scritte verticalmente su di un pezzo di carta: in seguito gli si rimostra una delle imagini, e gli si chiede quale delle parole lette egli le associi (esperimento di SCRIPTURE). Questi procedimenti, che a prima vista sembrerebbero strani, conducono invece a scoprire molte particolarità individuali di ideazione.

2.° *Associazioni fra gli stati rappresentativi (verbali).* — Queste associazioni ci sono rivelate dalle risposte a domande più o meno semplici, ora particolari, ed ora generiche ed astratte, che noi rivolgiamo al malato, e con le quali lo obblighiamo ad un lavoro di intelligenza. Il processo che passa fra la percezione di una domanda, sia pur semplicissima (p. es. quanto fanno 2 + 2?), il suo apprezzamento, la formulazione interna della risposta e la sua estrinsecazione verbale, è assai complesso: dovremo, dunque, salire sempre gradatamente nei nostri interrogatorî dalle combinazioni elementari alle più difficili, sebben qui ci debba servire di guida lo stato generale di coscienza del nostro ammalato.

α. In primo luogo, porremo domande, che esigano un *atto semplice di memoria* — A ciò servono egregiamente le operazioni aritmetiche, che possono salire dai numeri di una cifra sola (p. es. $5+3?$ $9-7?$ $7\times 7?$ $9:3?$) a numeri di due e più cifre (p. es. $24+6?$ $40-10?$ $20\times 5?$ $120:10?$). Dopo l'esercizio a mente, si inviterà il soggetto a fare sulla carta piccoli conti, una somma, una sottrazione, una divisione, badando bene agli errori di calcolo, alle ommissioni, agli spostamenti di cifre, ecc. Servono poi le domande su cose comuni, oppure le geografiche, le storiche ecc., che già abbiamo indicate a proposito della memoria, ma qui alquanto variate affinchè implichino uno sforzo associativo fra i ricordi. (Per es. qual'è la stagione dell'anno in cui cade il Natale? quale è il mese che sta fra il maggio e il luglio? nominare uno dei tre primi giorni della settimana, o una delle capitali d'Europa, o una fra le piante utili; completare il celebre verso *Nel mezzo del ..... di nostra vita?*, ecc.). Qualora il soggetto sappia una lingua straniera o antica, si ha un buon mezzo per studiare le associazioni puramente mnemoniche.

β. In seguito, si procede a porre domande che esigano un *confronto.* — E qui naturalmente l'esame sulla capacità di associare si fonde con quello sulla capacità di giudicare. Il confronto può compiersi fra rappresentazioni concrete (p. es. qual' ha l' odore più acuto tra la rosa o la viola? qual'è di due date storiche la più antica? quale è la più vasta delle piazze di Genova o di Milano)? . . .); o fra rappresentazioni generiche ed astratte (p. es. chi è più grosso fra il gatto o il topo? è più utile il grano o la vite? è più nobile l' arte del contadino o quella del sarto? è più difficile a capirsi il dialetto genovese o il piemontese? ecc.). S'intende che non si deve considerare pel momento il lato estetico di codesti giudizi, ma solo il modo, con cui si effettuano i vincoli logici fra i loro elementi. Così gioverà talvolta lasciare indeterminati i temi su cui l'individuo deve mentalmente operare (per es. quale è dei frutti il più rosso? quale parte della città è la più salubre? quale autore italiano moderno è più celebre?).

γ. In terzo luogo, si fanno domande, che, implicando più risposte, esigano una *scelta.* — Qui il tenore dei quesiti varierà conforme al carattere, alla coltura, alle tendenze e abitudini

del soggetto. Si potrà obbligarlo a fare un lavoro mentale di analisi, procedendo dal generale al particolare (p. es., data una stagione, nominarne un mese; dato un paese, nominarne una città; data un'arte, indicarne uno strumento o uno scopo; dato un idioma classico o straniero, citarne un autore che abbia scritto in quello; dato un ordine di animali, sceglierne una specie); oppure un lavoro mentale di sintesi, procedendo dal particolare al generale (p. es. dato un animale, dirne una parte del corpo oppure l'ordine e la classe; dato un personaggio storico, dire se appartiene all'antichità, al medio-evo o all'epoca moderna, ecc.). In un'altra serie di esperimenti si inviterà pure il soggetto ad operare una scelta più libera, sia fra concetti particolari (p. es. dire il nome di una città italiana, di un guerriero romano, di un vino francese, scegliere fra i frutti il più gradevole, fra gli autori italiani il prediletto, ecc.), sia fra concetti generali e astratti (per es. qual'è l'animale più necessario all'uomo? se doveste scegliere, quale è il pregio o la virtù che vorreste avere?).

δ. Da ultimo si studierà il potere di *elaborazione*, con associazione del tutto libera fra gli stati rappresentativi, e pertanto con più intenso sforzo intellettuale. — Qui i problemi si variano e combinano a piacere. Secondo la distinzione del WUNDT, si ecciteranno tre classi di associazioni: 1.° quelle *verbali*: una data idea ne richiama altre a causa di frequente connessione nel discorso o di simiglianza nel suono, del che ci porgono esempî le associazioni foniche e quelle in rima, così frequenti a osservarsi nei maniaci (noi le potremo risvegliare ad arte, pronunciando date parole); 2.° quelle di *relazione esterna* o *indiretta*, che riguardano le qualità sensibili delle cose, e si formano per opera di abitudine (per es. si invita il soggetto a dire una carta da giuoco, un personaggio storico, un numero fra il 3 e il 12; oppure a rammentare un metallo più nobile ancora dell'argento [oro], un animale simile al cavallo [asino], un oggetto spettante al re [corona], ecc.); 3.° quelle di *relazione interiore o logica*, che riguardano le proprietà e i rapporti intimi delle imagini e rappresentazioni (p. es. nominare una bestia del deserto [leone], un'arte nobile [scultura], un'azione particolare al contadino [zappare], l'opposto della carità [egoismo, avarizia]; oppure definire quel

corpo naturale che ha radici e fronde [albero], quel sentimento che è il più dolce o il più profondo nel cuore umano [affetto materno, religione, patriottismo . . .], ecc.).

3.° *Tempo richiesto dall'associazione.* — Noi abbiamo due procedimenti per apprezzare e misurare la maggiore o minore agevolezza, con cui si formano ed associano le idee nella mente dell'alienato. — Il più semplice e il più

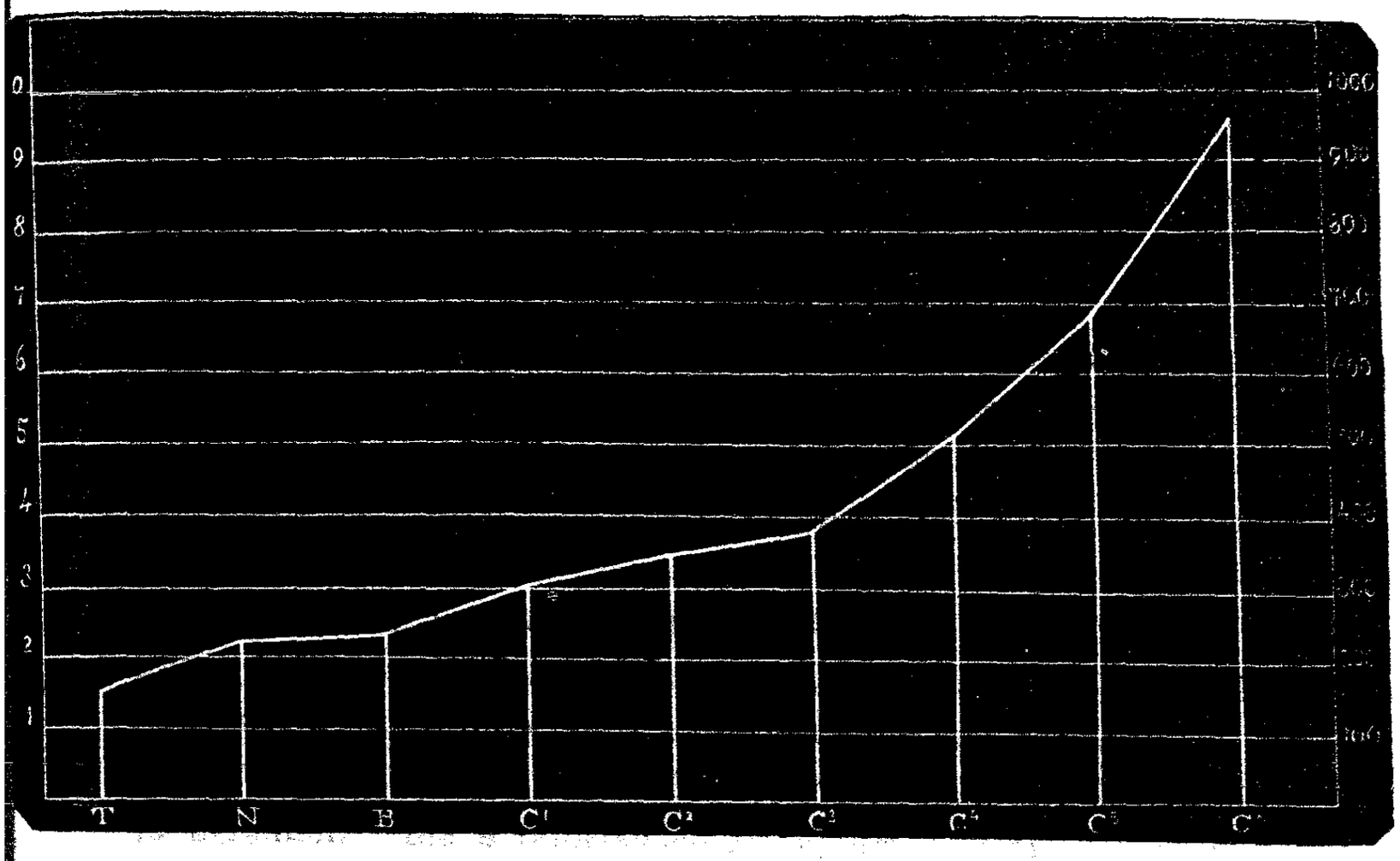


Fig. 139. — Schema grafico del tempo di reazione d'una serie di atti psichici associativi sempre più composti. (Da ricerche fatte nella mia Clinica).

[La colonna a sinistra indica i decimi di secondo (0''.1), quella a destra i millesimi (1 = 0''.001). — T, Tempo di reazione semplice alle percezioni luminose; N, tempo di discernimento fra due percezioni visive; B, tempo di scelta; C^1, C^2, C^3, C^4, C^5, C^6, tempi richiesti dalla percezione, ricognizione e lettura di un numero di 1, 2, 3, 4, 5 e 6 cifre].

accessibile alla Clinica consiste nel tener conto della rapidità o lentezza, con cui l'alienato formula ed esprime i suoi pensieri a voce o per iscritto (cfr. § 92 e 96, p. 392 e 512): particolarmente si fa attenzione all'intervallo che passa fra la percezione delle domande e le sue risposte (C. Rieger). In certi casi si osservano ritardi di 1, 2, 3, 5 e più secondi, misurabili con un comune orologio da tasca (massime nei malinconici stupidi, nei dementi, afasici, traumatizzati, ecc.). — Procedimento più scientifico è quello psicometrico. Si pronunzia avanti al sog-

getto una parola, ed egli deve reagire sul tasto interruttore, non appena abbia potuto associare una rappresentazione qualsiasi a quelle parole (esperimento di WUNDT). Si potranno così eseguire, almeno in certi pazzi, indagini sperimentali sul tempo di reazione per rispetto a ciascuna categoria di associazioni verbali, indirette o logiche (cfr. i lavori di WINTSCHGAU, GALTON, WUNDT e suoi allievi, MÜNSTERBERG, M. CATTELL e altri psicofisiologi americani ecc.). La durata delle associazioni mentali diviene naturalmente tanto più grande, quanto più complicata è la elaborazione degli stati rappresentativi: e lo si scorge nel crescere progressivo del tempo richiesto dalla semplice lettura di un numero di 1, di 2, di 3. . . 6 cifre (fig. 139). Nei normali, secondo TRAUTSCHOLDT, le connessioni più rapide sono quelle suggerite da nomi concreti: esse richiedono un tempo medio di 0,710 σ; vengono poi le suggestioni di azioni, che si compiono in 0,837 σ; da ultimo le astrazioni, che esigono 0,871 σ.

c) La capacità di generalizzare ed astrarre sarà manifestata dal pazzo, che noi esaminiamo, in varî modi, ma in massima col dare un nome solo, collettivo, a più stati percettivi e rappresentativi consimili.

Anzitutto, le indagini sulla percezione e sulla memoria ci permettono di apprezzare se il malato di mente sia in grado di dividere e di classificare i suoi stati presentativi e ripresentativi in conformità dei loro rapporti generici. Di poi, volendo procedere a indagini più minute, vedremo se, postegli dinnanzi, ad esempio, figure diverse di uomini, animali, piante, oggetti artistici, ecc., egli sia capace di classificarle, dividendo gli esseri viventi dai corpi materiali, gli oggetti spettanti ad un'arte da quelli di un'altra, e così per ogni altra categoria di cose che occorra assomigliare o differenziare.

Potremmo fare una ricerca consimile, sebbene più elevata, sui simboli verbali. Pronunciate alcune parole o frasi innanzi al malato, o fattogli leggere un periodo di un libro, lo si invita a dire quali siano i nomi, quali i verbi, quali le particelle complementari, ecc. Ma procedimento ben più espressivo è quello che consiste nel chiedere al soggetto di indicarci quale sia, secondo il suo avviso, la proprietà che rende somiglianti o af-

fini fra loro certi determinati oggetti (p. es. un foglio di carta, lo zucchero e la neve [la « bianchezza »]; la tavola, i quadri, il letto [« arredi di casa »]; la carrozza, la barca, il vagone [« mezzi di trasporto »]; l'*Iliade*, la *Divina Commedia*, l'*Amleto* [« poesia », oppure « opera di genio »]; la continenza, la carità, la operosità [« virtù »], ecc.).

Ottimo sarebbe poi il metodo usato dal Ribot nella sua inchiesta sulle idee generali (« Revue philos. » 1891, XXXII, p. 376): enunciare al soggetto varî nomi, e incitarlo a dire immediatamente e senza riflessione se la parola evoca nella sua mente qualche cosa: nel caso affermativo quali siano le cose evocate. Si procederà dal concreto all'astratto, usando i nomi seguenti (o altri consimili): *cane*, *animale*, *colore*, *forma*, *giustizia*, *bontà*, *legge*, *numero*, *forza*, *tempo*, *rapporto*, *causa*, *infinito*. — Gli individui normali si dividono in tre tipi principali: 1.° « il concreto », nel quale le parole astratte risvegliano sempre una imagine ora vaga ed ora precisa, ordinariamente visuale, talvolta muscolare (essi rispondono, per es. alla parola *animale*, rappresentandosi un leone: a *legge*, immaginandosi le tavole mosaiche; ad *infinito*, pensando un abisso nero); 2.° il « visuale tipografico », che vede le parole stampate e nulla più (a questo tipo appartengono in generale coloro che leggono molto); 3.° l' « uditivo », che ha nello spirito i suoni verbali senza alcun accompagnamento di imagini (costoro rispondono per lo più che non si rappresentano niente, e si potrebbero dire i « nominalisti puri »).

B) Il giudicare è un processo di sintesi mentale, che consiste nel percepire ed affermare i rapporti fra le cose, o fra una cosa e le sue qualità, o fra le qualità delle cose. Ma, invece che sulle cose e sulle loro qualità direttamente appercepite, l'operazione logica del pensiero si esercita nell'uomo civile quasi esclusivamente, come vedemmo, sui nomi, cioè sui loro simboli concettuali (cfr. § 93, p. 422). Ora, nelle malattie mentali abbiamo ragioni molteplici, che rendono fallace o falsificano il giudizio: errori di percezione; sentimenti morbosi predominanti; inesatta osservazione delle cose o degli stati

interiori, e quindi incompleta astrazione; amnesie con evanescenza e perdita completa di elementi concettuali; molte volte l'attenzione aspettante indotta dai fenomeni allucinatorî. Giudicare erroneamente e falsamente delle cose o dagli stati dell'io, e agire in conseguenza, senza la facoltà di più correggere i proprî giudizî, è per l'appunto la caratteristica precipua della pazzia sotto il riguardo delle funzioni intellettuali.

L'esame analitico della capacità di giudicare negli alienati può essere fatto sperimentalmente, eccitandoli con opportuni artificii a compiere operazioni mentali di giudizio, oppure direttamente raccogliendo ed analizzando i prodotti logici spontanei del loro pensiero.

α) Sperimentalmente, i primi giudizî da investigare nel pazzo sarebbero quelli concernenti le relazioni di *differenza* e *simiglianza*, cui si collegano anche quelle di *quantità* e di *identità*. Seguirebbero i giudizî sulle relazioni di *spazio* o di *tempo*, cui pure si collegano quelle di *causalità*. Studiando la percezione, la memoria e il concepimento, noi abbiamo sempre obbligato il pazzo ad esprimersi con proposizioni affermative o negative: ogni sua risposta conteneva adunque un giudizio. Ed ecco perchè, arrivati a questa fase dell'esame psicologico analitico, noi siamo già in grado di apprezzare e misurare la capacità di giudizio del nostro soggetto in quanto concerne le presentazioni e le ripresentazioni provocate.

Ma qui occorre un riflesso. Quando l'operazione mentale del giudicare è da noi provocata mediante l'interrogatorio (suggestione verbale), o mediante la diretta stimolazione presentativa di oggetti o di concetti su cui l'individuo in esame deva esercitare il suo pensiero logico, può avvenire che ci sfuggano completamente i difetti, i vizii e gli errori del giudizio. Intendo dire con ciò che i giudizii immediati dei pazzi possono apparire onninamente corretti, anche quando esistano deficienze e vizî spontanei della sua logica. Moltissimi saranno gli infermi di mente, che daranno risposte congrue ed esatte all'osservatore, qnando questi loro presenti due oggetti, o rammemori due imagini o due concetti, invitandoli a dire se siano

differenti o simili. Lo stesso avverrà per i rapporti di grandezza fra le cose ed i numeri: solo in pochissimi casi l'alienato non saprà giudicare se una cosa, una imagine, una cifra siano maggiori o minori di un' altra. Nè per diversa ragione ci sembreran corretti i giudizii provocati sulla cronologia e sulle relazioni causali degli avvenimenti. Ammenocchè non si tratti di idiotismo e imbecillità o di demenza abbastanza avanzata, ogni pazzo è anche in grado di giudicare se un fatto di osservazione immediata succeda ad un altro, e se questo ne sia la causa. Dal che si desume che l'esame analitico sperimentale del giudizio fornirà buoni dati diagnostici quasi esclusivamente nei casi di deficienza congenita e di indebolimento acquisito dell' intelligenza: e di quest' ultimo gli esemplari più netti ci saranno sempre offerti dalla paralisi progressiva.

β) Per quanto riguarda invece la capacità spontanea di giudicare, ci serviranno egregiamente i dati ejettivi offertici dai concetti deliranti e dai delirî. Ogni idea delirante è un *giudizio erroneo*, che può dirsi *mancante*, quando la mente non percepisce nè afferma i rapporti reali fra le cose e le rappresentazioni; *imperfetto*, quando la mente ne percepisce ed afferma solo una parte, perchè non è capace di vederli tutti, o perchè ne trascura un numero più o meno grande; *falso*, quando la mente percepisce ed afferma rapporti non veri ed immaginarî.

