

ARCHIVIO ITALIANO PER LE MALATTIE NERVOSE E MENTALI

RIVISTA SPERIMENTALE

DI

F R E N I A T R I A

E

MEDICINA LEGALE DELLE ALIENAZIONI MENTALI

(Fondata da Carlo Livi nel 1875 e diretta da Augusto Tamburini dal 1877 al 1919)

DIRETTA DAL

Prof. VIRGINIO PORTA

DIRETTORE DELL'ISTITUTO PSICHIATRICO DI REGGIO NELL'EMILIA

IN UNIONE AI PROF.^{RI}

A. BERTOLANI, C. CENI, U. CERLETTI, A. COPPOLA, L. DE LISI,
G. C. RIQUIER, M. GOZZANO, C. BERLUCCHI, D. BOLSI,
P. OTTONELLO, G. PINTUS, F. VISINTINI, G. BOSCHI

REGGIO-EMILIA

ISTITUTO PSICHIATRICO DI S. LAZZARO

1953

vol. 77

Osservazioni sulla terapia narcocatartica

Narcoanalisi (Horsley, 1940); narcosintesi (Grinker e Spiegel 1944); psicanalisi chimica (Cossa ed Augin, 1945); narcosuggestione (Spaccarelli e Cerquetelli, 1946); narcoesame (Biacchi 1952) sono i nomi dati da vari AA. ad uno stesso metodo, nomi che rappresentano alcuni aspetti diversi del metodo, nelle sue diverse applicazioni alla diagnostica ed alla terapia psichiatrica. Il metodo, per quanto riguarda l'aspetto curativo, va considerato essenzialmente come una variazione della cosiddetta terapia catartica. Questa, di cui come è noto, si servì anche Freud con Breuer, e dalla quale partì la psicanalisi, si basò originariamente sull'osservazione che nello stato ipnotico è possibile richiamare alla memoria avvenimenti dimenticati allo stato di veglia. Fra gli AA. dai quali fu particolarmente elaborata la terapia o metodo catartico originale, che dirò ipnotico, vanno ricordati soprattutto Oskar Vogt, Brodmann e Frank. Questi AA. ed altri dimostrarono che il ritornare alla memoria, alla coscienza, si potrebbe dire, di eventi dimenticati, che avevano prodotto uno shock affettivo, si accompagnava frequentemente ad un intenso stato affettivo: quando questo avveniva, si sarebbe verificata come una specie di « scarica » della tensione affettiva, che prima aderiva, imprigionata, all'evento « traumatico » dimenticato e con ciò la guarigione di determinati sintomi, prodotti dall'affetto rimosso, assieme al ricordo. Mi pare che questo accenno alla interpretazione dei fenomeni catartici sia sufficiente e non mi sia, perciò, necessario addentrarmi nel richiamo e nella spiegazione dei concetti psicanalitici di « rimozione » di « censura »

di « fuga nella malattia », di « abreazione », perchè troppo noti e perchè ritengo appariranno sufficientemente chiari dalla esposizione che seguirà.

Poichè, come si è già accennato, almeno nel suo aspetto curativo, da cui non va però mai disgiunto un aspetto diagnostico, non solamente « ex iuvantibus », il metodo nel quale si utilizza in psichiatria una breve narcosi (oggi ottenuta quasi esclusivamente con preparati della serie barbiturica) e specialmente la subnarcosi che ad essa segue, viene usato più comunemente per ottenere un effetto di tipo catartico, mi pare che esso possa essere indicato come « metodo narcocatartico ». Esso viene completato dalla ripresa in esame, ad ammalato del tutto cosciente, di quello che è stato ricordato e scaricato nello stato di subnarcosi, e dall'effetto catartico, nella pratica, è talvolta assai difficile distinguere un effetto suggestivo; quando si ricerca di ottenere soprattutto quest'ultimo si fa della « narcosuggestione »; ed avviene che alcuni psichiatri la esercitino senza esserne del tutto coscienti. Questo mi sembra sia da evitare, non perchè ritenga che l'uso della suggestione in psicoterapia sia sempre da condannare, chè anzi l'ho difeso a spada tratta in un mio recente lavoro, come utile per determinati casi, ma perchè penso che la suggestione, affinchè sia efficace e non produca dei disturbi, deve essere chiaramente confessata dal medico sia a se stesso che al malato, e perseguire degli scopi il più possibile precisi.

Il metodo narcocatartico è, dunque, sostanzialmente del tutto analogo al metodo catartico ipnotico, differendone solamente per alcuni fattori da considerarsi come secondari. Mi sembra che la differenza principale, agli effetti pratici, sia da ricercare nel fatto che la subnarcosi, lo stato crepuscolare, o, per esprimermi più semplicemente, lo stato di dormiveglia, nel quale si producono i fenomeni catartici, ottenuto con mezzi chimici invece che con mezzi psicologici, come la suggestione ipnotica, non può essere mantenuto che per un tempo e con una intensità che risulta, per così dire, dalla reazione dell'organismo del paziente al narcotico usato, senza che lo sperimentatore, il terapeuta possa rallentare o accelerare il processo, modificarne l'intensità (in realtà anche questo, in

certi limiti, è possibile, sovrapponendo un influenzamento psicologico a quello chimico, come nella narco ipnosi (1); mentre nel caso di una leggera ipnosi, lo sperimentatore può maggiormente modulare lo stato che produce nel paziente, secondo quanto gli sembra opportuno di momento in momento. Va da sè che nel metodo catartico ipnotico la suggestione ipnotica va usata solamente per produrre lo stato di dormiveglia, non per « spremere » dal paziente dei ricordi, o per ottenere da lui delle « confessioni ». D'altra parte la subnarcosi chimica ha il vantaggio di essere più alla portata di tutti ed anche di potere essere usata in quei casi nei quali, per le condizioni psicologiche del paziente, non è possibile produrre il lieve stato ipnotico, con coscienza almeno parzialmente conservata, e con frequente ricordo dell'avvenuto, utilizzato per la produzione dei fenomeni catartici. Il controllo dello stato del paziente non può essere mantenuto neppure con l'ipnosi quando la abreazione prende la mano allo sperimentatore, producendosi le note scene di esplosione affettiva, nelle quali il paziente rivive l'evento traumatico .