Il piano delle nostre ricerche per sondare i giudizî erronei del pazzo varierà, naturalmente, da un caso all'altro, nè mi è possibile dare una specie di formulario generico (cfr. § 71, p. 106). Noi sonderemo però, principalmente, il modo con cui il malato giudica su di sè, sugli affari e interessi che lo riguardano, sul suo valore personale. (P. es. D. siete voi ammalato? perchè siete qui e non a casa vostra? quale è la vostra occupazione ordinaria, e con qual profitto vi attendete? che speciali capacità avete? siete voi ricco o povero? ecc.). — Si rivolgeranno domande per sapere come il pazzo consideri il suo passato, il suo presente e il suo avvenire. (P. es. D. avete nulla a rimproverarvi? avete commesso errori di nessuna sorta? siete voi contento o infelice? siete stanco di soffrire o di vivere? quali piani formate per la vostra fortuna? quali progetti avete? ecc.). — È poi necessario indagare sempre come

•gli la pensi sul conto degli altri, sui suoi parenti ed amici, sui conoscenti, e soprattutto sul vicinato. (P. es. D. vi voglion bene in famiglia? potete lagnarvi dei vostri compagni e capi di ufficio? in che rapporti siete coi vicini di casa? siete amato od odiato? vi si fanno dei dispetti? avete nemici, o persone che vi voglion male, che sparlano di voi, che vi ingiuriano, che vi minacciano . . . . ? ecc.). — Da ultimo, si passa ai giudizî sull'ambiente in relazione allo stato mentale dell'individuo. (P. es. D. credete voi che le vostre sofferenze o sensazioni vi arrivino dal di fuori? siete certo di non subire nessuna influenza nefasta? se leggete i giornali, non vi sembra che parlino di voi . . . . ? ecc. ecc.).

Scoperta un'idea delirante (cfr. Cap. IV, §. 93, pag. 429 e 454), converrà subito scalzarle, per così dire, tutt'attorno il terreno per metterne a nudo le radici, e stabilire com'essa germogliò, e come si impiantò nella mente. Bisogna a tale proposito giungere a distinguere le idee deliranti primitive dalle secondarie: quelle non si connettono a nessun precedente disturbo del sentimento (*délire d'emblée* dei francesi); queste si svolgono come tentativo più o meno cosciente di spiegazione o di allegorizzazione di antecedenti disturbi affettivi.

Speciale importanza per la diagnosi e la prognosi della psicopatia ha poi la ricerca semejotica sullo stato di credenza del pazzo rispetto ai concetti e giudizî erronei (§ 93). Credere è pensare che una cosa è, ossia che essa esiste in sè e assolutamente com'è pensata. Ora il pazzo quando esprime un delirio può trovarsi in due condizioni diverse di credenza: o la sua credenza è dubbia, o è sicura. — Nel primo caso, le sue affermazioni saranno date con qualche riserva, dopo molte reticenze, in forma sospensiva, oppure in forma interrogatoria: talvolta ci riesce di convincerlo (almeno momentaneamente) del suo errore, tal' altra sono le stesse altrui domande che fanno balenare alla mente dell' infermo (melancolico) la spiegazione per lungo tempo cercata o agognata, donde il pericolo di certi commerci sociali. Lo stato di dubbio e di incertezza rispetto al delirio è generalmente criterio di prognosi favorevole — Nel secondo caso, la sicurezza dell' asserzione ci è dimostrata da ciò che il pazzo la formula nettamente e senza alcuna oscillazione di pensiero, la ripete

nei discorsi e negli scritti, non accetta discussione sul suo conto, o, se la discute, lo fa evocando le sue sensazioni (illusorie ed allucinatorie) e i suoi ricordi (paramnestici), che hanno per lui l'evidenza di prove di fatto. A questa credenza sicura nel suo delirio il pazzo può essere arrivato in due modi. O lo accettò senz' altro fin dalla prima volta in cui si offerse alla sua turbata coscienza (credenza irreflessa); e questa è una caratteristica dei delirî insorgenti con rapidità nei cervelli degenerati, deboli: ma tali delirii sono altrettanto suscettibili di rapidamente sparire o di essere sostituiti con altri. Oppure il malato dibattè ed agitò il delirio entro la sua mente consolidandolo a poco a poco (credenza riflessa); e questo è sintomo grave, che indica una lunga elaborazione dei giudizî erronei, e quindi una lesione profonda, probabilmente duratura progressiva e irrimediabile, del raziocinio.

C). Il r a g i o n a r e, che è la funzione intellettuale più alta ed evoluta, ora ci offre nella pazzia deficienze e lesioni facilmente verificabili per la stessa loro grossolanità, ed ora invece alterazioni sì delicate e sì finamente dissimulate da richiedere le indagini più minute e scrupolose. La logica dei pazzi è fallace e inconcludente in molte maniere. Ora vi è erroneità di induzione, perchè resta o diviene manchevole il potere di analisi: ora vi è erroneità di deduzione, perchè la mente intuisce od imagina rapporti insussistenti fra l'astratto o generale e il particolare. Talvolta il raziocinio viene falsificato dalla confusione di percezione, spessissimo dall'ambiguità dei termini adoperati nell'argomentare. In molti casi è l'alterazione affettiva, il disturbo del sentimento, ciò che diminuisce o fa smarrire il potere discriminativo, pel quale si avvertono gli errori nel pensiero meditato oppure espresso con la parola. Molti deliranti ragionano con una sottigliezza sorprendente, ma nel più dei casi essi paralogizzano a furia di sofismi. Non pochi prendono le mosse dall' affermazione vaga di una possibilità per passare rapidamente a considerarla probabile, e per fi-

nire con altrettanta sollecitudine sofistica a crederla effettiva e pur anche necessaria.

L'esame analitico della facoltà raziocinante del pazzo viene compiuto, in particolar modo, con l'interrogatorio (confronta § 93, p. 444-6) e con lo studio degli scritti (§ 98, p. 547-9); ma anche i discorsi spontanei, i soliloquii, la stessa condotta ci gioveranno per meglio scoprire la alogicità, illogicità e metalogicità del pensiero. Si avverta intanto che non possiamo aspettarci di trovare sempre erronei e scorretti tutti i raziocinii dei nostri malati. Nelle condizioni ordinarie dell'esistenza e al di fuori della cerchia di idee morbose, nella quale si muove la sua mente, il pazzo non ragiona con logica diversa da quella del sano: cioè egli inferisce ed argomenta, induce e deduce, si vale dell'osservazione e dell'esperienza (« prova ») a un dipresso come ogni altro uomo. Solo quando si abbia davanti un'intelligenza deficiente dalla nascita o deteriorata da un lungo cronico processo morboso, si potrà trovare alterata in tutta la sua estensione la facoltà raziocinante (idioti, imbecilli, dementi); ma in tal caso l'alterazione consisterà in un difetto formale o in una imperfezione del processo logico (*infirmitas*). Le vere « malattie della ragione », quelle che ci colpiscono per la stranezza delle illazioni e la sottigliezza dei sofismi, si osservano quasi soltanto nelle intelligenze, che raggiunsero uno sviluppo completo e che ancor posseggono, malgrado il dissesto morboso, abbastanza energia per dirigere il corso e l'associazione delle idee.

Per quanto il capitolo della « logica degli alienati » sia tuttora da fare, e la generalità dei trattati psichiatrici offra qui le lacune maggiori, ogni medico-alienista sa, almeno empiricamente, che intendendo esaminare un malato sotto questo riguardo, due sono le direzioni veramente cliniche della ricerca semejotica: 1.° scoprire come ciascun pazzo inferisca la sua idea delirante; 2.° saggiare con qual forza e con quali procedimenti logici egli argomenti in ordine ad essa.

1.° *Illazione del delirio.* — Come a suo luogo avvertimmo (§ 93, p. 447), non tutti i delirii nascono per inferenza: alcuni sono d'origine allucinatoria, altri insorgono per associazioni morbose automatiche: nei più si riconosce l'in-

fluenza dei perturbamenti emotivi. Quando il delirio è inferito, noi, applicando le comuni nozioni della Logica, troveremo facilmente che il nucleo di tutto l'edifizio raziocinativo erroneo risiede in un solo sillogismo sbagliato; ma questo basta perchè la mente dell'infermo ne tragga una serie o catena pur troppo indissolubile di altri sillogismi, tanto che la conclusione terminale, esaminata superficialmente, appare lontanissima dal punto di partenza. Così le illazioni dei pazzi ci offrono tutte le forme e modalità di argomentazioni errate, o, come dicono i trattatisti, di « fallacie » (Cfr. SIDGWICK, *Fallacies*, 1883). Nel loro ragionare un logico troverebbe *entimemi*, *epicheremi*, *polisillogismi*, *soriti*, *dilemmi* falsamente *disgiuntivi*, e via via.

α. D'ordinario la illazione morbosa appartiene alla categoria logica dei raziocinii di *induzione:* ossia il pazzo inferisce il suo delirio andando dai casi particolari a concetti generali. Se non che, il suo procedimento induttivo è erroneo in modo diverso: ora perchè la sua mente non afferra i veri rapporti di affinità e di disaffinità fra i casi particolari (percezioni, emozioni, tendenze); ora perchè è troppo sollecita nel generalizzare da poche mal ricevute e male interpretate esperienze; ed ora e soprattutto perchè, arrestandosi sulle semplici apparenze ed ubbidendo alla legge del minimo sforzo, procede in modo sommario e lacunare all'indagine od alla determinazione della causa dei fenomeni. In sostanza, il ragionamento induttivo dei pazzi è analogo a quello dei fanciulli e dei primitivi.

I sofismi induttivi più rilevanti si osservano nell'attribuzione della causa ai fenomeni, specialmente a quelli di osservazione interna nei loro rapporti con le circostanze di ambiente (*non-causa pro causa; post hoc . . ., cum hoc . . . , sine hoc, ergo propter hoc*): la semplice successione o coincidenza di due fatti dà luogo alla credenza erronea d'un loro rapporto causale. Vengono poi i sofismi, con cui il pazzo giudica delle cose e delle persone su ciò che loro spetta per puro caso o accidente (*fallacia accidentis*). Ricordiamo anche i sofismi per enumerazione imperfetta, dovuti in massima alla disattenzione.

β. Altre volte la logica errata del pazzo procede per *deduzione*: posto, cioè, un principio generale, egli ne trae sempre i suoi giudizii per ogni caso particolare (sofisma del falso

supposto). L'esempio tipico di questi ragionamenti deduttivi erronei ci è offerto dal delirio di persecuzione nella fase di diffidenza, quando la mente del povero paranoico è trascinata ad interpretare sempre a suo danno le parole, le espressioni, i gesti e gli atti dei conviventi. Bene spesso i sofismi così detti di deduzione del pazzo appartengono alla categoria delle petizioni di principio e dei circoli viziosi: questo si scorge specialmente nel modo di argomentare dei melancolici, ipocondriaci e paranoici, coi quali una discussione è sempre fastidiosissima per il loro aggirarsi sulle medesime premesse erronee.

γ. Una grande parte nella logica pazzesca hanno i ragionamenti di *probabilità* (sofismi per sillogisma ipotetico), e questi sopratutto a riguardo dei rapporti causali fra i fenomeni interiori avvertiti dalla coscienza del malato (modificazioni morbose del tono sentimentale, illusioni ed allucinazioni, idee automatiche, tendenze impulsive, ecc.) e le vicende dell'ambiente, vuoi fisico, vuoi sociale.

Le cause efficienti degli errori dei pazzi sono: la tendenza naturale delle rappresentazioni illusorie ad obbiettivarsi; il difetto di contraddizione (interiore); l'influenza perturbatrice della relatività dei sensi; l'abitudine viziata; la prevenzione intellettuale; e la disposizione morbosa del sentimento.

2.° *Argomentazione del delirio.* — Il potere di argomentare si desume facilmente non appena si intavoli una discussione col pazzo intorno ai suoi concetti deliranti. L'occasione a iniziare sì fatta discussione è posta subito dall'interrogatorio (§ 71, p. 100); noi abbiamo già parlato dell'aspetto conversativo dei varii malati, mettendo in attenzione il medico e lo studente sulle apparenze ingannatrici dei così detti « pazzi ragionanti » (§ 94, p. 475-84). Possiamo anche ricorrere ad un esame sperimentale, eccitando il pazzo a dirci per iscritto su quali prove e su quali ragioni egli fondi il suo modo peculiare di pensare, di sentire e di agire. In moltissimi casi le deficienze della logica ci saranno rese più evidenti con lo scritto che non con la parola (§ 98, p. 537 e 547-9).

Siccome la capacità di ragionare argomentando da uno ad altro giudizio non è eguale in tutti gli uomini, dobbiamo aspettarci di trovare la stessa disuguaglianza individuale anche nello stato di pazzia. Vi sono fra gli alienati i fortissimi e i

deboli *ragionatori*. Quelli si distinguono per l'abbondanza la sottigliezza e la flessuosità dei loro procedimenti logici: gli altri, all'opposto, si contentano di poche e povere premesse, delle quali non si smoveranno più, checchè avvenga. Ma anche sotto le apparenze più brillanti l'argomentare dei pazzi è sempre sostanzialmente fatuo, sia perchè, mancando del potere di sintesi, essi argomentano da caso particolare a caso particolare, sia perchè di fronte alle prove contrarie il campo della loro coscienza si addimostra ristretto al pari di quello di un fanciullo. È indicibile la tenacia, con cui le menti deboli dalla nascita, o dominate da un elemento qualsiasi morboso, ovvero infiacchite dalla malattia, stanno attaccate ai loro falsi principii, e vi ritornano con illogica ma inflessibile argomentazione. Questa è appunto la causa che ad ogni mente non del tutto sana ed equilibrata rende così pericoloso il commercio cogli alienati. Nella sua stranezza, nei suoi frequentissimi rapporti con le credenze inferiori e con le superstizioni popolari concernenti l'invisibile ed il possibile, nel fatto stesso di sfuggire ad ogni convinzione di prova, e perchè elude tutte le norme della sana logica che richiede uno sforzo mentale, il delirio esercita sempre attrattiva e, non di rado, anche influenza disastrosa sui cervelli dei deboli, cioè degli ereditarii e dei predisposti. Così si spiegano le pazzie endemiche ed epidemiche, e così si conferma che la logica degli uomini non è quasi mai razionale, ma quasi esclusivamente sentimentale.

115. **Esame della funzione affettiva** (« **Sentimento** »). — Questo esame, che si giova di dati semejotici spontaneamente offertici dal pazzo più che di ricerche sperimentali e analitiche, concerne il sentimento in generale, cioè il *tono della vita affettiva*, e l'emotività, con particolare riguardo alle *emozioni* primordiali *istintive* ed alle emozioni *rappresentative*, cioè ai varî sentimenti concreti ed astratti.

In un gran numero di malattie mentali il sentimento si perturba assai prima dell'intelletto: in certune, anzi, tutto il disordine mentale sembra circoscriversi nella sfera affettiva.

Questa è forse la ragione, per cui nella generalità dei trattati psichiatrici l'esame del tono sentimentale, dell'emotività e dei singoli sentimenti precede quello delle attività di percezione memoria ed ideazione. Io pertanto considero che il posto della funzione affettiva debba essere vicino a quello della volitiva, con cui ha intimi rapporti semejotici stante la connessione diretta fra affettività e movimento. Nella *praxis* si procederà, come più volte ho detto, a seconda dei casi; ma è giusto osservare che, essendo l'espressione il primo dato ejettivo da cui noi siamo colpiti nell'avvicinarci ad un alienato (cfr. §. 74), il sentimento è anche la prima delle tre grandi funzioni psichiche di cui cogliamo le più appariscenti manifestazioni morbose. Pur quando si proceda fin da principio all'esame della intelligenza, è certo che le nostre investigazioni sulla facoltà percettiva, mnemonica, imaginativa ed ideativa sono guidate, nei casi di vesania pura, dalla impressione che ci han fatto la fisonomia e il contegno del paziente (§ 83, p. 252).

L' apprezzamento degli stati affettivi è ancor più difficile di quello degli stati cognitivi. Qui, infatti, assenza completa o quasi di ogni mezzo o strumento di misurazione quantitativa. Poichè, anche ammesso che si potesse determinare il tempo richiesto dalla formazione di un'emozione o di un sentimento elementare (come si giunge a fare per gli stati emotivi connessi ad una percezione, cioè per i sentimenti sensoriali), non si potrebbe però stabilire il tempo della sua durata, nè, ancora meno, il valore in forza ed intensità del fenomeno affettivo per rispetto alla coscienza dell'individuo. Una « timometria » scientifica è adunque impossibile, e l'alienista, che voglia definire e descrivere gli stati morbosi della sfera affettiva, si deve contentare delle gradazioni del linguaggio comune: tono sentimentale *esaltato*, *indifferente*, o *depresso;* stato affettivo *torpido*, *vivace* o *violento;* emozione *debole*, *discreta* o *forte;* affetto *leggiero*, *moderato* o *profondo*; sentimento *basso*, *volgare*, *mediocre* od *elevato* (Cfr. KÜLPE, *Grundriss der Psychologie*, 1893, § 35, p. 237).

In quanto ai criterî ejettivi per stabilire la esistenza e specificare la forza di un dato sentimento nel pazzo che esaminiamo, noi ci varremo, in prima, dei segni emozionali (espressioni permanenti e labili); in secondo luogo, ci servirà la spon-

tanea testimonianza dell'individuo (interrogatorio, nel quale cercheremo di ottenere il maggior numero possibile di espressioni comparative); poscia ci illuminerà la condotta (azioni dominate dalla ricerca del piacere, dal desiderio di evitare le sofferenze, ecc.); in ultimo, guarderemo alla costituzione fisica del soggetto (modificazioni organiche indotte dagli stati emotivi permanenti, massime se tristi o depressivi).

I. Il SENTIMENTO GENERALE O TONO DELLA VITA AFFETTIVA soggiace nella pazzia a due caratteristici disturbi, depressione ed esaltamento. Tali disturbi si desumono e si apprezzano dalla disposizione permanente dell'animo per rispetto agli eccitamenti sensitivi, in altri termini dall'umore. Alla disposizione dolorosa o disaggradevole dell'animo corrisponde il *malumore* (tipico della melancolia e delle forme depressive); a quella piacevole od aggradevole, il *buonumore* (tipico della mania e delle forme esaltate).