Secondo l'esperienza mia e di altri non posso condividere l'opinione espressa dall'Alémà, probabilmente sulla traccia di altri AA. che « l'ipnosi, procedimento ancora in attivo uso negli Stati Uniti, che qualche A. preferisce in luogo della narcoanalisi, offre il vantaggio della semplicità assoluta della tecnica ed una più diretta influenza del medico sul paziente, ma allo stesso tempo presenta, oltre la necessità di personale adeguato, l'inconveniente di determinare la formazione di strutture nevrosiche e di facili ed imbarazzanti transfert verso il medico ». Secondo me il pericolo di nevrotizzare l'a. e di creare « imbarazzanti transfert » è pressochè identico, sia che lo stato crepuscolare venga raggiunto mediante l'ipnosi che per mezzo della somministrazione barbiturica. Infatti, psicologicamente,

(1) Si è tentato di ovviare al fatto che per lo più il paziente, passato dalla narcosi preliminare alla subnarcosi, allo stato crepuscolare, si avvia ineluttabilmente, in un tempo più o meno lungo, al risveglio completo, iniettando il liquido endovena, in modo da non arrivare alla narcosi completa (o di tentare di non arrivare!). Il metodo si è mostrato però infido e non pratico per molti motivi e ritengo sia stato ormai completamente abbandonato.

soltanto il punto di partenza è diverso, ma il tipo di rapporto che si stabilisce fra paziente, nello stato crepuscolare e medico non è differente nei due casi. Inoltre, oggi, un certo senso di magico è legato alla somministrazione del cosiddetto siero della verità! L'ipnosi, come la narcosi barbiturica, non produce nevrosi nè disturbi rilevanti nel campo affettivo, se usata con chiarezza di fronte al malato e con prudenza da uno psichiatra sperimentato. Per la narcosi barbiturica si è anche temuto il prodursi di una tossicomania barbiturica, della quale, invero, in pochi trattamenti si osserva qualche accenno. Sta al medico di regolare la cura, tenendo presente il suo paziente e la situazione psicologica di questo.

Come è noto, non solamente avvenimenti dimenticati, che il paziente cioè non ricorda allo stato di veglia, possono affiorare in una seduta narcocatarctica, ma egli può anche rivelare fatti presenti bensì alla sua coscienza, ma che non riusciva ad esprimere, o gli sembrava di non voler dire, per paura, pudore od altri motivi del genere. Infatti, il particolare restringimento della coscienza vigile, la diminuzione del controllo su di sè, l'aumento della apertura affettiva propri di questo stato crepuscolare, rendono un soggetto più facile alla confidenza. E' inutile che mi soffermi sul fatto che il fenomeno, oltre che per ragioni morali e legali, sulle quali vi sarebbe forse da discutere, non può essere usato per conoscere la verità in campo giudiziario, in quanto è oltremodo difficile che una persona, anche in questa condizione di parziale obnubilamento della coscienza, confidi, confessi quanto può essere veramente a suo danno; egli può anche mentire coscientemente e può pure avvenire che si abbandoni a fantastiche ben lontane dalla realtà. Basti dire che per gli scopi terapeutici, dei quali precipuamente si interessa il presente lavoro, tre punti sono da tenere ancora presenti:

1) Un ammalato può aprirsi, in una seduta narcocatarctica, di fronte ad un esaminatore e non di fronte ad un altro. La subnarcosi non agisce soltanto di per sè, ma deve essere aiutata da un metodo prudente e delicato, e — stabilendosi, come in ogni terapia psicologica, una particolare situazione affettiva fra il paziente ed il medico — ha molta importanza, e

almeno può averne molta, la personalità del medico stesso, sebbene meno che in altri interventi psicologici. In altri termini, la subnarcosi chimica riesce ad eludere solamente in parte l'azione di questo fattore.

2) Per gli scopi terapeutici, qualche volta non ha assoluta importanza se quanto viene espresso dal paziente, sottò l'aspetto di ricordo o di complesso ideo-affettivo, corrisponde alla verità o meno. Si può scaricare catarticamente, entro certi limiti, l'affettività inerente anche ad una idea delirante, che talvolta può essere in seguito meglio compresa ed obbiettivata, quando sia stata affettivamente svuotata dalla « abreazione ». Inoltre, anche quando il ricordo di un evento traumatico non affiora, può essere di temporaneo sollievo per l'a. avere vissuto, in un trattamento narcocatartico, uno stato affettivo intenso, anche se non si è arrivati all'evento o alla situazione causale. Tuttavia, la guarigione vera e permanente di un sintomo o di un complesso strutturale sintomatico si verifica solamente quando si può arrivare al nucleo d'origine.

3) *Il metodo narcocatartico, da solo, può guarire solamente delle nevrosi attuali o anche delle psicosi psicogene attuali* (non sto ad imbarcarmi nella difficile questione della distinzione fra nevrosi e psicosi). Può aprire la via ad un trattamento piú in profondità, e perciò ad una cura piú radicale della personalità, facilitando e rendendo piú rapido lo stabilirsi di un transfert sufficiente, come può anche essere di aiuto per superare determinate difficoltà di un trattamento approfondito, soprattutto se condotto con una tecnica attiva. La subnarcosi barbiturica può essere anche usata per rendere possibile o facilitare un processo mediante il quale un ammalato, per cui null'altro si può fare, per ragioni, ad esempio, di intelligenza, di età e di ambiente, ricrea dei compensi, faticosamente acquisiti, con i quali si era difeso tutta la vita e la sicurezza dei quali aveva perso per cause contingenti. La fantasticheria della subnarcosi, con la tacita presenza affettuosa del medico, rende piú facile il ricreamento di una personalità fittizia quanto si vuole, ma le cui sovrastrutture solamente rendono possibili, ad un determinato soggetto, la vita. Vi sono dei casi in cui, praticamente, si sa che questa è l'unica

via da seguire, mentre si sa pure che non vi sono da temere delle abreazioni troppo forti, che turbino lo stabilirsi dei compensi, e delle prese di coscienza troppo chiare, perchè l'ammalato tende con ogni sua forza alla ricostruzione della sua personalità compensata, maschera-corazza. Mi pare che un caso del genere sia uno dei pochi nei quali lo psicoterapeuta, che non si senta di rifiutare il suo aiuto a chi ne ha bisogno, deve, se non mentire, lasciare che il suo malato si inganni, affinchè venga conseguita una certa tranquillità ed un certo adattamento sociale.

Come ogni metodo psicoterapico, anche quello che ho indicato come narcocatartico, benchè la designazione non pretenda di comprendere tutte le sue sfumature, va variato caso per caso nell'applicazione; e soltanto uno spirito critico e una sensibilità esercitati possono evitare l'irrigidimento in formule, in schemi direttivi.

Con l'ultima parte di questo terzo punto, mi sono avvicinato ad uno degli scopi del presente lavoro, che è quello di fornire qualche indicazione, basata sulla esperienza, circa la condotta che il terapeuta deve tenere in un trattamento narcocatartico; un altro scopo è quello di dimostrare l'importanza delle trasposizioni affettive che possono avvenire durante un trattamento; ed un terzo ed ultimo il presentare un comportamento che alle volte si riscontra nel paziente, il quale durante la subnarcosi non esprime qualche avvenimento che lo urge affettivamente, sia che esso sia stato dimenticato o che sia presente alla coscienza, ma finisce con il parlarne allo stato di veglia anche a distanza di giorni dalla seduta narcocatartica. Nell'esposizione, mi permetterò qualche altra considerazione ed osservazione, anche se non direttamente pertinenti agli scopi principali del lavoro.

Per venire al primo scopo, dirò che fa meraviglia come siano disparati i risultati dei vari AA. che hanno praticato dei trattamenti narcocatartici in forme simili. Questo fenomeno, oltre che all'inevitabile differenza fra le personalità dei terapeuti e dei pazienti, da considerarsi anche sotto l'aspetto delle loro reciproche reazioni, può fare sospettare che il difetto di esperienza ed una certa non chiara coscienza dell'es-

senza del metodo possa portare qualche medico ad una condotta errata.

Secondo quanto mi pare, due sono le condotte, peccanti entrambe per eccesso, che possono rendere inefficiente un trattamento per il quale si poteva prevedere, con buone ragioni, un risultato favorevole: l'intervenire eccessivamente o l'intervenire troppo poco da parte del terapeuta. Alla condotta, corrisponde un atteggiamento intimo, sul quale, come sempre in psicoterapia, sarebbe bene che il terapeuta portasse l'indagine rivolta su di sè ed al quale accennerò genericamente.

Per quanto riguarda la condotta peccante per eccesso di interventismo, si deve dire che spesso il medico (e tutti noi medici l'abbiamo sperimentato su noi stessi, anche al di fuori del campo psicoterapico, soprattutto all'inizio della professione) si pone di fronte al malato quasi fosse di fronte ad un nemico da vincere, forse anche perchè rappresenta la malattia, astrazione incarnata nel malato. Nel trattamento narcocatartico, egli allora interroga con insistente tenacia, stimola il malato, si rivolge alla coscienza quando dovrebbe far sì che affiori l'inconscio e talvolta finisce con il suggerire.

Vuole portare a galla ad ogni costo questo benedetto ricordo nascosto, vuole quasi ottenere una confessione. A questa condotta esteriore da definirsi come aggressiva, corrisponde un atteggiamento intimo caratterizzato da un interesse soggettivo, nel quale il terapeuta si interessa più di sè, della vittoria che egli vuole conseguire sulla malattia e sul malato, al quale egli vuole strappare il suo segreto, quasi fosse una fortezza da espugnare, che al malato, nella sua concretezza psicofisica; in un atteggiamento del genere, i freudiani troverebbero degli elementi sadici, da considerarsi come normali, che possono essere anzi utili in certi campi della medicina, ma non frequentemente in psicoterapia.

Altre volte il medico, conducendosi nel modo che ho caratterizzato come opposto al precedente descritto, è restio a qualunque forma di intervento sul paziente, forse in relazione a qualche sua inibizione nel contatto con gli altri, da inquadarsi causalmente nella sua storia remota, conscia ed inconscia, nella sua costituzione. Ciò può verificarsi anche quando

il medico si sente deluso dall'esperienza attiva: in questi casi il medico lascia che tutto vada come vuole, se ne sta vicino al suo ammalato semiaddormentato, finendo con il disinteressarsi di lui o quasi... coll'addormentarsi egli stesso. Anche questa condotta e questo atteggiamento sono stati certamente vissuti da molti di noi, in qualche seduta narcocatartica, soprattutto quando si è stanchi, esauriti, e non si trova il « contatto » con il paziente. In quest'ultimo caso la condotta e l'atteggiamento possono essere utili sia per chi cura sia che per chi è curato come una reazione di difesa.