Abbiamo due sorgenti di dati semeiotici per analizzare il tono generale del sentimento: la obbiettiva semplice e la sperimentale.

a) L'osservazione diretta ci rivela, in prima linea, la espressione permanente del viso (§ 83, p. 252-8), la energia, rapidità e durata dei movimenti mimici (ivi, p. 247), il contegno di fronte alle persone di casa ed agli estranei (§ 80), il modo di atteggiarsi del corpo (§ 81), l'intonazione della voce (§ 87), la rapidità o lo stento della parola (§ 92-93), ecc. È difficile ingannarsi sulle espressioni di malumore e di buonumore, di tristezza, di allegria, di irritabilità e di angoscia, tanto più che queste disposizioni generali non si nascondono nè si dissimulano. — Viene di poi l'interrogatorio, che mirerà in particolar modo a farci esporre dal malato medesimo il suo stato subbiettivo di benessere o di malessere. (P. es. D. Come vi sentite? siete voi ammalato? qual'è lo stato della vostra salute? siete contento della mia visita o preferite di rimaner solo? siete voi triste? potete piangere? da quanto tempo non potete più essere allegro? che cosa provate internamente?

avete nessun motivo per questo stato di malinconia? — Oppure: vi interessate dei figli? siete voi felice? godete la vita? perchè ridete e non vi occupate? volete passeggiare, andare al teatro? ecc.). Si registreranno con somma accuratezza tutte le risposte, che tradiscono anche lontanamente un *pessimismo* od un *ottimismo* esagerati ed irrazionali (cfr. p. 429 e 454). — Indi ci informeremo sulla condotta abituale del malato. Per la depressione troveremo abbandono del lavoro, misantropia, silenziosità, allontanamento dai giuochi, apatia ed indifferenza per ciò che lo riguarda; per l'esaltamento, troveremo vivacità di reazioni, esuberanza di attività, ricerca delle compagnie libertine, irascibilità, ecc. — È di somma importanza sapere se il cangiamento di umore sia continuo, o presenti intermittenze e remittenze, o sopravvenga ad accessi.

b) Per cimentare sperimentalmente la disposizione generale dell' animo, non abbiamo altro mezzo se non di sottoporre l' ammalato a impressioni inattese ed insolite; noi vedremo come le accoglie, se in senso gradevole o sgradevole, e come loro reagisca. La presenza del medico nella sua casa o nella sua camera, il solo interrogatorio, la visita di un parente o di un amico, l' entrata di un estraneo, un gesto di affabilità ostentata, la consegna di una lettera, la comunicazione di un saluto della famiglia, la notizia di un fatto politico, la lettura di un articolo di cronaca, l' invito ad una passeggiata, una espressione di compianto o di conforto, un consiglio amichevole, un rimprovero . . . costituiranno altrettanti esperimenti psicologici, dai quali desumeremo il grado approssimativo di malumore e di buonumore del pazzo. Chi è dominato da morbosa cacoforia non gradisce, d'ordinario, nessuna impressione nuova, massime se repentina ed inaspettata (« i suoi nervi non vibrano che pel dolore »): è, insomma, un misoneista, perchè ogni sensazione implica uno sforzo, ed ogni sforzo è accompagnato da un sentimento penoso. Chi invece sia in preda ad un senso di euforia è disposto a sentire in tono piacevole ogni cangiamento di coscienza (« la felicità gli traspira da tutti i pori »). Lo stesso potere di attenzione è un buon criterio per l'apprezzamento dell' umore.

Esperienze ancor più efficaci sono quelle, che consistono nello stimolare artificialmente la sensibilità fisica e la morale.

α. Riguardo alla prima, sono unico criterio le ricerche semejotiche sulla sensibilità dolorifica, sulla tattile e termica, sul senso muscolare, sul gusto, sull'odorato, sull'udito, sulla vista (cfr. Vol. I). Esse ci permettono di determinare, non solo i limiti nei quali ciascuna stimolazione sensitiva diventa sgradita e penosa, ma ci dànno altresì agio d'entrare nella sfera dei sentimenti sensoriali cui si collega l'attività estetica della mente. Si potrà giudicare della disposizione d'animo, osservando se il malato sia sensibile alle impressioni piacevoli di contatti vellutati, di sapori dolci, di profumi soavi, di suoni tonali ed armonici, di belle forme o di graziose raffigurazioni a colori. Ci servirà più specialmente la musica, che ha tanta influenza sullo stato della nostra emotività (cfr. Vol. II, § 89): i piaceri acustici si risvegliano facilmente e senza danno.

β. Riguardo alla sensibilità morale, le stimolazioni vanno ragguagliate alla condizione del soggetto e ponderate dalla saggezza del medico. Così coi pazzi apparentemente attoniti stupidi od apatici potremmo usare l' artificio di comunicar loro all'impensata qualche notizia grave, che valesse normalmente a scuoterli dal loro torpore e dalla loro indifferenza. Con quelli eccitabili potremmo anche saggiare la suscettibilità personale, rivolgendo loro elogi iperbolici, rimproveri ingiustificati, oppure contraddicendoli più o men rudemente nei loro affetti, nelle credenze religiose, nelle opinioni politiche.

II. L' EMOTIVITÀ deve essere esaminata nel pazzo sotto due aspetti: il generico o quantitativo, quando si considera la facilità maggiore o minore con cui si sviluppa e si risveglia in lui la vita affettiva; il particolare o qualitativo, quando si scende allo studio dei singoli fenomeni affettivi (« emozioni »), e se ne osservano la intensità, il colorito, la durata e i mutui rapporti. Questi fenomeni affettivi, secondo il loro contenuto più o meno specializzato o rappresentativo, si dispongono in serie ascendente, dai più semplici e primitivi connessi alle impressioni organiche ed alle percezioni sensoriali (*emozioni* organiche), fino ai più composti ed elevati, che costituiscono il colorito emozionale delle idee generali ed astratte (*sentimenti* etici ed estetici).

a) Lo stato generale dell'emotività si apprezza dal modo, con cui si producono nell'alienato le reazioni emotive. Giusta quanto dicemmo nella introduzione alla Semeiotica sintetica (§ 74), noi non abbiamo altro criterio per dire che un individuo è più o meno idoneo ad essere commosso nell'animo (emozionabile) se non le manifestazioni di movimento. Il principio delle nostre indagini è desunto dalla nota *legge di diffusione* (Bain): — quanto più intenso è uno stato emotivo, tanto più diffuso è il movimento di espressione. — Ora, la vita affettiva del sano e del pazzo ha manifestazioni spontanee, quando gli stimoli che la risvegliano sono interiori (impressioni organiche, rappresentazioni), e manifestazioni provocate quando gli stimoli eccitatori del cangiamento di coscienza sono estrinseci (impressioni sensoriali dirette, suggestioni verbali). Noi, dunque, potremo compiere sull'emotività le due solite indagini: una di semplice osservazione, l'altra di cimento sperimentale.

α. I criterii empirici, di cui ci serviamo, sono le diverse categorie di fatti espressivi, e soprattutto i reflessi, il rossore, il pallore, le lagrime, i cangiamenti della fisonomia, i gesti, la voce, i moti spontanei, ecc. Con questi dati noi rispondiamo ai molteplici quesiti che interessano il diagnostico. — È il soggetto emotivamente eccitabile, ovvero è in lui abolita la possibilità che si risveglino emozioni? E, dato che esista e si palesi con fenomeni di reazione, è in lui l'emotività troppo facile, troppo pronta ed esagerata: oppure, è dessa difficile, tarda a prodursi, e povera di manifestazioni? Questi effetti reattivi hanno essi molta durata e persistenza, o sono fuggevoli e cangiabili? Superata una emozione violenta di collera, di paura, di risentimento, quali ne sono le conseguenze nell'ideazione? sono forse i pensieri del malato più lenti, come se la emozione li avesse inibiti, o si svolgono invece con maggiore agevolezza, come se li avesse eccitati? Quali sono, ad ogni modo, le emozioni, che prevalgono nella vita affettiva spontanea del pazzo? sono quelle di puro istinto (fame, sete, sensualismo), oppure quelle di contenuto rappresentativo astratto (sentimento religioso, fazioni politiche, misticismo . . .)?

β. Come procedimento sperimentale usiamo, anzi tutto, la provocazione artificiale di emozioni: essa ci permette di ve-

rificare se e fino a qual punto l'alienato sia emozionabile. Abbiamo detto altrove in qual guisa si debba procedere a codesta prova (cfr. § 82, p. 245-6). Quando poi volessimo misurare almeno approssimativamente il grado di emotività, avremmo due metodi: quello *in serie* e quello di *espressione* (KÜLPE).

αα. Il metodo in serie (« *Reihemethode* ») altro non è se non la investigazione psicofisica di FECHNER sul rapporto quantitativo (logaritmico) fra stimolo e sensazione. Se la emotività è depressa e diminuita, occorrerà uno stimolo più forte per risvegliare un sentimento elementare di piacere o di dolore (*feeling* degli Inglesi); se all'opposto essa è esaltata ed eccessiva, lievi stimoli superanti di poco la soglia della coscienza saranno bastevoli a indurre cangiamenti aggradevoli o disaggradevoli. Questo rapporto fra l'eccitazione e la sensazione si altera molto più estesamente e variatamente nelle affezioni dinamiche del sistema nervoso (isterismo, pazzia) che non nelle organiche. Vi è un capitolo di psicopatologia ancora interamente da fare, forse il più importante di tutti: ed è quello dei « sintomi di relazione » (MENDELSSOHN).

ββ. Il metodo di espressione (« *Ausdrucksmethode* »), messo in voga specialmente dal nostro A. Mosso, e applicato da più anni nelle Cliniche psichiatriche italiane, consta di tutte le indagini, che possiamo fare mediante strumenti ed apparecchi registratori sugli effetti organici consecutivi alle emozioni. Se nello stato di riposo, o, come si dice, di indifferenza sentimentale, provochiamo nel soggetto una qualsiasi emozione semplice, noi, allo scopo di studiarne gli effetti, possiamo eseguire: — *a*) ricerche sul *ricambio materiale:* si esaminano le quantità assolute e relative dei diversi prodotti di ossidazione (urea e fosfati delle urine, sudore, ecc.); — *b*) ricerche sulla *temperatura*: si osservano i cangiamenti della termogenesi generale del corpo, oppure le oscillazioni termometriche del capo (termometri comuni o a bulbo piatto introdotti nell'orecchio o applicati sulla fronte; pile termoelettriche secondo il processo del TANZI); — *c*) ricerche sulla *circolazione* e *respirazione:* si raccolgono i dati sui loro cangiamenti quantitativi e qualitativi (numero, forza e regolarità delle pulsazioni e respirazioni; pressione arteriosa misurata con gli sfigmomanometri; tracciati del polso e re-

spiro ottenuti coi metodi grafici; dilatazione e costrizione dei vasi periferici, stabilite mediante il pletismografo ; rapidità maggiore o minore dei reflessi vascolari, ecc.); — *d*) ricerche sulla *innervazione di senso e di moto:* si determinano obbiettivamente le modificazioni che nella sensibilità e motilità si avverano dopo uno stato emotivo (estesiometria, algometria, reflessi cutanei e profondi, dinamometria, dinagrafia); — *e*) ricerche sulle *funzioni psichiche:* essendo tutti i fenomeni mentali collegati fra di loro, si può sperimentare se le emozioni intense alterino, e in qual guisa, il pensiero nella qualità e nel decorso delle associazioni interne (psicometria), e anche se aumentino o diminuiscano la capacità di eseguire sforzi volitivi muscolari (ergografia).

b) Per quanto riguarda l'esame analitico dei singoli fenomeni affettivi (« emozioni »), noi abbiamo riassunto, in altro capitolo, lo sviluppo della emotività, e ci siamo sforzati di dare una classificazione degli stati affettivi che corrispondesse alle fasi ascendenti della timogenesi, dalla emozione istintiva connessa ai bisogni primordiali dell'organismo fino a quella astratta, che accompagna i più alti prodotti della intelligenza (§ 100, p. 574). Riducendo ora a forma più pratica quella classificazione, abbiamo la seguente scala di indagini analitiche effettuabili sulla emotività (Cfr. SULLY, *The human Mind*, Vol. II°).

1.° Le *emozioni istintive fondamentali* si apprezzano dal modo con cui il malato soddisfa ai bisogni organici di nutrizione e di riproduzione (cfr. § 106-107). Per meglio conoscerne i caratteri morbosi e per misurarne la influenza sull'insieme della mentalità del soggetto, potremo anche artificialmente provocarle (ad es. donandogli un frutto, togliendogli di improvviso il cibo o un alimento prediletto, mostrandogli il ritratto di una bella persona, ecc.). Il LOMBROSO si è giovato utilmente di questo processo per saggiare la sensibilità dei delinquenti, ed anche il loro pudore. A tale scopo egli poneva l'oggetto o la imagine entro una scatola, che improvvisamente si apriva, lasciando vedere il contenuto all'individuo in esperimento. Cogli apparecchi registratori già messi a posto è facile raccogliere i cangiamenti circolatorii, respiratorii ecc., rendendo così « obbiettiva » la emozione.

2.° Le *emozioni istintive specializzate* (primitive e secondarie) sono divisibili in due gruppi: le egoistiche e le sociali.

α). Fra le egoistiche (cfr. p. 575-6) noi esaminiamo soprattutto la facilità, la vivacità e la frequenza, con cui spontaneamente il pazzo manifesta emozioni di paura, di collera, di apprensione, di terrore, di gioja, di avvilimento, di ripugnanza, ovvero emozioni di stima verso sè, di compiacenza nelle qualità e cose e azioni proprie, di desiderio dell' altrui approvazione, e simili. Tutti questi stati affettivi hanno espressioni caratteristiche, che non mancheranno di manifestarsi durante l'interrogatorio se sono permanenti, o durante le nostre visite se sono transitorie (§ 82-4). S'intende che queste emozioni non sono viste ordinariamente che sotto le loro forme derivate, nelle quali l'egoismo proprio di tutte le specie animali acquista caratteristiche sempre più intellettuali in ragione del progressivo elevarsi della natura umana. Potremo, ad ogni modo, saggiarle anche con metodo sperimentale; e qui accennerò brevemente al come per alcune di esse.

Vedremo il pazzo esprimerci la emozione di *paura* solo che lo mettiamo in presenza di persone ignote, o lo assoggettiamo ad impressioni nuove (pantofobia): lo vedremo fors'anco atterrito dai fenomeni rappresentativi morbosi che eventualmente potessimo fare insorgere ad arte (illusioni, allucinazioni terrifiche). — L'emozione di *vanità* sarà apprezzata da ciò che egli cerchi di essere guardato e ammirato, tenga alla forma e qualità degli abiti, si copra di ornamenti, di fiori e di emblemi, o si addimostri sensibile ai rimbrotti, agli elogii ed alle adulazioni. — Giudicheremo della sua emotività di *appropriazione* (sentimento di proprietà) scorgendo se e come egli sia geloso custode della roba sua, del cibo che gli spetta, della camera che gli fu assegnata, degli oggetti di suo uso personale, ecc. — L'emozione di *prepotenza* ci sarà rivelata solo che osteggiamo il pazzo in qualche suo desiderio morboso, o che lo poniamo a contatto di individui più deboli di lui. — Per dire poi che egli sia capace dell' emozione di *curiosità*, lo dovremo esaminare alle prese con una cosa a lui sconosciuta, e che normalmente dovrebbe attrarre la sua attenzione, sia essa una persona per lui nuova, sia un oggetto

brillante o colorato, un corpo in movimento, un animale, un fenomeno meteorico, un bel tramonto, ecc. — Riguardo all'emozione di *attività*, che accompagna la spesa del soprappiù di forza, e che è rara nei malati di mente, massime se vesanici acuti, ne desumeremo la esistenza e la forza dall'amore dei giuochi, di quelli in particolare che esigono sforzi di muscoli e di volontà. — A questa emozione si connette, da ultimo, quella di *inventiva:* ne diremo il pazzo capace quando egli sappia e voglia esercitare azioni meccaniche sugli oggetti esterni foggiandoli e modificandoli a suo piacere, o quando si compiaccia nelle produzioni spontanee dell'arte e nella trasformazione dei suoi pensieri in iscritto.

β) Fra le emozioni istintive sociali indagheremo, anzitutto, se il pazzo sia in grado di provare la fondamentalissima emozione di *tenerezza* e di *attaccamento*, questo ponte di passaggio sul quale l'animalità e la umanità si sono incamminate per alzarsi dall'egoismo all'altruismo (DARWIN, BAIN, SPENCER, ROMANES). La potremo congetturare dal fatto che il pazzo si espanda in gesti ed atti teneri verso coloro che ama o dovrebbe amare (i figli specialmente, i bambini, e indirettamente gli animali ci serviranno di strumento di analisi psicologica); ne lo diremo invece privo o deficiente, se egli mostrerà un contegno freddo od ostile di fronte alle altrui manifestazioni affettuose (carezze, strette di mano, baci, abbracci, atti di dolce e amorosa famigliarità).

Viene, in secondo luogo, l'importantissima emozione generica di *simpatia* (il « Mitgefühl » dei tedeschi): essa si manifesta nel piacere di vivere in compagnia di altri e di comunicarsi a vicenda i proprî stati affettivi. — Per verificarne l'esistenza ed apprezzarne la forza e i possibili perturbamenti, noi possiamo trarre criterî semejotici dal contegno del malato verso la società. (È desso gioviale? frequenta gli amici, i conoscenti, le pubbliche riunioni, o preferisce vivere isolato? quale effetto gli fa il trovarsi in mezzo alla gente? la presenza di altri desta in lui il piacere del conversare? si espande in colloquî amichevoli e confidenziali? ecc.). — In seguito possiamo giovarci delle impressioni simpatetiche, che in ogni sano risvegliano le manifestazioni vivaci dei sentimenti altrui di piacere e di dolore. Vedremo se il pazzo partecipi alle gioie ed alle

sofferenze dei suoi di casa, degli amici, dei suoi stessi compagni di sventura; se egli presti attenzione alle loro esclamazioni gioconde, ai loro gesti e gridi di dolore; se sia sensibile alle espressioni di benevolenza, di rimpianto, di risentimento; se si commova alla vista delle creature deboli e sofferenti; se una carezza, un favore, un dono, una dimostrazione simpatica, destino in lui un sentimento di gratitudine; se la vista del cordoglio, in cui il suo stato immerge la famiglia e gli amici, valga a frenare le sue estrinsecazioni morbose, stravaganti, impulsive, ecc.

Questo accenno alla semejotica dell' emozione generica di simpatia ci mostra però com' essa, in conformità di quanto dicemmo, si concretizzi sempre, disponendosi l'affettività attorno ad un nucleo rappresentativo, cioè ad un determinato oggetto o ad una determinata persona verso cui simpatizzare: di modo che, l'esame della emozione istintiva di socievolezza si confonde con quello dei sentimenti concreti sociali. Ma prima di procedere oltre desidero avvertire che la qualifica di « rappresentative » attribuita solo alle emozioni dell'ultima classe, le quali sono quelle in cui il fenomeno affettivo si svolge attorno all'immagine ed all'idea, è puramente da accettarsi per brevità di linguaggio scientifico. Noi diciamo rapsentative queste emozioni (sentimenti) solo perchè l'elemento o nucleo rappresentativo è in esse più sviluppato che non nelle altre classi. Ma ogni emozione ha un contenuto di rappresentazione, giacchè essa si risolve sempre nel tono piacevole o doloroso d'uno stato rappresentativo, sia semplice sia composto. Giustamente, e con grande profondità di pensiero, mio cognato E. Regalia ha potuto chiedersi se le emozioni, descritte, divise e suddivise dagli psicologi con tanto lusso di particolari, siano davvero altrettanti diversi sentimenti, laddove ciò che le differenzia è soltanto il fenomeno rappresentativo, che esse coloriscono (Cfr. « Riv. di fil. scient. », '90).

3.° Le *emozioni rappresentative* comprendono due grandi gruppi di sentimenti: i concreti e gli astratti.

α). I sentimenti concreti altro non sono che quelli simpatetici. Essi derivano dall'emozione fondamentale di socievolezza, e acquistano carattere diverso in conformità degli individui consociati o conviventi, verso cui la simpatia è diretta.

Qui abbiamo, in prima linea, da compiere indagini sull'*affettività famigliale* del nostro infermo (se ami il coniuge, i genitori, i figli, i fratelli, i parenti; se si occupi della famiglia, ecc.). — Vengono in seconda linea gli *affetti personali* al di fuori dei legami di parentela, dei quali gli uni sono di semplice simpatia, sia pure corroborata da interessi (amicizie, relazioni, compagnie preferite, ecc.), gli altri costituiscono un gruppo particolarmente vivace, perchè sono basati sull'istinto sessuale (amore, gelosia). — In ultimo, indagheremo i sentimenti di *affettività sociale* ed *impersonale* (spirito di casta e di classe, vincoli politici, simpatia pei correligionarî, municipalismo, patriottismo, pietà, filantropia, imparzialità).