La presa di coscienza di queste condotte oppostamente errate e del loro corrispettivo intimo, anche approssimativa, può servire a che il medico finisca con il dirigersi, agendo o aspettando, secondo quanto gli suggerisce la ragione e l'intuizione, nell'interesse del malato, senza lasciarsi guidare, spingere o trattenere da suoi fattori personali. Se poi la personalità del terapeuta non è ancora sufficientemente maturata, attraverso la sua esperienza (o attraverso una analisi didattica) per obbiettivare bene se stesso, saranno maggiormente utili alcune indicazioni che un altro può fornire sulla base della propria esperienza, a costo di dire cose già sapute, ma non tenute sufficientemente presenti.

Spesso avviene che il medico tenti il metodo narcocatartico prima di conoscere sufficientemente il paziente e di essere sufficientemente da lui conosciuto. Ora, se è vero che la prenarcosi barbiturica facilita la confidenza verso il medico, è anche vero che una certa conoscenza preliminare, una certa simpatia del malato verso il medico, aiuta la confidenza della subnarcosi, aiuta cioè il malato a lasciare affiorare o ad esprimere ricordi o complessi ideo-affettivi, senza che timore o vergogna di fronte al medico lo ostacolino. Mi sembra, quindi, in genere, controproducente aggredire l'ammalato con l'iniezione endovenosa di barbiturico, senza che prima, in una sola o in più conversazioni, si sia stabilita una certa conoscenza, un certo affiatamento fra quelle che dirò le due parti dell'esperienza da fare. Questo, naturalmente, non è possibile con gli ammalati fortemente inquieti o agitati.

Quando l'ammalato comincia a rivesgliarsi, a passare gradualmente dalla narcosi alla subnarcosi, non lo si assalga con domande, ma lo si consiglia di lasciarsi andare, di distendersi, di lasciare venire le rappresentazioni facendogli sentire la sicurezza della nostra presenza. Si osserva, spesso, che un ricordo o un complesso ideo-affettivo vuole affiorare quando l'ammalato diventa inquieto, comincia a muoversi nel letto, intreccia le dita, spalanca improvvisamente gli occhi. Anche delle piccole smorfie, dei fremiti del viso, dei sobbalzi di altre parti del corpo, un improvviso respiro profondo, una tosse bruscamente insorgente (quando non si tratta di una tosse da prevalenza vagale, con le note caratteristiche di insistenza, che particolarmente il Narcovene produce con una certa frequenza), un raschiamento della gola possono essere dei segni premonitori, da osservare con attenzione, perchè frequenti indici che entro poco il malato avrà bisogno del nostro aiuto. Talvolta delle drammatiche scene catartiche sono precedute da un certo stato di ansia e di angoscia.

Se si suppongono questi stati, sia dall'aumento del respiro e del polso, sia dall'espressione del volto, dall'arrossamento o impallidimento di questo, bisogna farsi vigili, e se l'azione catartica si fa attendere, tranquillizzare l'ammalato in modo affettuoso e ricordargli che egli deve comportarsi in modo del tutto passivo. Naturalmente i fenomeni sono diversi nei vari individui e quindi diversa l'assistenza, l'aiuto che si deve dare. Talvolta non avviene niente del tutto, ed allora bisogna attendere, ripetere. Alle volte le immagini, le rappresentazioni, i ricordi insorgono quasi di colpo, alle volte a poco a poco, come emergendo da una nebbia. Talvolta le rappresentazioni insistono nella stessa direzione ideo-affettiva, talvolta esse appaiono mutare in breve spazio di tempo. Come è già stato detto, quando è possibile, bisogna sempre consigliare il paz. a non affaticarsi a volere qualche cosa, ma a lasciare venire fuori ciò che vuole. Tuttavia, quando le scene tendono troppo a variare, si può tentare di consolidarle, richiamando l'attenzione del soggetto su qualche punto. Se non si riesce, è bene lasciare divagare, piuttosto che forzare l'ammalato in una direzione che non è

quella verso la quale la reazione tende a manifestarsi. Quando il paz. diventa molto inquieto e si ripete in modo plastico la scena traumatica che ha prodotto i disturbi (ciò che si verifica con una certa frequenza soprattutto nelle nevrosi di guerra) e quindi egli si alza dal letto, comincia a camminare ed a correre per la stanza, a gesticolare, ripetendo mimicamente l'accaduto (ricordo, fra gli altri, un caso molto dimostrativo che è stato ripreso dal collega Gabrici in un film che è stato proiettato anche in alcune sale pubbliche), è bene che il terapeuta si faccia anche lui attore della scena, rispondendo, collaborando, sempre in funzione di aiuto.

Se il paz. ricorda quanto ha detto ed è avvenuto, come per lo più si verifica all'infuori che per le scene catartiche più clamorose, a coscienza del soggetto completamente ripristinata, e se qualche cosa è affiorato, nella stessa seduta o in successive, è bene ritornare su quanto egli ha espresso, cercando di spiegare e di completare, spesso anche di consigliare; se non ricorda, condizioni psichiche permettendolo, rivelargli quanto ha detto ed ha vissuto, comportandosi poi in modo analogo a quello sopra riferito.

Qualora emerga da una seduta qualche evento con forte scarica affettiva, ed il paz. continui a presentare disturbi, si deve ripetere le narcosi, cercando di fornire degli spunti associativi per fare risorgere la situazione (non suggerendola direttamente, per non fare insorgere delle resistenze), fino a che sembri che l'affettività rimossa sia sufficientemente scaricata.

Spesso da una seduta svoltasi in modo del tutto tranquillo e nella quale nulla è affiorato, il paz. esce un poco tranquillizzato, probabilmente sia per il diretto effetto sedativo del barbiturico iniettato, sia per una certa, anche se transitoria, disposizione ad una maggiore apertura affettiva, che spesso si accompagna ad una lieve euforia, sia per un effetto suggestivo, che si produce anche se non è stato ricercato. Quando si vede che una seduta presenta queste caratteristiche e sembra molto probabile che non si verificheranno dei cambiamenti notevoli, si intavoli una conversazione amichevole con il paz., interrogandolo sui suoi disturbi e cercando di

infondergli confidenza e fiducia, ma evitando di suggerirgli un comportamento particolare.

In alcuni casi, relativamente rari, anche se non vengono vissute chiaramente rappresentazioni catartiche, lo stato affettivo durante la seduta è molto intenso, e perdura, qualche volta, per lo più sotto la forma di collera e di paura, anche parecchie ore dopo che lo stato di subnarcosi deve essere considerato come cessato. Qui l'assistenza del medico, o almeno di una persona con la quale questi non si trovi in una disposizione affettiva che sembri avere rapporto con la malattia, dovrebbe continuare, anche solamente nel senso che l'ammalato non venga lasciato e non si senta solo.

Frank suggerisce, allo scopo di aiutare l'insorgere di stati affettivi intensi e la produzione di fenomeni catartici, di esercitare con la mano una pressione sul petto del paz., in modo da rendergli sensibili le pulsazioni cardiache. Questa manovra, che Frank propone per gli stati di leggera ipnosi, potrebbe essere provata anche nella subnarcosi, per quanto, forse, rappresenti una forma di intervento troppo diretto da parte del terapeuta.

Talvolta i fenomeni catartici non si producono insistendo nelle sedute, e si verificano dopo una sosta più o meno prolungata (anche di settimane); altre volte si ha l'impressione che una sosta prolungata aumenti le resistenze ed allora è meglio insistere, cercando di aiutare fornendo al paz. degli elementi per associare, che rendano più facile l'affiorare della rappresentazione carica di affettività e la scarica catartica di questa. Esistono inoltre dei casi nei quali si ha la netta impressione che la catarsi non si verifica per delle resistenze in rapporto con condizioni contingenti, soprattutto con l'ambiente familiare ed allora bisognerà pensare prima ad una modificazione dell'ambiente che al proseguimento della cura.

Come nei trattamenti psicoanalitici e di informazione psicoanalitica, si osserva con una certa frequenza, al principio della cura, un peggioramento della sintomatologia. Questo può meravigliare soltanto chi non ha vissuto, anche da semplice spettatore affettivamente partecipante, ciò che significa per ognuno il lasciare frugare da un altro in ricordi,

rappresentazioni, complessi fortemente carichi di affettività; perciò, soprattutto in questo primo periodo, molta importanza può avere la delicatezza, la non insistenza del terapeuta. Abbastanza frequentemente avviene che un affetto, manifestantesi durante un trattamento narcocatartico, prima che venga ritrovato il ricordo o la rappresentazione cui l'affetto apparteneva originariamente, si trasferisca sul medico, ed allora possono insorgere sentimenti di odio e di collera rivolti contro di questo, oppure delle disposizioni fortemente erotiche. Questi atteggiamenti affettivi possono alternarsi ed anche coesistere nell'ambivalenza, e sono fenomeni da considerare in rapporto con l'essenza stessa dell'abreazione.

Come ho già accennato, avviene talvolta che si presentino dei fenomeni di tipo catartico, nei quali l'affetto appare aderente a dei ricordi o a dei complessi - ideo affettivi che affiorano e che, malgrado ciò, l'ammalato non migliori o migliori in modo transitorio. In questi casi, continuando il trattamento, si osserva talvolta che in realtà la situazione traumatica o l'evento non erano precedentemente affiorati ma l'affetto ad essi pertinente si era associato, per un meccanismo di traslazione, a ricordi di avvenimenti o di situazioni che con l'evento o la situazione traumatica avevano qualche rapporto associativo. Però, perchè l'ammalato migliori veramente, è necessario che avvenga la vera catarsi; che, cioè, l'affetto venga rivissuto in rapporto con la situazione o l'evento che l'avevano prodotto. La guarigione della nevrosi o psicosi « attuale » avviene aiutata anche dalla presa di coscienza e della chiarificazione il più possibile completa di ciò che è emerso.

Così sono giunto al secondo scopo del mio lavoro, che potrà essere meglio spiegato e dimostrato con un esempio, ampiamente riferito, rappresentato da un caso clinico la cui esposizione ricavo dalle mie annotazioni.

Si tratta di una donna di 24 anni, nata nel Veneto da famiglia del luogo, moglie di un vigile urbano di Milano. Proveniva da una famiglia di contadini, troppo rigida nell'educazione dei figli, tradizionale in modo ecces-

sivo, come ancora ne esistono nella regione veneta interna. Durante l'infanzia, la paz. aveva dovuto soffrire molto da parte della madre, probabilmente isterica, bigotta, che le proibiva duramente, oltre che la vivacità propria dell'età, anche di manifestare le sue reazioni affettive, sia quelle di natura triste che quelle di natura lieta. Casa, scuola e chiesa, nessuna distrazione e quasi nessun gioco, se non di nascosto; altrimenti erano punizioni, digiuni, e percosse, che la bambina doveva accettare senza piangere e lamentarsi.