Tutto ciò ci viene rivelato dalla osservazione della spontanea condotta domestica, privata e pubblica del pazzo (cfr. § 101, 103-100); ma noi possiamo pure, la mercè dell'interrogatorio e degli altri soliti procedimenti di suggestione e di mimetismo sociale, indurre il pazzo stesso a rivelarci lo stato dei singoli suoi sentimenti concreti. Stante la loro indole positiva e stante la determinatezza e intensità delle tendenze cui dànno origine, questo gruppo di sentimenti costituisce gli *affetti* propriamente detti, che informano gran parte della condotta individuale e sociale, e possono elevarsi fino al grado di *passione* (cfr. § 68, p. 64). Noi diremo che un affetto è patologico: 1.° quando abbia abnorme intensità e durata; 2.° quando sia sproporzionato al valore reale dell'oggetto che ne forma il nucleo rappresentativo (la sproporzione ci viene dimostrata dal raffronto con altri oggetti consimili e dal consenso universale); 3.° quando l'individuo appassionato non sia in grado di correggere i suoi giudizî intorno all'oggetto di predilezione, pur avendo quasi sempre coscienza della loro erroneità ed esagerazione; 4.° quando dal disordine affettivo vengano originati cangiamenti e disturbi gravi e persistenti nell'innervazione e nel trofismo generale (insonnio, analgesia, cardiopalmo, tremito, fenomeni vasomotorii, disappetenza, dimagramento, ecc.); 5.° infine, quando l'affetto, togliendo all'individuo il potere di governarsi, lo porti ad atti irresistibili, violenti, improvvisi, di attrazione o di ripulsione. Per questi caratteri, quelle passioni romantiche di « amore », che saettano d'improvviso o che soggiogano sino al monoideismo (suicidio, delitto, coppie suicide), sono spesso stimate di degenerazione.

β). I sentimenti astratti ideali comprendono tre classi: gli intellettuali, gli estetici, gli etico-religiosi.

α. Degli *intellettuali* o *logici* il tipo è dato dal sentimento di sorpresa e di meraviglia: lo esamineremo osservando se il pazzo, di fronte ad un fatto ignoto o ad un oggetto inaspettato, si ponga i quesiti che rivelano la curiosità conoscitiva (*ciò è strano: io non lo comprendo: che cosa è?*). Vedremo poscia se egli provi il piacere di assimilarsi nozioni nuove (letture, conversazioni su temi elevati, discussioni teoriche, ecc.); se sia soddisfatto quando può indurre altri nelle sue convinzioni, o quando abbia trovato, con un lavoro di logica, sia pure erronea, qualche nuovo argomento in loro favore (molti deliranti esultano nell'incalzare il medico coi loro sofismi serrati); infine se, piacere supremo dell' intelligenza che « crea », egli si abbandoni alla voluttà del fantasticare, dell' ideare, dell' inventare.

$\beta\beta$. I sentimenti *estetici* sono quelli risvegliati dalla percezione del bello in tutte le sue forme e manifestazioni. Il bello non può definirsi altro se non « ciò che piace » (cfr. Guyau, *Op.*; e Pilo, *L'Estetica*, 1894). Ora, ci sarà agevole stabilire quali siano le cose, che eccitano godimenti estetici nel nostro ammalato: se il bello puramente sensuale (colori, suoni, forme), ovvero l'ideale (un motto celebre, un atto eroico, una scoperta scientifica); se il bello naturale (paesaggio) o l'artificiale (opere d' arte, un quadro, una statua, un tempio, la drammatica, un meccanismo complicato). Dovremo poi indagare specialissimamente se egli sia suscettibile di provare il sentimento del ridicolo e del comico: a tale scopo basterà eccitare in lui percezioni ed imagini di contrasto.

$\gamma\gamma$. I sentimenti *etico-religiosi* ci sono palesati facilmente dalle risposte del pazzo ed in particolare dalla sua condotta (§ 110). Quella che concerne le relazioni sociali ci darà il mezzo di apprezzare e quasi misurare il senso morale del pazzo. (E desso in grado di percepire la immoralità e la antisocialità di una azione puramente egoistica? ha egli i sentimenti del pudore? della vergogna? del rimorso? è sensibile al rimprovero? oppure ostenta con vanità la propria perversità d'animo? ha rammarico per atti criminosi che possa aver commessi? quale concetto si fa egli del proprio dovere e dei diritti altrui? ha il rispetto del-

l'autorità? quali sono le sue idee intorno alle leggi, alle sanzioni penali, all'organizzazione della giustizia? è egli capace di azioni disinteressate? ecc.). — In quanto al sentimento religioso, le sue manifestazioni, salvo in certe cupe melancolie, sono sì spontanee ed esplicite che non ci saranno d'ostacolo nè il silenzio, nè la possibile dissimulazione dell'alienato.

116. **Esame della funzione conativa (« Volontà »).** — L'indagine analitica sulle funzioni psichiche del pazzo si completa esaminando dapprima lo stato generale della sua energia volitiva, o conazione, in rapporto coi disturbi formali della coscienza (*sentimento dello sforzo* e *consapevolezza delle tendenze*); esaminando, in seguito, le azioni sotto il duplice aspetto del loro carattere volitivo e del loro rapporto coi disturbi della sfera intellettiva ed affettiva (parte delle *volizioni* propriamente dette nella condotta); esaminando, in ultimo, se il pazzo sia capace di esercitare il potere inibitorio sulle azioni, sui sentimenti e sulle idee (*governo di sè medesimo*).

I fenomeni morbosi della sfera volitiva sono in particolare connessione con lo stato della coscienza, e, secondo tutte le vedute e risultanze della psicologia odierna, con la manifestazione fondamentale della coscienza stessa, l'attenzione. Così nella pazzia, come nello stato di salute, si può parlare di « volontà » o di « atto volitivo » solo quando l'*attenzione del soggetto si rivolga ad un movimento nascente*. Ma esistono due maniere di attività volitiva: l'una riguarda le azioni muscolari (movimenti volontarî, attività cinetica), l'altra invece riguarda la successione e la direzione dei processi mentali (governo e controllo del pensiero, attività intellettuale). Sostanzialmente però questi due aspetti così differenti della volontà sono una sola e medesima cosa. Nell'attività cinetica, la coscienza avverte l'iniziarsi di un cangiamento nello stato dei muscoli; e si ha la apperczione di uno *sforzo*. Nella attività intellettuale si tratta, invece, di rappresentazioni, che si evocano a vicenda, e si associano in un dato modo; ma poichè

la rappresentazione deriva dalla percezione, ed ogni percezione sensoriale non è possibile senza il sussidio dei muscoli annessi ai singoli apparati di senso, ne segue, come già avvertimmo, che l'elemento psico-motorio è costante in ogni nostra imagine, e, con evidenza anche maggiore, in ogni nostro concetto che venga pensato in forma verbale (cfr. § 88, p. 321). Anche il governo del pensiero è, adunque, un governo di movimenti o, meglio, un' inibizione di stati rappresentativi cinesioestesici. Laonde ha perfettamente ragione il linguaggio comune, quando, parlando dell'attenzione rivolta ai fenomeni interni, od alludendo alla operazione elevatissima del riflettere e meditare, usa le espressioni di « forza », di « potere », e segnatamente quella di *sforzo*. Questo farà comprendere anche ai non psicologi perchè si sia introdotto nella scienza il nome di « conazione » onde designare la qualità generale dei fenomeni volitivi, e perchè oggidì la Psicologia non possa più ammettere un astratto « potere di volontà ».

I. Lo STATO GENERALE DELLA FUNZIONE CONATIVA in rapporto con la coscienza ci si appalesa e, fino a un certo punto, ci si rende misurabile, lorquando noi esaminiamo: 1.° la energia, durata e fermezza dello sforzo; 2.° il sentimento che dello sforzo medesimo ha l'alienato; 3.° le condizioni della così detta « facoltà appetitiva », rivelataci dalla esistenza, intensità e finalità dei desiderî, che sono poi le tendenze rappresentantisi alla coscienza.

I dati ejettivi per apprezzare lo stato della conazione si attingono, in prima linea, dalla condotta spontanea dell'alienato; in secondo luogo, dal suo portamento e contegno osservati direttamente; in terzo, dalle dichiarazioni che l'ammalato stesso ci può fare intorno alle condizioni subbiettive, che accompagnano ogni suo sforzo di volontà. Abbiamo poi la indagine sperimentale: possiamo sollecitare l' alienato a compiere determinati atti in risposta a speciali stimolazioni da noi effettuate (cfr. § 71, p. 93); possiamo anche misurare con istrumenti opportuni la funzione di movimento e, per certi riguardi, quella pure di innervazione.

1.° I caratteri intrinseci dello sforzo volitivo si manifestano nella energia, forma, rapidità e costanza delle azioni muscolari.

α). Fermandoci da prima all'esame puramente obbjettivo, noi guarderemo se il malato è capace di eseguire movimenti, gesti ed atti intenzionati, ogni qualvolta si possa supporre che la sua coscienza è colpita da percezioni e da stimoli rappresentativi; se egli si muova, cammini, gestisca, parli e scriva con facilità o con istento; se i suoi movimenti siano eseguiti con lentezza o con celerità, subito dopo avvenuta la stimolazione; se i suoi atti siano abbreviati od allungati, se compiuti in un tratto solo o scomposti in tante frazioni di movimento, ecc.

In generale, noi partiamo dal presupposto, confermato d'altronde dalla nostra esperienza soggettiva e dall'osservazione quotidiana, che, quanto più la volontà è energica, tanto più facili pronti e duraturi siano i movimenti, mentre ad una volontà fiacca corrispondono movimenti stentati lenti e labili. Qui però bisogna distinguere, col Ribot, due specie di indebolimento della funzione conativa. La volontà è indebolita tanto se difettino gli impulsi e si abbia impotenza più o meno assoluta di volere (*disbulia*, *ipobulia*), quanto se gli impulsi siano eccessivi, nel qual caso sono sempre anche disordinati e capricciosi (*parabulia*, impulsioni subitanee e incoscienti, idee motrici o impulsive irresistibili). Si aggiungano gli stati di annientamento del volere (*abulia*), sia per dissoluzione della personalità (demenze apatiche), sia per arresto del meccanismo psichico con o senza monoideismo (estasi, sonnambulismo, stupore), sia per restringimento della coscienza (isterismo).

β). L'esame sperimentale della energia di conazione è possibile in varî modi.

Anzitutto, abbiamo il semplice procedimento della suggestione verbale: si comandano movimenti all'infermo, si ordinano atti i più diversi, si eccita la suscettibilità personale, ecc. Noi guarderemo specialmente se occorra aumentare o smorzare la intensità dello stimolo per indurre il malato a muoversi e ad agire; se convenga ripetere più volte il comando; se tra il comando e la sua esecuzione passi un più o men lungo periodo latente di eccitazione, o meglio, di trasformazione dell' idea motrice in movimento; se gli atti eseguiti

siano precisamente quelli richiesti; se nell'eseguirli il malato oltrepassi l'intento dell'osservatore, ovvero lo riduca, per la legge della fatica, alla minima espressione.

In secondo luogo, potremo usare i procedimenti ergometrici, con i quali si apprezza e misura la intensità e la rapidità dello sforzo volontario (muscolare). — Rispetto alla intensità, ci servono il dinamometro e tutti gli apparecchi registratori delle contrazioni muscolari, fra cui le varie specie di dinamografi (vol. I, § 52) ed in particolare l'*ergografo* di A. Mosso. Con questo strumento si studiano abbastanza bene il rapporto fra il lavoro reale ed il lavoro, che il soggetto crede di eseguire, la successione degli sforzi in relazione con la attenzione e con la volontà, le leggi della fatica, le varianti indotte dal lavoro mentale, dalle emozioni, dai pasti, dalle sostanze alcooliche, caffeiche e nervine, ecc. (cfr. i lavori di A. Mosso, Maggiora, Lombard, Ascoli, ecc.). — Per cerziorare poi la rapidità, con cui si esegue uno sforzo, è utilissimo procedimento quello della scrittura (cfr. Vol. II, § 96). A tale scopo serve anzi assai bene la *penna elettrica* di Edison, che dà circa 10,000 pulsazioni al minuto e inscrive sulla carta un puntino ad ogni pulsazione: la distanza fra i puntini di cui si compone una lettera, una sillaba, una figura, ci permette di stabilire la velocità dei movimenti grafici (Binet e Courtier). Quando poi si voglia misurare la rapidità con cui si eseguono sforzi successivi di volontà, è buon processo quello di Desslar (« Amer. Journ. of Psych. », '91). Il soggetto deve battere 100, 200, 300 colpi su di un tasto di Morse o su di un qualsiasi interruttore elettrico, e con la massima rapidità che gli è possibile: si calcola poi col metodo grafico quanti secondi gli abbisognarono, avvertendo che la media, variabile secondo le ore della giornata, è in un sano di 300 colpi in circa 35-50 secondi.

2.° Il sentimento dello sforzo nelle malattie mentali ha un'importanza di primissimo ordine: può essere aumentato; diminuito od abolito, ed in ragione di questi suoi disturbi l'attività motoria e la intellettuale diventano più o meno penose e difficili, più o meno aggradevoli e facili, più o meno conscie, subconscie od anche inconscie. Ora, noi abbiamo più vie per sorprendere analiticamente questi disturbi del sentimento conativo.

α). Obbiettivamente la coscienza dello sforzo è apprezzabile sui soliti dati empirici del contegno, della condotta e della mimica. Una fisonomia triste accompagna gli sforzi stentati del melanconico; una lieta, quelli rapidi del maniaco. Tutti gli stati di dubbio implicano dolore fino al grado supremo dell'angoscia: ed ecco perchè l'indecisione, la incertezza, la irresolutezza sono generalmente segno di conazione difficile e penosa.

Ma fin dal principio dell'interrogatorio (cfr. Vol. II, § 71), il pazzo medesimo ci ragguaglia circa a questo suo stato interiore, specialmente quando vi sia aumento morboso del sentimento di sforzo, perchè in tal caso egli ne ha una consapevolezza dolorosa (dirà p. es. *non sono più capace di volere; vorrei, ma non posso; ogni atto mi angustia; provo pena nell'agire*, e simili). Nelle melancolie passive, e anche in certe stupidità passate a guarigione, o dalle isteriche dopo crisi di paralisi psichica, che è poi essenzialmente una paralisi di volontà, si raccolgono le espressioni più tipiche (p. es. *non potevo movermi, sebbene vedessi e capissi tutto*; *avrei voluto gridare, ma mi era impossibile*; *questa impotenza mi era dolorosissima; io ero come impietrato*, ecc.). Ci facciamo un'idea approssimativa di questa condizione penosissima di coscienza paragonandola a quel che ci succede nei sogni, quando abbiamo la rappresentazione impulsiva di correre, di fuggire, ecc., e ci sentiamo invece fissati al suolo, obbligati all'immobilità. — Meno chiara è la consapevolezza nel caso opposto, quando cioè il sentimento di sforzo sia diminuito, sospeso od annientato. D'altra parte, la maggioranza di questi infermi non si rappresenta lucidamente il proprio stato: essi per lo più lo interpretano in senso erroneo, cioè delirante, obbjettivandone la causa (per es. *mi si leva la volontà, mi si toglie l'energia, mi si obbliga ad agire, o a pensare* in questo o in quel modo, ecc.). — Tutte poi le espressioni pessimistiche ed ottimistiche sono un ottimo criterio di diagnosi: e già vedemmo come il pessimismo sia l'allegorica interpretazione dello stato di debolezza fisica e di impotenza volitiva, laddove l'ottimismo sta in rapporto con il rigoglio delle forze e con il sentimento vivo di potere.

β) Col dinamometro e con l'ergografia possiamo verificare se l'individuo misuri esattamente lo sforzo, sia cioè in grado

di produrre un lavoro muscolare determinato, quale si rappresenta alla sua coscienza (cfr. Vol. I, pag. 409). Cogli stessi procedimenti sperimentali si giungerebbe fors'anco ad avere un'idea approssimativa dell' intensità del dolore che accompagna un conato volitivo infruttuoso.

3.° I desiderî dei pazzi sono ragguagliati alle condizioni della loro affettività ed intelligenza. È ovvio che essi non possano desiderare, al pari dei sani, se non ciò che reca loro piacere, o li allontana dal dolore; ma questi loro appetiti saranno nella forza e finalità proporzionati al tono esaltato o depresso del sentimento, alle emozioni ed agli affetti patologici che li dominano. D'altra parte, è pure ovvio che, ove essi non si rappresentassero alla mente l'oggetto delle loro tendenze, queste sarebbero impulsi inconsapevoli, non già inclinazioni dell'animo, ossia stati di coscienza.

a. Si desume che il pazzo è in grado di *appetire*, quando lo vediamo prescegliere determinati cibi e bevande, mostrare simpatie o antipatie per le persone e pei luoghi, dirigersi spontaneamente alla ricerca delle cose, che possono appagarlo, oppure chiederle agli altri, ecc. L'indifferenza ci è manifestata dall'inerzia: l'alienato apatico, senza desiderî e quindi senza voleri, rimane per lo più immobile, senza spontaneità, ed insensibile agli eccitamenti esterni. Si può tentare di smuoverlo da questo torpore, eccitandone in qualche modo i desiderî che si connettono ai potenti istinti nutritivo e genitale, conforme a quanto già dicemmo (p. 814).

b. La *forza dei desiderî* si apprezza sulla loro persistenza e durata, non che sulla energia e reiterazione degli atti, cui darebbero origine se il malato dovesse o potesse appagarli. La più importante condizione, che determina la intensità di un desiderio, è la grandezza del piacere rappresentato. Un desiderio è tanto più violento e infrenabile, ossia diviene passione, quanto più vivo è il piacere che l'individuo imagina o presente debba accompagnarne il soddisfacimento: ed ecco perchè i desiderî a contenuto sessuale si trasformano sì facilmente in stati passionali semi-morbosi dell'animo. Nelle pazzie croniche dissolutive i desiderî divengono sbiaditi, deboli, soventi volte impotenti a determinare il pazzo all'azione, perchè si scolorisce il tono emotivo delle rappresentazioni.

c. La *finalità dei desiderî* è negli alienati bene spesso aberrante, strana, immorale, criminosa. Questo loro carattere si giudica e misura dalle tendenze, che informano la condotta e soprattutto da quelle che vi predominano (cfr. § 105). La volubilità dei desiderî, vale a dire lo « stato di capriccio » così tipico nella mania, nella paralisi generale progressiva al primo stadio e nell'isterismo, si può apprezzare dalla varietà di oggetti, verso i quali il pazzo si palesa inclinato e dalle molteplicità di atti, che egli spesso incomincia senza trarne nessuno a compimento.

II. Lo scopo precipuo dell'alienista nello studio delle singole azioni dell'alienato è di determinare la parte che spetta alla VOLONTÀ nell'insieme della condotta, ossia quali siano le azioni che propriamente si rappresentano alla coscienza (atti volitivi), e quali quelle che si compiono senza la percezione dello sforzo (atti istintivi, atti automatici). Di poi, l'alienista cerca di stabilire il motivo delle azioni manifestamente morbose del pazzo, investigandolo fra i possibili disturbi della sensibilità, della percezione e memoria, del sentimento e dell'ideazione.