Così continuò la vita della ragazza fino ai 17 anni, quando contrasse il matrimonio con un lontano parente di 24 anni. Il matrimonio, se non fu proprio esplicitamente combinato dalle famiglie, mi sembra lo sia stato per lo meno dietro le quinte, come mi fece comprendere il marito stesso. Fu tuttavia bene accetto alla giovane, probabilmente oltre che perchè il parente le era simpatico, anche per liberarsi dall'ambiente familiare opprimente. Dal paese la novella coppia si trasferì a Milano, dove il marito lavorò dapprima come autista, riuscendo in seguito ad entrare nel corpo dei vigili urbani. La moglie, a casa, accudiva alle faccende domestiche.

Nella anamnesi remota della paz. non risultano forme morbose di qualche importanza. Lo sviluppo psico-fisico era stato normale. Istruzione elementare. Dal marito la paz. venne descritta come una donna di poche parole, piuttosto chiusa ed un poco irritabile, ma in complesso buona, premurosa e lavoratrice.

Dopo due anni di matrimonio, tranquillo e senza nubi particolari, nacque una bambina che venne a morte ad un anno e mezzo di età, per broncopolmonite. La paz. reagì con adeguato dolore alla perdita della piccola e fu allora che avvenne uno scontro piuttosto forte con la madre, che il genero a sua volta minacciò di non volere più ricevere. La madre, infatti, non voleva vedere piangere la figlia e la tormentava perchè si mostrasse forte e serena. « Tutto avviene per grazia di Dio; si deve esserne lieti » erano le espressioni riferitemi; ma anche: « non piangere, stupida, non vedi che mi disturbi? ». La seconda frase spiega in modo poco simpatico la prima.

Rimasta nuovamente incinta, la paz. partorì a termine tre giorni prima che fosse ricoverata, nel 1952, presso l'Istituto Psichiatrico « Paolo Pini » di Milano in Affori. (Io stesso avevo consigliato il ricovero, essendo stato chiamato come medico privato presso la paz.).

Tanto la gravidanza quanto il parto si erano svolti in modo normale; tuttavia, poche ore dopo la nascita, il bambino, che sembrava sano e vitale, era stato preso da convulsioni ed era morto senza che si fosse potuto appurare la causa del male e della morte.

La paz., secondo quanto mi venne riferito dal marito, dal quale provengono la maggior parte dei dati anamnestici, appena fu chiaro che per il

bambino non vi era più nulla da fare, che esso era morto, si diede ad urlare, lamentandosi disperatamente, per entrare, dopo qualche ora, in uno stato di mutismo e di rigida immobilità, che durò fino a sera (il bambino era morto verso le dieci del mattino). La sera insorse un violento stato di agitazione psicomotoria, con atti elastici, lacerazione della lenzuola e degli indumenti, fracassamento di suppellettili, tentativi di buttarsi dalla finestra. Il marito mi raccontò che la donna inveiva contro di lui e contro quanti le si avvicinavano, ma non seppe dirmi se avesse presentato segni sospetti a carico della sfera psico-sensoriale. Dal principio si era tentato di curare l'ammalata a domicilio, con somministrazione di sedativi, prescritti dal medico di casa; ma, poichè quando io fui chiamato e cioè al terzo giorno l'agitazione e la confusione mentale non accennavano a diminuire, ritenni necessario il ricovero urgente in Ospedale Psichiatrico.

Al momento dell'ingresso l'ammalata, che era stata da me accompagnata, si presentava fortemente agitata, urlava, si dibatteva, faceva smorfie, tentava di sputare sugli astanti. Messa a letto, si osservò un frequente, stereotipato movimento di inclinazione ripetuta in avanti ed in dietro del tronco, accompagnato da un monotono lamento inarticolato. Le espressioni verbali consistevano in bestemmie, in insulti, diretti a tutti ed a nessuno. La paz. cercava di percuotere e di mordere chi le si avvicinava. Sucida, rifiutava il cibo e fin dall'inizio fu chiaro che sarebbe stato necessario ricorrere all'alimentazione per sonda.

Poichè in quell'epoca io non ero addetto ai reparti femminili dello Ospedale di Affori, la paz. rimase direttamente affidata ad altri colleghi; ebbi però il modo, per gentilezza di questi, di continuare a seguirla durante la degenza.

Durante la prima notte di ricovero, la paz. dormì alcune ore in seguito all'iniezione di una fiala di Pantopon. All'esame obbiettivo del giorno dopo, essa risultò in buone condizioni generali e non si osservarono segni particolari, all'infuori di quelli dello stato puerperale e di quelli conseguenti all'agitazione ed all'anormalità dell'alimentazione: labbra screpolate, secche, lingua patinosa, qualche ecchimosi al corpo, lievi rialzi termici che non superavano i 37,5°. Esami di laboratorio negativi.

Furono praticate sette applicazioni di elettroshock, una al giorno, seguite da iniezione endovenosa di Sonnifen ed accompagnate dalle solite cure disintossicanti, ipodermoclisi, somministrazioni di vitamine e di qualche analettico. Fu, cioè, praticata la cura consueta per le sindromi amenziali puerperali e per gli stati confusionali da causa non chiara. Durante il trattamento elettroconvulsivante la paziente andò gradualmente tranquillizzandosi e, al termine di esso, non presentava più segni di alterazione mentale, era tranquilla e docile, tanto che fu dimessa come incompetente, entro un mese dal ricovero.

Assecondando la richiesta del marito, continuai a seguire la paz. a domicilio. Questa, già una settimana dopo la dimissione, cominciò a presentare intercorrenti stati di confusione e di agitazione, che insorgevano soprattutto quando la si contraddiceva, si tentava di persuaderla o si abbordavano con lei dei temi che potessero produrre una risonanza affettiva, come quando si cercava di parlare del figlioletto morto. Se si insisteva un poco, la paz. talvolta prendeva ad inveire, a gridare, non calmandosi spesso che a capo di qualche ora. Cominciò pure a manifestare un delirio di persecuzione diretto contro il marito, che accusava di tradirla, di volerla avvelenare. Anche le vicine di casa la odiavano, erano complici del marito con il quale intrattenevano relazioni amorose. Il delirio non si presentava molto organizzato, e la paz., qualche volta, si lasciava convincere che almeno esagerava; altre volte, essa si faceva tesa ed ansiosa ed allora le idee deliranti venivano espresse con maggior convinzione.

Il marito non volle aderire al mio consiglio di ricoverare di nuovo la donna, e mi pregò di tentare di curarla a casa, mentre chiamava presso di sé una propria sorella per assistere la moglie. Praticai cinque applicazioni di elettroshock a domicilio, che non recarono alcun beneficio. La paz., anzi, cominciò ad assumere degli atteggiamenti sciocchi e fatui, a prendere di fronte a me delle pose civettuole, a parlare in modo insulso, tipicamente di traverso, ad abbandonarsi ad una inattività sempre maggiore.

La diagnosi di schizofrenia sembrava evidente. Tuttavia, l'inizio della forma in seguito alla perdita del bambino, mentre non erano stati presenti segni di uno stato tossinfettivo, quali si osservano nell'« amenza perperale » (sulla quale, come è noto, talvolta si impianta una schizofrenia), faceva pensare alla possibilità di una reazione affettiva portante ad un quadro sintomatologico di tipo schizofrenico. Perciò, prima di impormi al marito e fare ricoverare nuovamente la paz., volli tentare un trattamento narcocatartico. Praticai quattro sedute, usando il Narcovène, a giorni alterni, senza ottenere alcun risultato. La paz. non abreagiva, parlava pochissimo.

Un giorno, il marito, che cercava come poteva di svagare la moglie, le accompagnò in casa un amico più anziano, che aveva perso due figli nella guerra da poco finita. Egli ne parlò incidentalmente (secondo quanto mi riferì la paz. in seguito), mostrando il suo dolore. L'ammalata, già durante il colloquio con l'amico del marito, senza una causa apparente, entrò in uno stato di eccitamento che durò tutto il pomeriggio, e prese ad inveire contro di me (cosa che non aveva mai fatto, presentando anzi, come si è già detto, un atteggiamento erotico) e contro la mia « cura sbagliata ». Durante la notte rimase molto agitata, malgrado l'iniezione di Somnifen che le feci praticare: sempre su e giù dal letto, aggredì la cognata, strapandole i capelli. Il giorno dopo si rifiutò di sottoporsi all'iniezione di

Narcovène, e alle insistenze familiari e mie, replicò manifestando l'idea delirante che io, con la mia cura, volevo costringerla a dimenticare il suo figlioletto morto (per quanto so, era la prima volta che ne parlava). Fu, infine, possibile fare l'iniezione e, nello stato crepuscolare, l'a. cominciò quasi subito a piangere, lamentandosi della morte del bambino, e poi, dopo essersi alquanto risvegliata, affermò che era la prima volta che poteva piangere per la morte del figlio. Confessò che le parole dell'amico del marito sui suoi due figli morti l'avevano fatta pensare molto al suo piccolo. Durante tutta la sera e la notte aveva cercato ansiosamente di dimenticarlo, presa anche da una collera che non si sapeva spiegare.

Durante la seduta la paz. si tranquillizzò e per qualche giorno apparve normale. In una mia visita, però, mi prese da parte e mi disse che si sentiva molto angosciata ed era tormentata dal rimorso di non avere chiamato più medici, più « professori » quando il bambino stava male. All'obbiezione che sarebbe stato, con ogni probabilità, inutile, che non se ne sarebbe avuto il tempo, e che essa, così fresca di parto, non sarebbe stata in grado di farlo, rispose pressapoco che lo sapeva anche lei, ma che si sentiva ugualmente angosciata e turbata.

Nella giornata si fece sempre più ansiosa, inquieta e, nella notte, ricadde in uno stato di agitazione analogo ai precedenti, lacerando la camicia e le lenzuola, buttandosi qua e là per la camera e supplicando i familiari che le buttassero addosso dell'acqua « per spegnere quell'incendio ».

La mattina dopo, entrò in uno stato di rigidità, con atteggiamenti di tipo catatonico, negativismo, mutacismo, sitofobia.

Verso le tre del pomeriggio, mi recai al domicilio della paz. e le praticai la solita iniezione di Narcovène. In questa seduta non fu osservato nulla di interessante: la paziente, durante il dormiveglia, non rispondeva alle domande e non faceva che lamentarsi fievolmente. Al risveglio rimase muta ed apatica. Non volle alzarsi dal letto e si assopì ancora per un poco. Durante tutta la giornata fu poi pensierosa, inquieta, ma non agitata, mormorando fra sé qualche parola sconnessa ed inintelligibile. La notte dormì per qualche ora, essendole stata praticata una iniezione di Somnifèn.