Questa parte della semejotica analitica è desunta dall'esame minuzioso della condotta: qui prendono posto tutti i dati, che abbiamo lungamente esposto altrove (§ 100-110). Ogni atto dell'alienato, che per poco si allontani da quelli che gli sono abituali (incoerenza personale), o da quelli che costituirebbero nelle stesse circostanze di luogo e di tempo la condotta di un individuo sano di mente (disadattamento e inadattabilità sociale), ci presenta due quesiti: — 1.° ha il pazzo la coscienza di agire, ossia fu l'atto preceduto dalla rappresentazione del movimento? — 2.° qual'è il motivo di indole patologica, che induce il pazzo ad agire in quel dato modo?

a) Per ciò che spetta alla coscienza dell'agire, noi abbiamo visto in più punti dell'opera (p. es. a pag. 71, 129,

569, ecc.) le fasi evolutive, che collegano il reflesso semplice all'atto volitivo più elevato. I criterî, dai quali congetturiamo l'indole di un determinato movimento od atto in relazione alla coscienza e quindi alla volontà, sono a un dipresso i seguenti:

1.° *Atti reflessi* si diranno quelli, che seguono immediatamente ad una eccitazione periferica (sensitiva e sensoriale), si compiono in un tempo brevissimo senza sentimento dello sforzo, e sono sempre prevedibili perchè si localizzano per lo più ai muscoli vicini al punto stimolato: chè, se talora si diffondono, prendono sempre gruppi muscolari appropriati fino dall'origine ad una data funzione, oppure coordinativi dell'organizzazione del sistema nervoso. — Nelle malattie mentali, stante la deficienza originaria o l'indebolimento acquisito dei centri superiori (di inibizione), moltissimi atti, che dovrebbero rappresentarsi alla coscienza e quindi acquistare indole psichica, restano o tornano alla condizione di risposte reattive reflesse agli stimoli per immediata trasformazione dell'energia nervosa.

2.° *Atti istintivi* saranno quelli, che si inizieranno senza eccitazione esterna o dopo una eccitazione impercettibile, avendo così tutte le apparenze della spontaneità; che si svolgeranno in serie più o meno complessa, e con durata più o meno lunga, per una specie di necessità meccanica; e che mireranno ad un fine utile all'esistenza dell'individuo e a quella della specie. — L'eccitazione iniziale di molti atti istintivi degli alienati deve essere cercata nei bisogni fondamentali, nelle sensazioni interne o cenestetiche, e nelle emozioni.

3.° *Atti automatici secondarî* (HARTLEY) diremo quelli che consistono in movimenti più o meno composti, coordinati ad un fine, e derivati da abitudini contratte dall'individuo nella sua esperienza anteriore; che quindi possono svolgersi dietro eccitazioni esteriori, ma che ordinariamente sono endogeni, vengono iniziati all'improvviso, e non si prerappresentano alla coscienza, quantunque si possa avere il sentimento di sforzo nell'istante in cui si compiono. — Questi atti altro non sono che atti coscienti volontarî resi incoscienti e involontarii dall'esercizio, perchè la ripetizione del processo sopprime o riduce alla minima durata certi anelli della serie psichica, e agevola la trasmissione dell'impulso lungo le vie nervose. Le più ca-

ratteristiche forme dell'automatismo psicomotorio si osservano nell'isterismo, nell'epilessia e nelle affezioni epilettoidi.

4.° *Atti volontarî* diremo quelli, in cui esistono la coscienza dello sforzo e la rappresentazione anticipata della sua direzione, ossia l'idea motrice; in cui esiste conflitto fra gli impulsi, che si rappresentano e che sono i « motivi » dell'atto; e in cui pertanto ha luogo il processo di deliberazione e di scelta. Un atto di volontà ha, dunque, due caratteri precipui: vi prende parte l' elemento intellettuale; ed ha una durata più lunga d'ogni altra specie di movimento. — In un gran numero di casi si desume la natura volontaria di un atto da ciò che esso non ha nessun vincolo con le circostanze del momento e soprattutto con le impressioni attuali: questa endogenesi pura dell'atto fa supporre che esso sia il risultato di una precedente elaborazione mentale.

b) Rispetto ai motivi patologici degli atti incongrui, bizzarri, immorali e criminosi dei pazzi, l'alienista si giova, per scoprirli e distinguerli, dei seguenti dati semejotici:

1.° *Azioni create da disturbi di sensazione:* — si disvelano da ciò che coesistono anestesie ed iperestesie, e specialmente analgesia ed iperalgesia: queste vengono scoperte coll'esame delle diverse forme di sensibilità (cfr. Vol. I, § 56-59);

2.° *Azioni create da disturbi di percezione:* — sono illuminate dalla coesistenza di errori sensoriali, cioè di illusioni o di percezioni malamente interpretate, e da ciò che d'ordinario sono impulsive, inaspettate, rapide o violente;

3.° *Azioni create da disturbi di memoria:* — il loro precipuo carattere è di essere fatue o manchevoli (« Defekthandlungen », Ziehen): oltre a che, esse sono incoerenti rispetto al passato dell' individuo, oppure rispondono alle semplici impressioni del momento;

4.° *Azioni create da disturbi di imaginazione:* — entrano qui in particolare gli impulsi allucinatorî, dovuti ad imagini automatiche della veglia e, in taluni casi, del dormiveglia e del sonno: si contraddistinguono quasi sempre per la subitaneità, la violenza, la dannosità, e per ciò che il pazzo esegue talvolta l'atto dopo un lungo doloroso conflitto;

5.° *Azioni create da disturbi di ideazione:* — se i di-

sturbi sono di forma, si avrà acceleramento, o rallentamento, o incoerenza dell'attività psicomotoria, con diminuzione, esagerazione o disordine dei fenomeni volitivi; se i disturbi sono di contenuto, si avranno atti corrispondenti allo speciale delirio di grandezza, di colpabilità, di indegnità, di ipocondriasi, di persecuzione, di ascetismo, ecc.

6.° *Azioni create da disturbi di sentimento:* — la depressione si rivelerà con fenomeni di arresto fino allo stupore, l'esaltazione con fenomeni di eccitamento motorio fino all'agitazione: si distingueranno anche facilmente le azioni dovute a stati di irritazione o di apatia, di versatilità o di scolorimento degli affetti.

III. Finalmente, come ultima indagine semejotica che l'alienista si propone (cfr. § 101, p. 591), si deve rispondere al problema: *è l'alienato in grado di governare sè stesso?* A questo problema, che tocca i più importanti lati pratici della Psichiatria, risponderemo scindendo il nostro esame in tre parti, concernenti il GOVERNO DELLA VOLONTÀ sulle azioni, sui sentimenti e sulle idee.

a) Il governo delle azioni è apprezzato a seconda che dominino nella condotta del pazzo i movimenti volontarî sui movimenti reflessi, le azioni deliberate sulle reazioni automatiche, gli atti a finalità preveduta e ad esecuzione calcolata sugli atti inconsulti, automatici ed istintivi.

Il valore di questo esame deriva da ciò che la facoltà di arrestare un movimento nascente, evocando le imagini motrici antagonistiche a quelle che indurrebbero impulsivamente ad agire, la facoltà di regolare il conflitto interno fra i motivi e di deliberare decidendosi per atti che mirino a scopi futuri, costituisce il processo più alto di discernimento. Questa padronanza di sè nella condotta è ciò che chiamiamo la « ragione ». Essa manca o difetta, qualora l'individuo si addimostri schiavo delle sue abitudini, inetto a dirigere l'attività sua per vie nuove, incapace di porsi nello stato di alternativa o di uscirne con una decisione qualsiasi quando vi si sia messo. All'opposto l'uomo « ragionevole » è colui che delibera, decide ed

agisce in conformità di interessi generali e più o meno lontani, subordinando a questi i fini suoi personali e i temporanei.

Per trovare se il pazzo sia capace di dominarsi, noi esamineremo le azioni, che implicano svolgimento ed esercizio del potere inibitorio. Ci serviranno in particolar modo le relazioni sociali, quando siano in contrasto con i sentimenti le idee e le tendenze del malato: guarderemo se questi ha il rispetto delle regole cerimoniali e disciplinari, massime nei riguardi gerarchici, se sà frenare gli impulsi automatici indotti dal risentimento, dalla collera e dal dolore fisico, ecc.

Ma la indagine più interessante concernente il « *self-control* » riguarda la previsione degli atti da eseguire in determinate circostanze di tempo e di luogo. Questa previsione è in taluni casi di pazzia ancor più intensa e, per così dire, più specializzata che nei sani: lo vediamo in quei deliranti, che sanno nascondere con somma fermezza di animo i loro funesti propositi di omicidio, di suicidio, di distruzione (« premeditazione »). Sarebbe, in fatti, psicologicamente assurdo pretendere che la pazzia tolga sempre il potere di dominarsi, e quindi di agire dietro motivi lungamente ponderati. Nel pazzo « monoideizzato » vi è senza dubbio il processo logico della deliberazione con scelta: è soltanto la infrenabilità definitiva dell'atto, che è morbosa. Premeditato non vuol dire « libero », anche nel senso classico di « libertà del volere ».

Noi riterremo che un movimento o un atto sia iniziato senza partecipazione della coscienza, cioè non psichicamente, quando esso sarà spontaneo, ametodico, ateleutico (« *random* » degli psicologi inglesi), e anche quando apparirà dettato dai semplici istinti. Questa categoria di fenomeni ergasici esclude naturalmente l'operazione mentale del deliberare con scelta, quindi il governo di sè.

b) Il governo dei sentimenti si apprezza sulla maggiore o minore capacità di arrestarne le espressioni, giacchè la volontà non agisce che sui muscoli (BAIN). Così noi vedremo facilmente che il melancolico ed il maniaco non sono in grado di frenare le manifestazioni del loro stato di psichialgia o di iperedonia, nè sanno fingere a lungo un'emozione opposta a quella che li domina. La nostra sola presenza può forse

sul principio dell'esame indurre il pazzo irrequieto alla calma ed alla inibizione dei suoi stati emotivi; ma questo contegno di adattamento non durerà molto, ed egli non tarderà a rivelarci che la sua volontà è sempre debole di fronte ai perturbamenti della funzione affettiva.

c) Il governo delle idee si desume dal potere di attenzione sui proprî stati di coscienza; ciò vuol dire che l'operazione di dirigere il corso delle associazioni ideative si riduce essa pure a fenomeni di arresto sui cangiamenti muscolari. Questo arresto non è possibile, ogni qualvolta si abbia autonomia dei centri: ora, gran parte dei fenomeni della pazzia è dovuta all'automatismo psichico. Il pazzo cade in preda ad un' idea fissa o ad un'idea delirante, perchè è divenuto incapace di espellerle dalla coscienza, cioè di dirigere la sua attenzione altrove. Naturalmente questa sua incapacità, a chi ben guardi, si risolve in una perturbazione affettiva; egli è che l'idea morbosa lo *interessa* più di tutte le altre, e queste, continuamente soggette ad una specie di interferenza per opera di quella, finiscono con lo sparire. I disturbi affettivi, insomma, dominano e soggiogano sempre la funzione intellettuale, e ciò che caratterizza in particolar modo l'alienato è il disaccordo od il contrasto fra la coscienza-soggetto e la coscienza-oggetto. Per comprendere la cieca, incorreggibile credenza dei pazzi nel loro delirio, conviene ricordarci che ogni concetto delirante consta di rappresentazioni molto intense perchè accompagnate da un sentimento molto vivace. Se vi è argomento per ammettere, contro il parere di DESCARTES, che la credenza non è mai un atto di libera volontà, è questo che ci offre ad ogni istante la Psicopatologia.

APPENDICE

I.

SAGGIO DI SCRITTI DI PAZZI.

I.

Dalle lettere di una melanconica (1).

(*Melanconia semplice con delirio di colpevolezza*).

« . . . . Il mio delitto ormai è troppo palese per nasconderlo, troppo mostruoso per iscusarlo; delitto della più nera ingratitudine; verso chi? verso Dio ed i miei genitori; essi mi avevano data la vita, materialmente prima e poi con infinite cure amorose quella dell'intelletto, quella dello spirito. E Dio? io sola posso dire gli immensi benefizii che a me aveva fatti; io sola posso dire l'avvenire che mi aveva preparato ove avessi seguito le sue vie. Secondando con ben lieve sforzo le buone inclinazioni, sarei stata buona e felice. Non volli; lottai contro il bene, procurando a me ed agli altri noje e dispiaceri infiniti.

« Domenica scorsa tornò il mio fratellino Attilio . . . . Povero bimbo! dovrà maledirmi quando nell'età sua più bella non avrà di me che una memoria esecrata! Mi pare che dovrà soffrir molto per causa mia: almeno la società non fosse troppo severa con lui . . . .

« Avevo fissato di nuovo di gettare la vita (2): ma dico il vero, se fosse possibile vorrei risparmiare quest'ultimo scandalo. E dire che ben sapevo quanto la vita sia dono inestimabile, non essendo che la preparazione ad una vita migliore! Dio mi ha parlato al cuore in mille guise, e se non mi benedice più, mi vede ancora però . . . . »

(1) È una giovane maestra che scrive alla sua Direttrice.
(2) Ha di poi tentato due volte il suicidio.

II.

Dagli scritti di un maniaco.
(*Mania acuta vesanica*).

A)[1] A Roma fin troppo *rumore*
la polvere del muratore, ma
vi rimedierà il Re?
Uovo sodo con sale È ciò materialmente possibile?
Non lo credo
ma senza olio E' ingordigia del subito (2)
guadagno rovina in
faccia al mondo
intiero la prospettiva . . . .

B)[3] Gigin a bala nen
Se S. Caterina da Busta
Regata
Rinforzao Ore 9 1[2 sciorinamento di lenzuola
Alabastro { Tre aranci
B
Ospedale
Scienza
Pazienza
Sofferenza

Il Meriggio
Caffaro - Supplemento del Caffaro
Crauti
Giovanna D'Arco
3 1[4 Crimea
DIO

Da Galeotto a Marinaro
Esercizio
Ba - ta - pà
Caucaso
Candia

Vendôme
Rélache
Midi 1 1[4

(1) Lascio la disposizione originale delle parole e linee, avvertendo che il malato scriveva col lapis sopra un grandissimo foglio di carta. S'intende che la parte materiale dello scritto (caratteri, direzione, grandezza delle lettere, ecc.) corrisponde al disordine dell'ideazione.

(2) Forse qui v'è la reminiscenza di qualche articolo di giornale sui disordini bancarii Italiani.

(3) In altro punto dello stesso foglio.

III.

Dalle confessioni di un allucinato dissimulatore.

(*Allucinazioni verbali acustiche*).

« Parole che mi arrivano dal piano sottostante mentre mi trovo nel Parlatorio.

« — Noi non siamo mai stati tanto imbecilli come quando ci siamo fidati di G. G. e di V. S.; cioè del più onesto e del più stupido nostro amico ».

(*Interruzione*): — « Continua tu! ».

— « Per conto mio l'imbecillità potrà accamparsi da queste persone, ma nè E. . . . nè A. . . . figureranno mai altro che pessimissimi soggetti, fiori di ambrogliarci (1) consapevoli di ciò che fanno ».

(*Voce afona che si dichiara per quella del cugino E. . . .*): « Non ha mai detto verità più giusta! . . .

— Sì, siamo due o tre, siamo i tuoi migliori amici (*Le voci si alternano: l'ultima è una voce decisamente maligna*). . . .

« Mentre ero sottoposto all'esperimento della reazione elettrica all'orecchio, ho udita questa frase:

— « Sì, noi siamo la peggiore canaglia del mondo, ma adesso sei classificato regolarmente fra gli imbecilli, e dovrai crepare qui, voglia o non voglia il tuo Genio, cioè il tuo Direttore che adesso ti vorrebbe salvare. . . »

IV.

Dall'autobiografia di un erotomane allucinato impulsivo imputato di tentato ferimento.

(*Paranoia allucinatoria con delirio erotico*).

« *Cause che costituiscono la dominante mia fantasia e diedero luogo a forsennatezza.*

« . . . . Da più tempo in me si sentì l'amore. Anni quattro addietro circa il prelodato Sig. M** (2) mi accennò a Colei

(1) Leggi *imbroglioni*.

(2) Padre di una ragazza di cui l'infermo si era innamorato.

che poscia amai, dicendomi: **vedi la bella Marietta**! . . (1). Da quel punto ne concepii affetto, ma non credetti maturo il tempo a richiederla in isposa — **Adocchiai senza più**. — Conseguiti migliori titoli meditai la possibilità, ma l' incubo mi si affacciò . . . . Meditai che il Sig. M** manifestò con cenni che sarebbe stato propizio nell' incammino della mia riuscita . . .

« . . . Bazzico in casa della distinta famiglia C** e qui ne vedo giunte le aspirazioni, ne interpreto il matrimonio, e poichè con la signora La F** (2) nulla era ancor conchiuso, richiesi (attese le contingenze) e per l'amore al pubblico benessere la seconda mia cugina. **Sorrisi apparvero sulle labbra di coloro, ma parvemi ad occhio clinico non essere questa la meta.** Richiesi la mia prima cugina. — Una cupa voce esce da una officina di una casa dirimpetto e strilla: « **Giovanni, che fai?!** ». Interpretai questo nel senso che sarei stato perseguitato in caso di questa congiunzione . . . Apparvero accenni d'ambo gli umori partigiani, ed io insaniva. Vedevami incontro a distruzione sicura, se non addiveniva a prender moglie. Un partigiano del Sig. M** fecemi la croce dirimpetto, ed io ne capii la mia fine. Altri fingendo l'estinto, l'accennava. Da qui divenni l'**Orlando furioso**. Partigiani mi fanno voltate di spalle e mi danno del pacifico (**inteso nel senso di minchione avvinghiato**) . . . Colla mano mi si fanno segni relativi. Leggo scritto sulla polvere le meraviglie del mio conjugamento. Altri offre una terza. **E qui un sogguardar sospetto** . . . Altri fammi mostra di bipenne. Hanno luogo le sciarade, che desumo alludenti alle mie disavventure. **Odo risonar parole alludenti alla mia infelice fine**: O san Giovanni Battista! . . . Altri si cava il berretto, credendo doverne così io essere decollato . . . Altri osa dire in mia presenza: **E' questa volta mangeremo le cipollette** (cioè io agnominato Cipoliano veniva assomigliato a cipolla). Altri mostrami le polpette a ragù da lungi, ed io interpreto: **La polpetta si dà al cane per avvelenarlo, e così si sarebbe fatto a me.** Divenni sospettoso di veleno . . . . .

(1) Queste frasi sono scritte dal malato in carattere diverso e più appariscente: esse corrispondono generalmente alle sue allucinazioni acustiche. Si noti il *crescendo* dei disturbi psico-sensoriali.

(2) Madre d'una delle tante ragazze di cui s'era innamorato.

« . . . Giorno prima dell'infausto avvenimento (1) e proprio quando ero solito farmi la passeggiata, udii voce che conobbi a me rivolta: **Che odore di Camposanto ! ! ! . . .** Altra che pure conobbi: **Va pure in campagna e vedi come ti finirà ! . .** Altra volta un detto allegorico: **O la sposa o cade ! !**

« . . . Se avessi ad accennare i modi come si manifestavano i miei persecutori, sarebbe cosa lunga ed ardua, e quando ho detto che si faceva uso di mezzi per giustificare il fine, ho detto dippiù . . . Fu pertanto che al modo simulato dal mio Sig. Genitore ricorsi a Sua Santità, il Pontefice Leone XIII, esponendo ad un tempo le mie sofferenze e i pericoli che mi sovrastavano per colpa non propria ma casuale . . . » (2).

V.

Dal diario di un delirante cronico recluso da più anni.

(*Psicosi sistematica allo stadio megalomaniaco metabolico*) (3).

A) *(Foglio 5800)*

« Mia cara Umanità

« Come si fa poter lavorare proprio tranquilli in un manicomio ed ancora quando questo Manicomio è combinato dagli assassini dell'Umanità per impedirmi di salvarla? Ma è vicino il tempo in cui si aprirà il vero Tribunale della Giustizia e che potrò portarli in faccia all'Umanità dicendo: questi mostri, li conoscete? . . . (4).

B) *(Foglio 5835)*

« Dieci anni sono che proprio loro i Carignano del Quirinale e della Reggia di Torino trattano meco da briganti ladri assassini comuni, prima con la Questura e quell'assassino che

(1) Tentato ferimento del Sig. M** da cui l'infermo si credeva perseguitato per non averne chiesta in moglie la figliola.

(2) E così continua, narrando in un grosso fascicolo in-folio le sue innumerevoli illusioni, allucinazioni e interpretazioni deliranti.

(3) I brani qui riferiti fanno parte di un volume enorme, mastodontico, del quale ho potuto salvare soltanto 9000 fogli esattamente enumerati, ossia 36,000 pagine scritte in un carattere minutissimo e pur co margini pieni di postille ed annotazioni.

(4) Allude a Casa Savoia che gli avrebbe rapito il trono.

ora è morto che tiene una Casa di salute, la quale serve anche di mezzo per assassinare quelli che discoprono il loro mistero del brigantaggio pubblico al posto del Governo . . . ».

C) *(Foglio 9745)*

« L'altra sera, essendo andato alla finestra che prospetta nella Via delle Scuole a Torino, ho visto su un balcone Signore le quali, mentre parlavano forse con altre in faccia a loro, volendo alludere a me han fatto segno che bevo. Sicuro! che la bevo la morale della vera legge la teorica matematica, quella che io solo tengo per rivelazione di Dio . . . ».

D) *(Foglio 10,473)*

« Ieri sera mi fu detto che mi si voleva levare dalla Tribuna dalla Società di tutto il Popolo della massa in base alla legge matematica del codice perchè il Popolo la Umanità è quella che mi ha precipitato in questa miserrima condizione. Ma quale è il Popolo che mi opprime, che calpesta i miei diritti, che fà le astuzie impunemente per ischerno della Costituzione e del codice di tutte le leggi? . . . Siete falsarii ladri assassini, volete la morte . . . ».

VI.

Dalle lettere di un maniaco cronico, vociferatore

(Demenza agitata caotica).

A) [1]

« Salvatore di Genova, d'Italia, delle Nazioni a dare la libertà a Me, pensiero semplicissimo, lo rappresenti, lo dimando a Sua Maestà il Re, a Poteri, all'Italia, la Grandezza dell'Universo, il Santo, la santità di Nazioni, Dio o Base del Mondo, il correttore, il sommo pensiero ricordo, odo gli scopritori del primo Vero dalle basi, per i secoli, tanti passati si deve rifar, per l'Italia, la Francia, le Nazioni si deve, no fare differentemente Dio il Grand'Uomo, Dio punto ove s'appunta l'Onore Divino, e la Gloria di Nazioni, Imperatori . . . ».

---

(1) La lettera è diretta dall'infermo, antico ufficiale dell'Esercito, a Generale Comandante la divisione militare di Genova.

B) (1)

« Sono il Genio il Salvatore . . .

Faccio ritorno contento come Napoleone all' Esercito i dì di Febbrajo 1884 « da Brescia il bacio, già in affettuosi stati come oggi, la Vittoria di Dio, il Sole che passa le emozioni e le allegrezze la gioja susciti faccia esclamare, la bandiera fino al Ciel, a L V I divina, vedan Tuttiliricordi, alle bandiere le più benedette con Me » le « Sacre Glorie » di Virtù di Religione d'Onor più Universali le più sante perfetti Dio a Roma saper, non le contese tra i fati e l' Intelligenza, il Mondo che si leva sul Mondo e sui secoli Dio disse il Santo Sant o Vniverso ».

VII.

Dalle petizioni di un demente, ricoverato da nove anni (2).
(*Demenza terminale di una mania remittente*).

« Pregiatissimo signor Dottore,

« Senza inoltrarmi a fare distinzione alcuna alla mia propensa alternazione di mente in questo stabilimento, a me, più in ispecial modo reso vessativo e penetrante d'ogni perplessa mia attitudine, la quale mi possi o predisponghi al retto, tranquillo, normale stadio conseguitante della mia ferma stabilità richiesta e desiderata sempre infino addesso del mio mandarsi a casa, colla risolta guarigione della cura stessa che si insinuò a mio disdicente attribuire della mia condotta passiva e lesiva delle sue saggie e reperibili informazioni ad abitudini e tendenze severe e della civile apprezzazione degli individui nelle varie relazioni infra loro; Pregiatissimo Signore, mi faccio dovere a conseguenza di risolvibile e fidente mia contabilità da Lei, al riguardo stesso di tutti i miei precedenti sostenuti qui dentro nel Manicomio da nove anni di tempo, così inflitto e passato che vi sono a soddisfacimento dei reprobi miei investigati doveri ed azioni, a mia irresolvente, incostante e non comprensiva attitudine del ben chiarire o disporre in proposito delle varie suespresse antecedenti edificazioni di morale, di abnegazione e di amor proprio in-

(1) Lettera diretta al Comandante il Corpo d'Armata.
(2) Sono petizioni volte a chiedere la dimissione dal Manicomio.

dividuale ai miei interessi apprensivi della famiglia e conseguitivi per effetto dell'Impiego sostenuto e passato, ecc. (1).

VIII.

Dalle poesie di un demente delirante grafomane.

(*Delirio sistematizzato secondario*).

A) « Parte sekonda Il Piacere
Si kome folgore il kor traffitto ebbi
Quando dal siel venisti in Terra
E l'amor ke nel senno e kome ebbri
Furono rimasti il seno, Lodio all'ara
Ke posto l'avvea saggessa fra cielo e Terra
Si kome il nulla ke tutto in se governa
Ora il vissio Ke Dover Kostansa e' Mellezza
Kol giusto Obbiddienza Esperienza è amore . . »

B) « Il Pianto.
Pianto di d'ollo'or Pensiero Idea
Che rendi all'ama deziato chore
Ma pria che nel grande pallagho
In messo entrar più chrudo e vagko
Del dezziato Pensier Idea amato
Questo d'oll'or chrudo e funesto
Che mi strassia il cor sollo il Parnaso . . .
Pianse in gioventu il ghran Poeta
Che di Troja sua non fu la patria.
D'amor si strusse Dante essì divoto
Fu a Omero e Virgilio tanto . . . . »

IX.

Dalle lettere di una delirante sconosciuta, a me dirette (2)

(*Paranoia erotico-mistica*).

« Per Ordine Supremo del Nostro Eterno Iddio: Le invio questo mio presente Scritto: Se il Signore dà alla sua Alta

(1) E così continua per altre diciannove pagine in-folio d'una scrittura elegante e corretta, da vero burocratico.

(2) Da più anni questa pazza sconosciuta, che mai ho visto, mi invia le sue ammonizioni visionarie, i parti poco letterarî della sua vena poetica, e le sue..... dichiarazioni amorose.

Signoria un Tanto Grado d'Onore: Io: per parte mia ascolto in Tutto e per tutto il Supremo Divin volere.

« Io: ho avuto L'Ordine Da Domine Dio: Di avvisare La Signoria Sua Ill.ma: di aprire una sede scientifica in T. . .: ed ascrivere questa sede solo quelle Persone privileggiate dalla Sua suprema Divina Giustizia: e di principiare un Lavoro nell'Ordine rigoroso della sua Giusta Sacrosanta ed Onnipotente Volontà suprema: Io sarò sottomessa alla sua Direzione fino ad un certo punto: cioè fino dove il Gran Dio del Cielo mi lascia . . . Io: non farò cosa alcuna senza consultare la suprema Divina Giustizia del Gran Dio del Cielo. . . . .

« Io a Costo di Ogni Martirio ascolterò Gli Ordini del Nostro Eterno Iddio: Ora il mio Marito non sà ancor niente della Mia Misteriosa Esistenza: non sà ancor niente della mia Legazione spirituale . . . . » ecc.

X.

Dai reclami di un querulante processomane [1]

(*Paranoia litigiosa persecutrice*).

« Maestà

« Il sottoscritto R. C. P. ex guardiano ferroviario di S. Antonino di Susa Ora di passaggio a Monza

Espone quanto segue

Permezzo di un falzo verbale d'inchiesta e rappitogli la firma dello sponente al verbale stesso, fatto e redatto dall'Ingegnere X . . Capo sezione delle ferrovie a G. . [2] a carico dello sponente facendogli conseguire fino ad ora tante grave ed importante conseguenze, che dovvette spendere tutto il suo poco bene circa la somma di lire sei mille per venire ad essere Giudiziato di quella importante ed ingiusta accusa . .

Percui l'esponente ricorre confiducia alla Maestà Sua sperando di poter ottenni una risposta al più presto possibile

Se è possibile ho nò ad ottenni Giustizia già abbastantemente protetta

Per la risposta, ferma imposta a Monza

Il ricorrente R. C. P. ».

(1) Questo querulante si è rivolto con un numero strabocchevole di reclami a *tutte* le autorità e a *tutti* i poteri dello Stato!

(2) Contro il quale, il malato querulante perpetrò poi un reato di minacce a mano armata.

XI.

Dal memoriale di un neurastenico ipocondriaco [1].

(*Neurastenia da pregressa sifilide*).

« *Dimande che farò al Prof. Morselli.*

« 1.° Se potrei viaggiare solo : desidererei andare a Buenos-Ayres.

4.° Quali medicamenti potrei necessitare pel viaggio di mare.

5.° Quale metodo di cura avrò di bisogno in seguito, fino alla mia radicale guarigione.

6.° Qual tempo crede sia bisogno ancora per guarire o se non si guarisce più.

9.° L'udito mi va gradualmente diminuendo specialmente il destro che non udisco quasi nulla, e vi sento continuamente imbarazzo e mormorìo, come quando si trovasse riempito d'acqua.

10.° L'udito come ho detto sopra. Debolezza generale. *Palpitazione* [2]. Tutte le ossa mi paiono snodate, e da capo a piede, e specialmente del capo. Al tronco del collo uno scricchiolìo quando mi muovo.

13.° *Sbalordimento* e *poca sensibilità*. Quasi *svenimento*, debolezza *della vista* e *mente*. DOLORE DEL CAPO degli *occhi*, *naso*, *nuca*, *spalle*, *reni*, *gambe*, *stomaco*. Infine un malessere generale.

Poi specialmente quando cammino *tremo*, ricevo delle *spinte*, mi batte il *cuore* fortemente.

16.° *Soffocazione* quasi continua.

19.° Ho sempre quasi freddo, ma specialmente dalle reni ai piedi [le gambe] mi si addormentano o diventano dure come paralizzate. . . .

25.° Quando cammino, come pure quando sono ad una altezza dalla finestra, mi vengono le vertigini. . . .

31.° Ho sempre i nervi molto stirati, dalla gola al mento ».

(1) Con questo memoriale, il malato, simile in ciò a tutti i neurastenici, si è presentato al mio ambulatorio. L'originale conta 31 domande di cui riferisco alcune per saggio.

(2) Le parole corsive erano sottolineate nel manoscritto.

XII.

Dalle lettere di un ereditario afflitto da idee fisse
(*Paranoia rudimentale con udizione colorata interna*) (1)

« . . . . Per ora la solita idea fissa incombente non mi abbandona.

Considero come persone *fauste* (adopero questa espressione della quale Ella conosce il significato che le dò) tutte quelle che hanno i genitori vivi e che a mia cognizione non hanno avuto, almeno di recente, disgrazie in famiglia.

Considero come numeri *fausti* i seguenti (in ordine progressivo):

2, 16, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 35, 37, 42, 46, 55, 56, 71, 72, 73, 101, 111.

I medesimi, secondo l'ordine decrescente di *maggior simpatia* che io ammetto loro: **22, 55, 101, 25, 26, 27, 56, 71.** . . . . Gli altri quasi tutti indifferentemente allo stesso grado.

Considero come numeri *infausti* (adopero questa espressione come di significato opposto all'altro) i seguenti:

5, 13, 14, 15, 17, 21, 24, 28, 33, 34, 36, 39, 48, 49, 57, 59, 66, 76. 88. 95, 103, 107.

I medesimi in ordine decrescente di *maggiore antipatia*: **13, 14, 57, 76, 21, 24, 39, 95, 15, 17** . . . . Gli altri quasi tutti indifferentemente allo stesso grado . . . . .

Considero come colori *fausti* il celeste e il rosso-opaco, poi il bleu e il rosso. Tutti gli altri colori mi sono *antipatici* in questo ordine decrescente: verde, color legno, bianco, lilla, grigio, ecc. . . . . ».

« Quando inizio un atto (per es. l'alzarmi o l'andare a letto, lo scrivere una lettera, il principiare un discorso importante, non solo, ma il voltare in certe vie, il passare da certi luoghi, ecc.), io debbo combinare nella mia mente una persona *fausta* con un numero *fausto* e con un colore *fausto;* e pensare contemporaneamente a tutte queste cose riunite. Di

(1) Tipico esempio di pazzia del dubbio con aritmomania. La sorella sofferse invece di tafefobia.

più, anche questo accozzo non posso farlo indifferentemente, perchè mentre vi sono dei *numeri* che posso unire a tutte le *persone* e delle *persone* che posso unire a tutti i *numeri*, vi sono delle persone e dei numeri che dirò tra loro *incompatibili*. Quanto ai colori, il colore celeste e anche gli altri [fausti], posso unirli a tutte le persone e a tutti i numeri . . .».

XIII.

Dalle lettere di un paralitico megalomane (1).

(*Paralisi generale progressiva al primo stadio*).

« A sua Emminnenza Leone XIII Papa e fratello mio e di Dio Padre — Roma.

« Non più risposte pel giorno della mia consacrazione a Papa, che ben conoscete io fra 20 o 30 giorni rinunzio e allora nominate R*** vescovo di S*** Papa e me arcivescovo Cardinale di S*** per 10 anni studio, ritorno Papa, ora consegnate le Chiavi al Cardinale Spina zio dei miei padroni lo feci risuscitare per dare uno schiaffetto alla Francia che negarono la nomina a Papa che morì pe dispiacer mi rimproverò prima, ma mi ringrazio per la soddisfazione con la Francia accompagnato coll'Imperatore di Prussia suocero di mio figlio. Papa Spinola riparte e rinunzia ai 6 mesi in Paradiso Nomino vostro segretario mio cognato e se in 10 o 12 anni non mi accompagno colla Regina d' Inghilterra ritorno io Papa ma per altro impegnato sono per 30 anni che ogni tremestre viene a trovarmi e porta il tremestre L. 333 e C. 33 pel *Milione* annuo e L. 400 frutti per rimanere scddisfatto vedermi condurre tutti in Paradiso Essa con me sempre più contenta *Crescite et multiplicate*, così nostro fratello Iddio Padre ci consiglia.

« Io sabato se nè Umberto I nè voi mio fratello non mi fate levare dall'ospedale se avete soddisfazione mojo e vado in Paradiso torno a mio piacimento se mi fate levare sensa morire si può meglio combinare.

Vostro fratello
A*** G***
padrone di tutto
il mondo tutti con
me in Paradiso ».

(1) Si osservino le frequenti amnesie di parole, punti, lettere, ecc.

XIV.

Da alcune stampe-libello d'un paranoico persecutore (1).

(*Paranoia originaria con delirio misto persecutorio-superbo*).

A)

L'ANGELO CUSTODE

DEI

diritti e doveri dei cittadini fra loro, lo Stato e la Chiesa.

Lungi da queste orride balze contrade d'Italia! Lungi dal canto malaugurato e lugubre del gufo e della civetta! — L'arma o Garibaldi! — Voglio io con essa compiere alla patria i più grandiosi destini a cui le preparasti e conducesti il terreno. Voglio prender di mira l'uno dopo l'altro di codesti uccellacci sinistri, dannosi più che di cattivo presagio all'attuale Costituzione.

L'arma mi si interdice, ahimè, interdetta!

Combatterò col sangue. Farò sia fuoco il sangue, o Cielo!

In ginnocchio l'inimico fiero, solo io afferrerò per l'irto crine, là spiegherò la bandiera; erigerò l'altare col sangue!!!

Sciagurato! nella polvere! — La catena.

Io, solo io lo trascinerò per la gola fino a casa sua. Ne serrerò a gran ferro le imposte dell'uscio e farò rapporto di aver proceduto all'arresto di un pazzo furioso alla sicurezza dello Stato e della Chiesa.

B)

Il trionfo dell'Idea è il trionfo della Croce; l'insegna della croce, l'insegna dei Tre Colori della Nazione Italiana; i Tre Colori della Nazione Italiana, il Genio delle Nazioni; il Genio delle Nazioni, l'Angelo della Luce; l'Angelo della Luce, il Mandato da Dio agli Uomini, il liberatore del peccato originale; l'autore del peccato originale, Giacinto V***; Giacinto V*** l'incarnazione dello Spirito ribelle a Dio; lo spirito ribelle a Dio, il maledetto da Lui e dagli uomini; il maledetto da Dio e dagli uomini il serpente del Paradiso Terrestre; il Paradiso Terrestre, l'Italia (2).

(1) Questo paranoico, presunto mattoide!, aveva concepito un delirio di persecuzione verso un proprio fratello (Giacinto V***), contro al quale pubblicava un giornale intitolato *Il Campanajo* e numerosi fogli volanti, che inviava a tutte le persone più conosciute in Italia.

XV.

Dagli stampati di un paranoico inventore
(« *Mattoide grafomane* ») (1).

A) (2)

DOTTRINA
FISICO-DINAMICA-COSMO-TELLURICA
SULL'UNITÀ DI MOTO E MATERIA
NEL FENOMENO DEL TEMPO SPAZIO E FORMA
DELLE FORZE ETEREE
DI LUCE, CALORICO, ELETTRICISMO E MAGNETISMO
PRODUCENTI

La materializzazione dell'Etere e l'eterizzazione della materia || in condensazione, coesione, attrazione e gravitazione || degli elementi imponderabili e ponderabili || dei Gas liquidi e solidi || dell'aria, acqua, minerali e loro combinazioni chimiche come nella vita cellulare, || organica dei vegetali, ed animali || nonchè della Polarità del corpo umano sul dinamismo d'innervazione.
Volumi IV in libri 12.

B (3)

(Non plus ultra in seculum)
NUOVA NECROPOLI CIVICA
Sepolture pneumatiche a tombe tipiche
IN CEMENTO, CONTRO
L'INUMAZIONE E CREMAZIONE DEI CADAVERI
Sistema economico d'igiene pubblica
D'INTANGIBILITA' MEDICO-LEGALE-FORENSE
e perfetta conservazione inalterabile
DELLE MATERIE E FORME CORPOREE
EVITANDO
l'orrida defezione putrescibile e l'obbrobriosa verminazione
SOSTITUENDO
preziosi Avelli petrificati, al caso in uso statuario
COSTITUENDO
Muri santi o gallerie sepulcrali di recinto ai comuni
d'interminabile spirometria daziaria
sul prezzo assuntivo di L. 25 per ogni avello

SCOPERTA UMANITARIA AI SUPERSTITI
FILOSOFICA, RELIGIOSA E BENEFICA DEI TRAPASSATI
quanto di somma venerazione fra i popoli civili
e di nessun ostacolo o pregiudicio allo spirito famigliare

Monografia di 60 pagine in foglio con tavole e disegni
compilazione di C. A. F****, 1873.

(1) Costui presentò all' Esposizione Nazionale di Torino ben 24 scoperte (?!), divise in fisiche, mediche e sociali, e suddivise in universali, cosmiche, industriali, generali-storiche, istitutive, terapiche, teorico-pratiche, fisio-patologiche, pubbliche e private-artistiche!!

(2) Titolo di pubblicazione mattoidesca pseudo-filosofica.

(3) Annunzio di pseudo-invenzione mattoidesca.

II.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

Il seguente elenco comprende soltanto le opere maggiori e i trattati di indole psichiatrica, che io ho voluto aver dinanzi nello scrivere questo Manuale; qui ne indico anche le parti, che concernono la *sintomatologia* e il *diagnostico generale* della pazzia. Di lavori strettamente riguardanti la *semejotica psichiatrica*, analoghi ai molti che si hanno nel campo affine della Neuropatologia (MÖBIUS, L. BIANCHI, BLOCQ e ONANOFF, GOLDSCHEIDER, ecc.), non ne conosco, e toltene, per alcuni riguardi, la « Psicopatologia generale » dell'EMMINGHAUS (1878), una monografia molto originale del RIEGER (1890), un cenno sommario del MARANDON DE MONTYEL (1893), e la recentissima « Guida » del SOLLIER apparsa quando i tre quarti del mio libro erano composti e stampati, io non ho avuto alcun modello da imitare. Per il che mi lusingo d'aver fatto opera, se non originale nei concetti, nuova almeno pel metodo. Aggiungo che da ben cento anni, cioè dal CHIARUGI (1794) in poi, la letteratura psichiatrica Italiana non contiene altri lavori generali sulla pazzia se non quelli oramai antichi, e ben poco utilizzabili, del MARTINI (1814), del FERRARESE (1830 e 1846), del FANTONETTI (1830), del BONACOSSA (1851), del BONUCCI (1854), del GIROLAMI (1857), del POLCARO (1872) e l'ultimo, ma non migliore, del SOLIVETTI (1893).

FRIEDREICH J. B., Allgemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten. Würzburg, 1832 (Cap. I e II, p. 1-103, VII, p. 311 382).

FRIEDREICH J. B., Handbuch d. allgem. Pathologie d. psych. Krankheiten. Erlangen, 1839 (cfr. Cap. II, p. 99-201).

GRIESINGER W., Pathologie u. Ther. der psychischen Krankheiten. I ediz. Leipzig, 1845; II ediz., 1862 (p. 116 e seg. — Nella trad. franc. di Doumic e Baillarger, 1865, p. 67-151); IV^a^ ed , 1876.

Schnitzer A., Handb. d. Path. u. Therapie der Geisteskrankheiten, Vol. I, allg. Pathologie, ecc. Leipzig, 1846 (p. 1-25).

Spielmann, Diagnostik der Geisteskrankheiten f. Aerzte u. Richt. 1855, in-8.° gr.

Wachsmuth A., Allgemeine Pathologie der Seele, 2.ª ediz. Frankfurt, 1859 (Lib. II, p. 100-350).

Flemming C. F., Pathologie u. Therapie der Psychosen. Berlin, 1859 (Sez. IV, p. 43-99 e Appendice, p. 436).

Morel B., Traité des Maladies mentales. Paris, 1860 (Lib. III, p. 273 e seg.).

Forbes Winslow, On obscure Diseases of the Brain and desorders of the Mind. London, II ediz., 1861 (spec. Cap. 2.°, 3.°, 7.°, 10.°, 12.°, 24.°).

Bucknill a. Tuke, A Manual of psychological Medicine, II ediz. London, 1862 (Cap. VIII, p. 301-382). [La IV ediz. compl. rifatta è del 1879].

Falret J., Des Maladies mentales et des Asiles d'aliénés. Paris 1864 (IX, p. 497-600).

Legrand du Saulle, La Folie devant les Tribunaux. Paris, 1864 (spec. Cap. III. p. 74-107).

Brosius, Die Elemente der Irrsinn. Ein praktisches Handbuch. Neuwied, 1865.

Leidesdorf M., Lehrbuch. d. psychischen Krankheiten. Erlangen, 1865 (p. 1-149, trad. ital. Torino, 1878, p. 258-277).

Lombroso C., La medicina legale delle alienazioni mentali. Padova, 1865, estr.

Goullon H., Grundriss der Geisteskrankheit. Sondershausen, 1867 (Cap. VI, IX, X, p. 113, 188 e 212).

Maudsley H., The physiology and pathology of Mind, II ediz. London, 1868 [Nella cattiva trad. ital. 1872, Parte II, p. 384-435]. III ediz., 1876 (Cap. VII-VIII). [Nella trad. franc. « Pathol. de l'Esprit », 1883, p. 316-457].

Despine P., Psychologie naturelle. Paris, 1868 (Tutto il tomo II: « Étude psych. sur les aliénés et les criminels »).

Blandford G. F., Insanity and its treatment, Iª ediz. London a. Edinburgh, 1871. [Nella trad. ted. di Kurella, 1878, Lez. VII, VIII, XIV e XIX]. IV ediz., 1892.

Tardieu A., Étude méd.-légale sur la Folie. Paris, 1872 (Cap. IV-V. p. 55-84).

Krafft-Ebing R., Lehrb. d. gerichtlichen Psychopathologie. Stuttgart, 1875, I ediz. (p. 66 e seg.). III ediz., 1892.

Dagonet H., Nouveau Traité élém. et prat. des Maladies mentales. Paris, 1876 (Cap. II, p. 35-106). [È la II ediz.; la prima uscì nel 1862].

Schüle H., Handbuch der Geisteskrankheiten, nello « Ziemssen's Hdbch. », I ediz., 1877, II, 1880. [Trad. malamente in ital., Napoli, 1886, L. II, p. 48-194, e L. III, p. 653]. (La III ediz. è divenuta la « Klinische Psychiatrie », 1885, che contiene però soltanto la Psicopatologia speciale).

Emminghaus, Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in d. Stud. d. Geistesstörungen. Leipzig, 1878 (p. 5-273).

Dittmar, Vorlesungen über Psychiatrie f. Stud. u. Aerzte. Bonn, 1878 (Prima sezione, § 49 e 50, §§ 75, 82, 83, 84).

Krafft-Ebing v. R., Lehrbuch der Psychiatrie, I ediz. Stuttgart, 1879-80; II ediz. 1883 [Trad. ital., Torino, 1885, Vol. I, sez. II, p. 53-180, e Sez. V, p. 319-344]; III ediz., 1888 (cfr. Lib. II, Sez. I, p. 50-148 e Sez. IV, p. 259-276); IV ediz., 1890; V ediz., 1893.

Ball B., Leçons sur les Maladies mentales. Paris, 1880-84 (Leç. III, IV, V, VI, XIX). [II ediz. 1890].

Guislain J., Leçons orales sur les Phrénopathies, II ediz. [L'opera è compl. rifatta dal Dr. Ingels], Gand et Paris, 1880 (Vol. I, Lez. I-IV, p. 5-83).

Clouston, Clinical lectures on Mental Diseases. I ediz., London 1883, — II ediz., 1890 (Parte I).

Luys J., Traité clinique et pratique des Maladies mentales. Paris, 1883. (Parte III, p. 274-307 e p. 314-321).

Mann E. C., A Manual of psychological Medicine. London [New-York], 1883 (Cap. IV, VIII, XXXII, p. 67, 119 e 617).

Spitzka E. C., Insanity, Its classific., diagnosis and treatment. New-York, 1883 (Cap. I-IX, p. 17-92).

Arndt R., Lehrbuch der Psychiatrie. Wien u. Leipzig, 1883 (Cap. V-XII, p. 42-248).

Bra M., Manuel des Maladies mentales. Paris, 1883 (p. 1-19 e 230-242) [Trad. ital. con Introd. del Prof. Buonomo (I-XCIII), Milano, 1886, F. Vallardi].

Kraepelin E., Compendium der Psychiatrie, I ediz. Leipzig, 1883 [Nella trad. ital. di C. Bonfigli, Milano, 1886, cfr. p. 59-112 e 125-33]. — Psychiatrie, ein kurzes Lehrb., II ediz. Lipsia, 1887 (II, p. 61-133 e 151-172). [Ne è uscita quest'anno la IV ediz. compl. riveduta].

Régis E., Manuel pratique de Médecine mentale, I ediz. Paris, 1885 (Sez. I. Cap. 2, p. 71-94); II ediz. Paris, 1892 (Cap. II, p. 62-124).

Schlager, Psicologia forense, nel « Hdbch. d. gerichtl. Medicin » di Maschka [Trad. ital., Napoli].

Koch A., Breve guida allo studio della Psichiatria. Trad. ital. di Tonnini. F. Vallardi, Milano, 1886 (IV-V, p. 25-58).

Koch A., Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. Ravensburg, 1888.
Bevan-Lewis W., A text-book of Mental Diseases. London, 1889 (spec. Parte II).
Salgò J., Compendium der Psychiatrie [II ediz. di un compendio precedente del Dott. Weiss, uscito nel 1881]. Wien, 1889 (A., p. 9-114).
Rieger C., Beschreibung d. Intelligenzstörungen, ecc. nebst e. Antwurf z. Methode der Intelligenzprütung. Würzburg, 1890 (con appendice).
Cullerre A., Traité prat. des Maladies mentales. Paris, 1890 (p. 42-80, e p. 101).
Mercier Ch., Sanity and Insanity. London, 1890 (Cap. IV, p. 97-139). [Eccellenti sono gli articoli del Mercier nel « Dictionnary » di H. Tuke].
Scholz Fr., Handbuch der Irrenheilkunde. Leipzig, 1890 (Sez. I-II, p. 9-48, e Sez. V, p. 141-155).
Lewinstein-Schlegel W., Pathol. u. Ther. d. psychischen Krankheiten (Griesinger's, V.e Auflage). Berlin, 1892 (III e IV Sezione § 25-201, e specialm. § 164-183, p. 207-245).
Kirchhoff Th., Lehrbuch d. Psychiatrie. Leipzig u. Vien, 1892 (Cap. III, p. 74-164, e V, p. 190-224).
Scholz Fr., Lehrbuch der Irrenheilkunde. [È la II ediz. ampl. dell'Hdbch. »]. Leipzig, 1892 (Sez. I-II, p. 9-52, e Sez. V, p. 273-286).
Shaw J., Epitome of Mental Diseases. Bristol, 1892 (spec. Cap. V).
Tuke D. Hack, « Dictionnary of psychological Medicine ». Due volumi. London, 1892 (numerosi articoli di varii autori).
Korsakoff C. C., Corso di Psichiatria [in russo], Mosca, 1893 (p. 59-159).
Sollier P., Guide pratique des Maladies mentales (Séméiologie, ecc.). Paris, 1893.
Ziehen Th., Psychiatrie f. Aerzte u. Studirende. Berlin, 1894 (I, p. 7-193 e p. 201-208).
Dagonet H., Dagonet J. et Duhamel G., Traité des Maladies mentales [III ediz.]. Paris, 1894 (cfr. Parte I).

ERRORI INCORSI NEL SECONDO VOLUME

Pagina e linea	Errori	Correzioni
18-19 Lin. 13-14	princinpio	principio
29 » 5	relaz'one	reazione
31 » 13 (*dal basso*)	appariva	apparirà
40 » 9 id.	ebefenia	ebefrenia
41 » 9	embroniale	embrionale
79 » 4 (*dal basso*)	etiologica	etologica
161 » 3	Le opere del MEYNERT, che erano incomplete quando io alcuni anni or sono scrissi e diedi alla stamperia questi paragrafi, furono di poi da lui condotte a termine e vennero anche tradotte in franc. e ital.	
184 » 5	Il maniaco ed il paralitico	Il maniaco ed il paranoico
199 » 8	(fig. 78)	(fig. 79)
205 Sotto la figura	I sintomi classici	I sintomi clinici
208 Lin. 12	(fig. 85, al § 82)	(fig. 86 al § 83).
223 » 15	*andature* « disbasie »	*andature* (« disbasie »)
250 » 10	*ipomania dolorosa*	*ipomimia dolorosa*
264 » 6-7	« marìa »	« moria »
273 Sotto la figura	Fig. 89	Fig. 98.
290 Lin. 2 (*dal basso*)	lamimica emotiva (a *dismimie*)	la mimica emotiva (*dismimie*).
299 » 10 id.	*qualitxtivi*	*qualitativi*
301 » 2 (*in alto*)	*afasie transitorie*	*afonie transitorie*
311 » 2-3 (*dal basso*)	in ne deduciamo	noi ne deduciamo
317 » 14 id.	*può valutarsi*	*può in gran parte valutarsi*
326 » 4	(fig. 108)	(fig. 101).
355 » 10	(fig. 103)	(fig. 104)
356 » 5	(fig. 104)	(fig. 105)
391 » 7 (*dal basso*)	della parola	delle parole
396 » 9	più veramente	più raramente
413 » 14 (*dal basso*)	dei pazzi	del pazzo
478 » 6-7 id.	fondata	sondata
511 » 12 (*dal basso*)	o a quella che	oppure a ciò che
513 » 10 id.	il grafico di GRASHEY	al grafico di GRASHEY
535 » 11-2 id.	imaginaî, conî una strana ecc.	imaginarii con una strana, ecc.
564 Sotto la figura	Fig. 113	Fig. 118.
570 Lin. 22	esige l'esistenza	esige la concorrenza
573 » 11-12 (*dal basso*)	la loro inibizione	la loro attività di inibizione

Pagina e linea	Errori	Correzioni
594 Lin. 2 (*dal basso*)	distimie, di noesie e disbulie	distimie, disnoesie e disbulie
602 Alla fine della spiegazione della figura	dal nervo	del nervo.
634 Lin. 11 (*dal basso*)	completato	completata
654 Lin. 9 (*dal basso*)	*alcoolofilia parossitica*	*alcoolofilia parossistica*
660 » 14 id.	tutti costoro	talvolta costoro
667 »	in quattro gruppi	in cinque gruppi
687 » 5-6 id.	o lo esagera. o lo perverte, ecc.	o lo esagera (*onemania, cleptofobia, gelosia*), o lo perverte, ecc.
723 » 14	*sensus*	*conscientia*
729 » 5	gustazione e cinestesi mentali	gustazione, cinestesi e cenestesi mentali
716 » 5 id.	diagnosisto	diagnostico
732 » 12 id.	il fattore afferente	il fattore efferente
738 Sotto la figura	fig. 123	fig. 124.
	[Di conseguenza è errata la numerazione ulteriore delle figure sino alla fine del Volume].	

Altri errori per semplice scambio o spostamento tipografico di lettere, non che per cadute di lettere all'estremità delle righe, saranno facilmente corretti dal lettore.

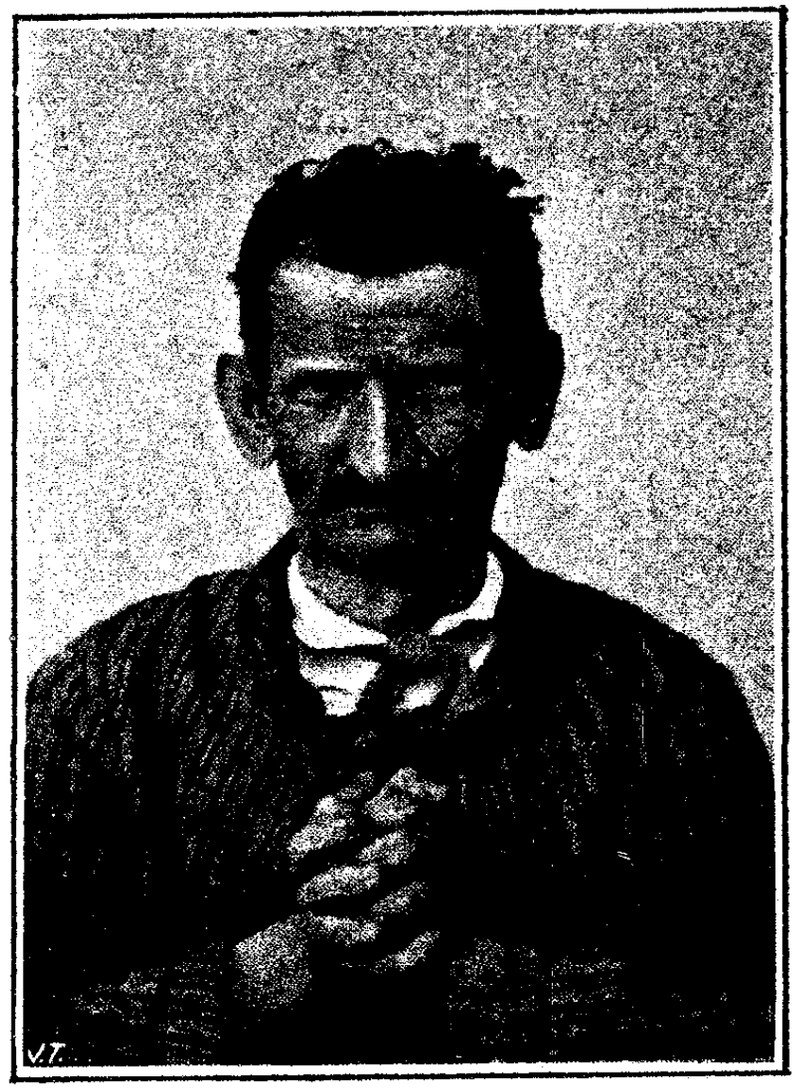


Mania grave.



Melanconia passiva.

PRÉFECTURE DE LA SEINE
BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE
CENTRE PSYCHIATRIQUE SAINTE-ANNE



III. — **Melanconia allucinatoria con delirio religioso.**



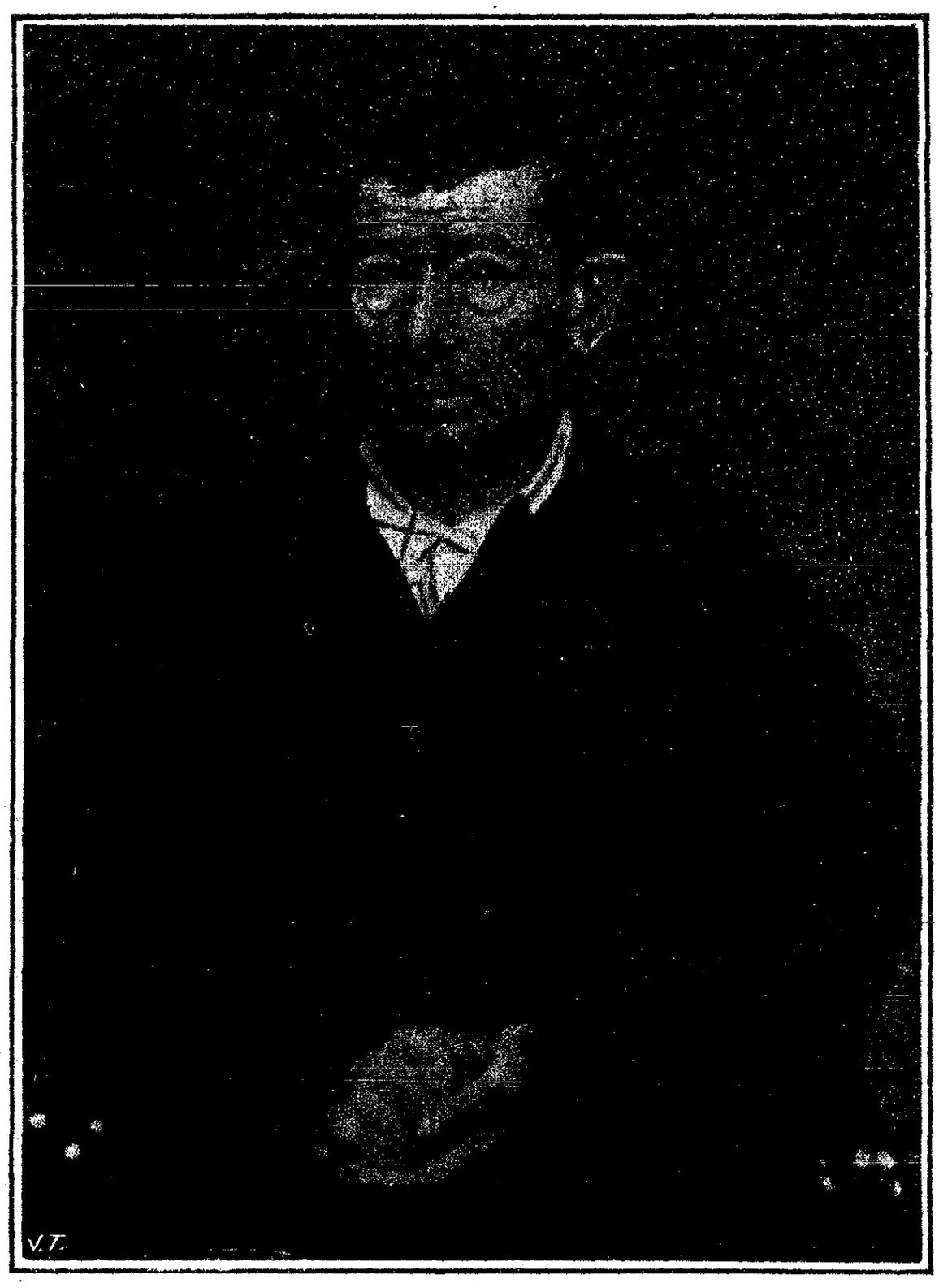
IV. — **Melanconia ansiosa con pantofobia.**



V. — Amenza catatonica.



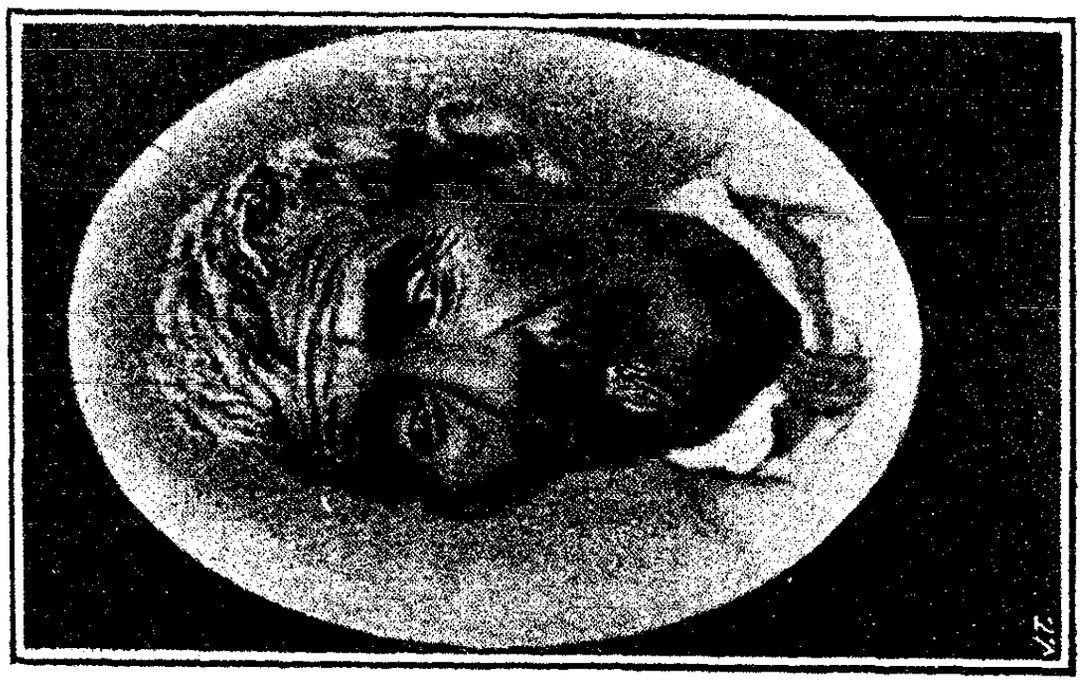
XI. — Epilessifrenia (Imbecillità ed epilessia).



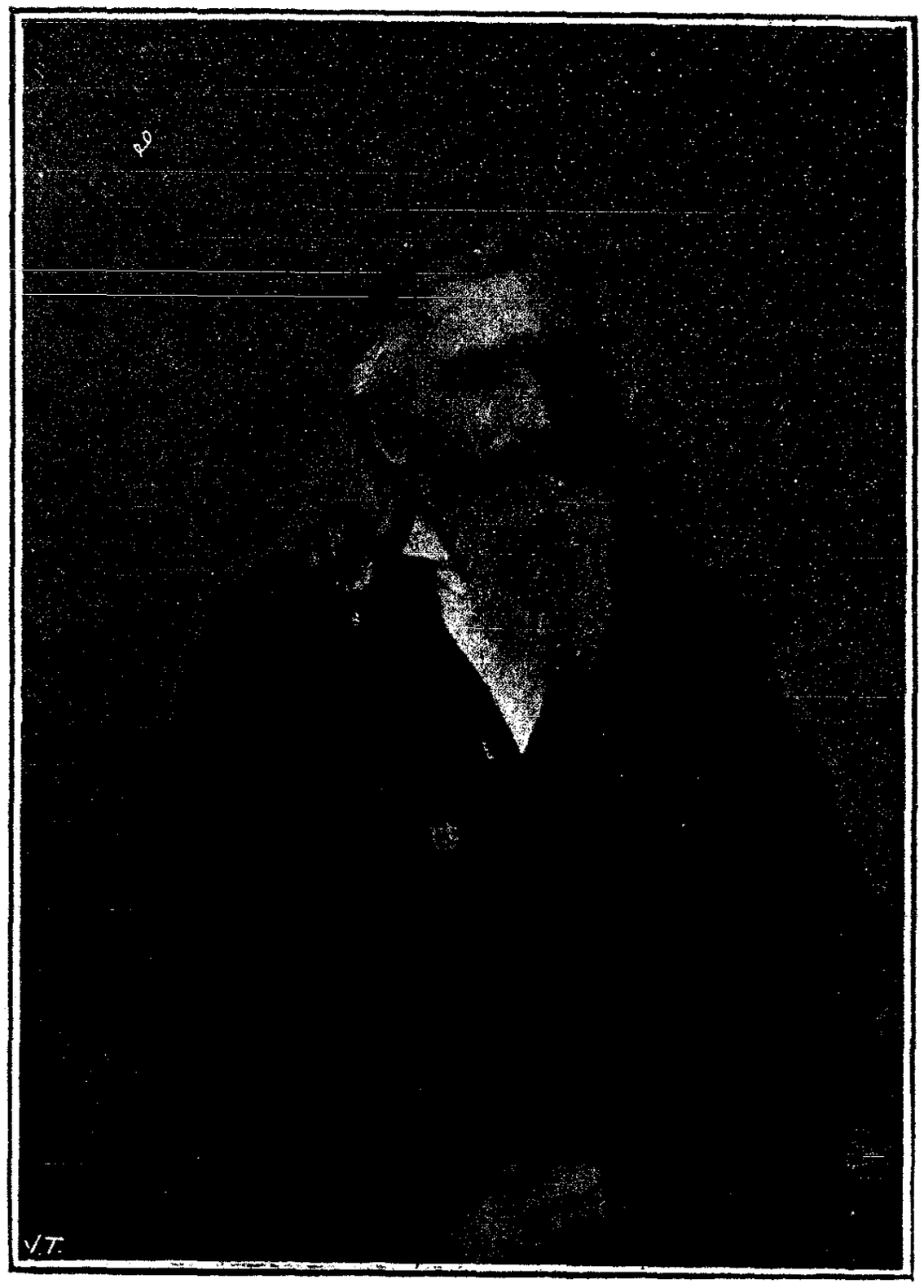
Pazzia sistematizzata secondaria con delirio ambizioso genealogico.



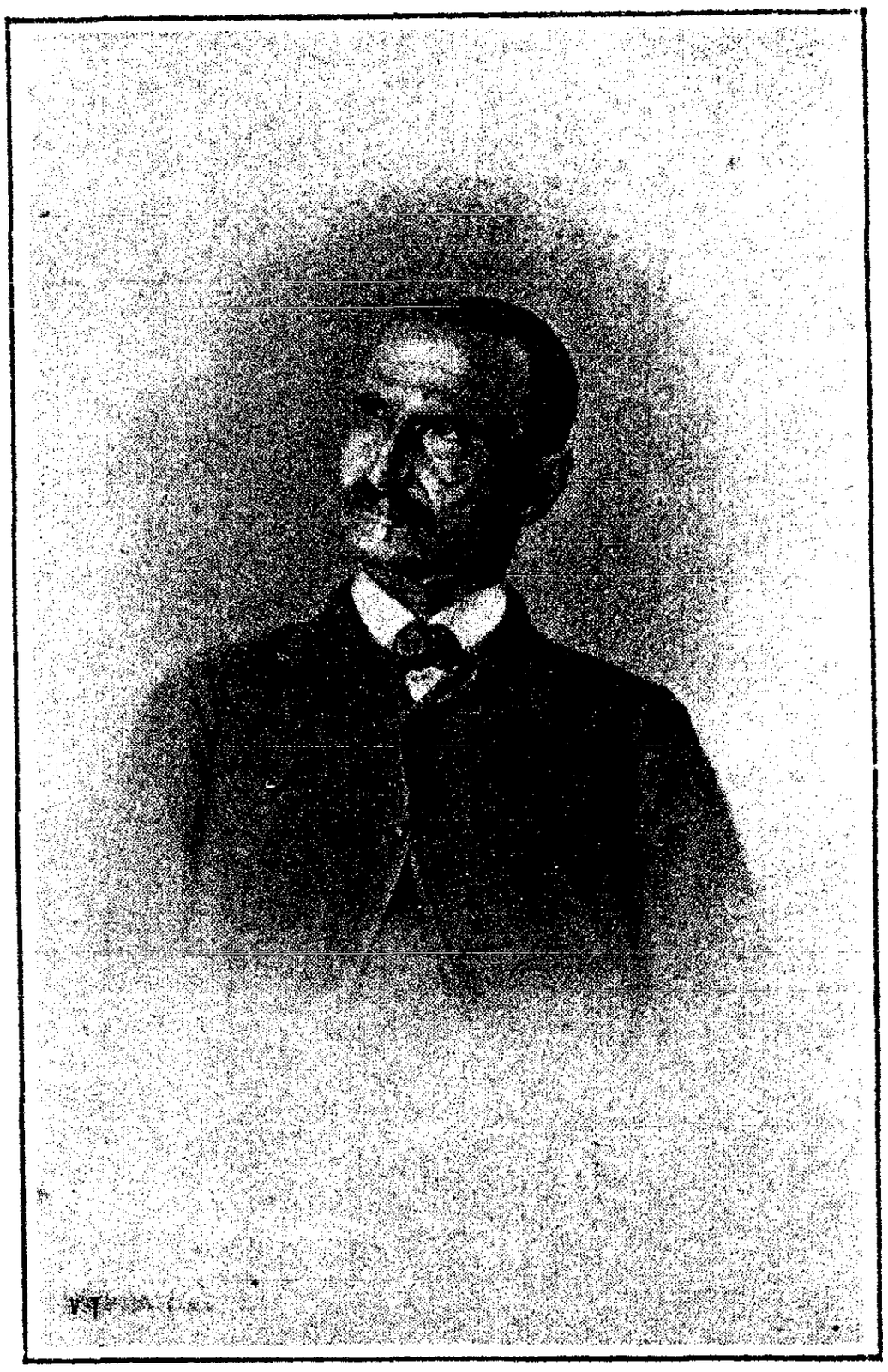
XIII. — Idiotismo.



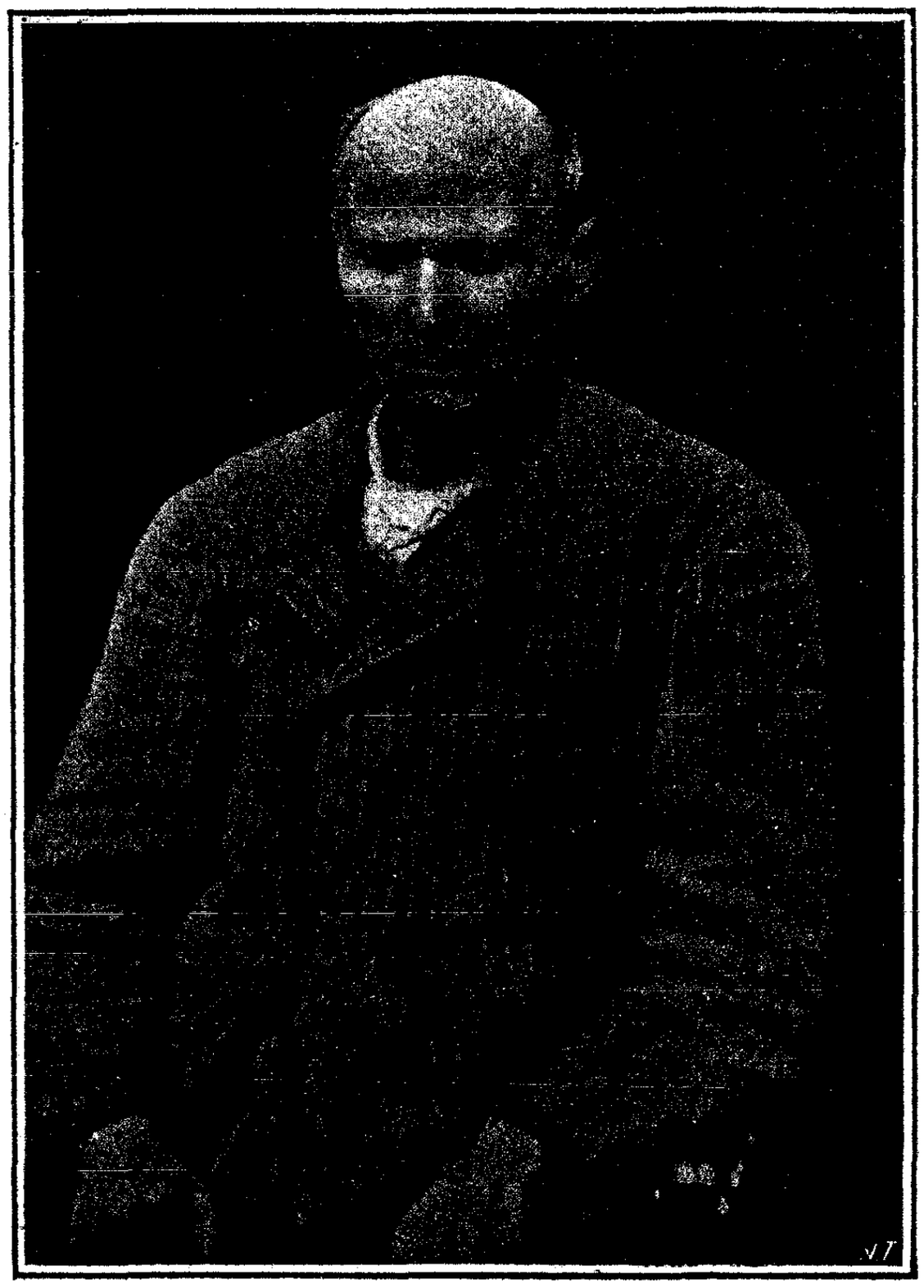
VII. — Demenza terminale.



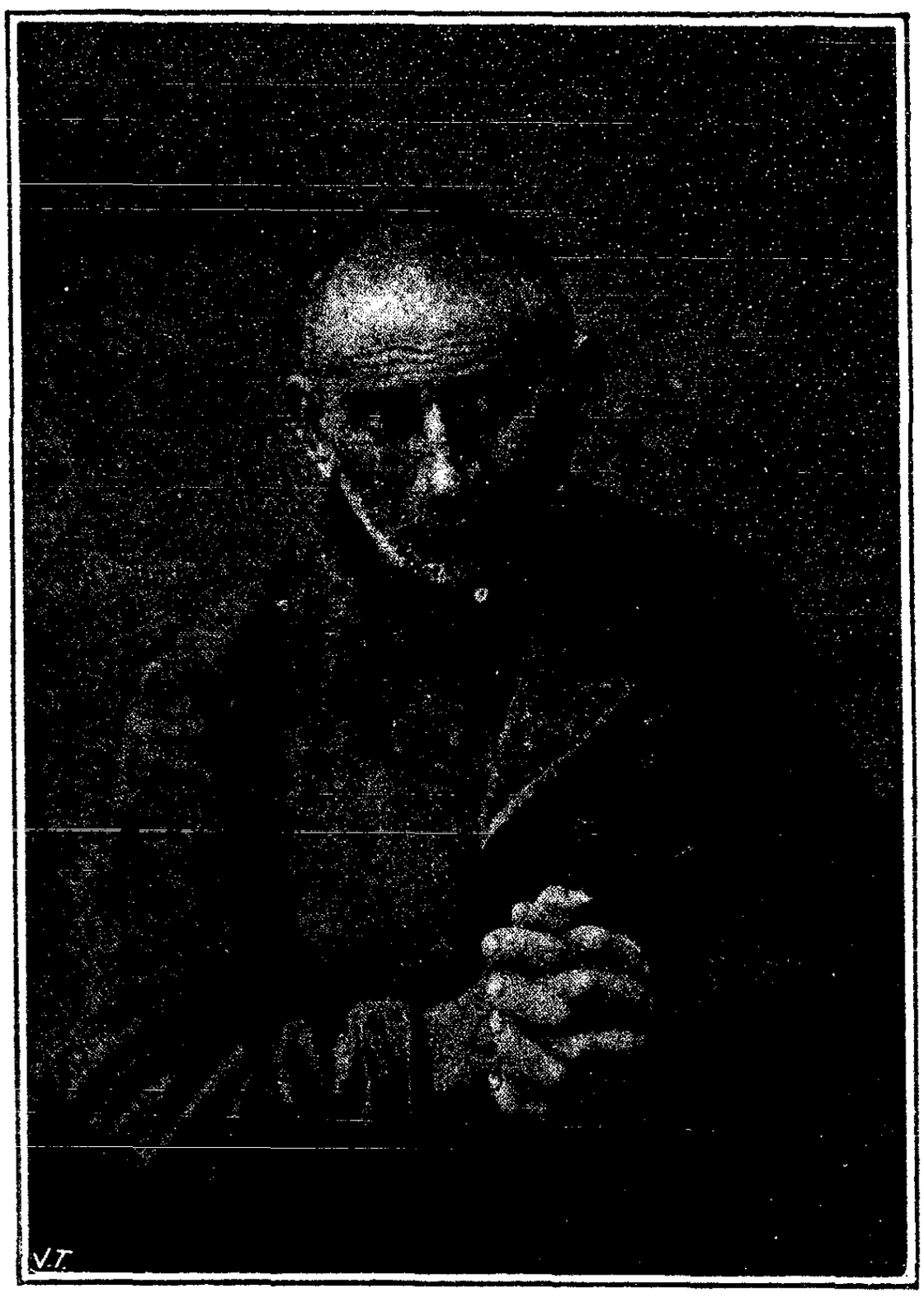
Paranoia originaria
con delirio persecutorio misto ad ambizione.



Paranoia allucinatoria
con episodii confusionali.



Paranoia sistematica tardiva
in piena fase metabolica (« messianismo »).



Pazzia pellagrosa
(Melanconia con impulsi suicidi).