Il giorno dopo feci un'altra iniezione di Narcovène. Da principio lo stato crepuscolare si svolse con le caratteristiche di una apatica indifferenza. Quando la coscienza della paz. fu alquanto, anche se non completamente, schiarita avvenne però qualche cosa di nuovo. La donna mi prese la mano con affettuosità e mi disse: « adesso non sono più arrabbiata con Lei, dottore, perchè posso parlare della mia bambina ». « Del mio bambino, vuol dire » la corressi. La risposta della paz., venuta dopo qualche minuto di attesa, mentre la coscienza diventava a poco a poco più chiara,

fu pressappoco la seguente: « No, della mia bambina. Mi è venuto in mente, ora, che io dovrei rimproverarmi perchè non ho chiamato al letto della mia bambina, morta già qualche anno fa, degli specialisti, perchè non l'ho curata abbastanza. Per il bambino, invece, non ho nulla da rimproverarmi. Tutto è avvenuto così rapidamente perchè Dio lo voleva ».

Questo discorso fu fatto mentre l'ammalata si mostrava sempre più commossa, prorompendo alla fine in uno scoppio di pianto, che durò parecchi minuti. Alla fine si calmò e per tutta la giornata rimase un poco assorta, evitando, evidentemente, di parlare, ma non dando segni di squilibrio. Nei giorni seguenti rimase tranquilla, un poco triste, e ricominciò ad occuparsi delle faccende domestiche, che aveva completamente trascurate, e dopo una quindicina di giorni sembrava completamente rimessa, così che tralasciai di osservarla e di curarla.

La storia ha, tuttavia, ancora un seguito. Da circa due mesi non vedevo più la paz., quando questa si presentò al mio studio, accompagnata dal marito. La donna aveva cominciato, già da una ventina di giorni, ad esprimere delle idee persecutorie contro la moglie del medico di famiglia, che abitava poco lontano da lei. La accusava di sparlare di lei, della sua onestà, di metterle contro le vicine di casa, valendosi anche del suo prestigio di moglie del medico rionale. Quando la paz. incontrava la moglie del medico, a poco a poco non potè trattenersi di aggredirla con insulti; tanto che il medico aveva avvisato il marito della mia paz. che, se non pensava a far ricoverare la moglie, avrebbe provveduto lui ad avvisare la Questura.

Negli ultimi giorni, le idee persecutorie deliranti e le reazioni affettive della paz. erano aumentate fortemente di intensità, ed essa, dopo che aveva incontrata la sua presunta nemica, entrava talvolta in uno stato di agitazione psicomotoria, nel quale fracassava oggetti, si lacerava gli abiti, si strappava i capelli.

Il marito era, naturalmente, molto preoccupato: da un lato voleva evitare alla moglie il dolore di un nuovo ricovero, faceva le solite considerazioni su quanto avrebbero detto parenti e vicini, mentre dall'altro comprendeva che le cose non potevano andare avanti in quel modo.

La paz., invece, mostrava di non porre molta attenzione a quanto andava dicendo il marito, e si affannava a supplicarmi che non la obbligassi a perdonare alla sua persecutrice ed a ristabilire rapporti normali con questa.

Poichè avevo appuntamenti con altre persone ed inoltre la presenza del marito mi impediva di rivolgere alla moglie domande intime, pregai che questa mi fosse condotta il giorno dopo. Il marito avrebbe dovuto accompagnarla e venire a prenderla, ma non avrebbe dovuto assistere alla nostra conversazione.

Il giorno dopo la paz. venne puntuale. Spontaneamente cominciò a parlarmi, in modo del tutto tranquillo e normale, del bambino e della bambina che aveva perduti e non veniva da sè al punto delle sue idee persecutorie, così che dovetti interrogarla direttamente. Divenne, allora, subito eccitata, ed affermò che la moglie del medico parlava di lei e soprattutto andava dicendo che essa, da ragazza, era dedita alla masturbazione.

Riuscii ad indurre la donna a sottoporsi ad una iniezione di Narcovène. Questa volta, nello stato crepuscolare, insorse un'agitazione abbastanza violenta, nella quale la paz. confessò spontaneamente che il medico, marito della sua persecutrice, e che aveva curato i suoi due figlioletti morti ed assistito anche lei, specialmente durante le gravidanze, le era tanto simpatico e che quindi lei soffriva che le chiacchiere, la maldicenze della moglie le impedissero di avere con il medico rapporti quasi amichevoli come prima. Seguirono una folla di ricordi sulla figlia morta anni fa, espressi con intensa partecipazione affettiva. Finalmente, dopo quasi tre ore dall'inizio della seduta (mentre il marito ed altre persone aspettavano in anticamera), la paz. si tranquillizzò ed apparve notevolmente sollevata.

Dietro mio invito, tornò due giorni dopo. Non le feci l'iniezione di Narcovène, ma — allo stato di veglia — ritornai su quanto essa mi aveva detto nella precedente seduta, e dissi che forse non era vero che la moglie del medico la perseguitasse, parlasse di lei, ma che era probabile che lei stessa, sentendosi attratta dal medico, fosse gelosa della moglie e quindi tendesse a vedere male tutto quanto veniva fatto dalla sua rivale, finendo con l'interpretare erroneamente e con l'immaginare cose inesistenti. Cercai di alleviare il senso di colpa della mia ammalata, affermandole che non si è responsabili dei propri sentimenti, ma di ciò che si fa contro la morale.

Queste spiegazioni, ripetute in due altre sedute nelle quali la donna non fu addormentata, necessariamente alquanto superficiali perchè fossero alla sua portata, la persuasero. Consigliai allora il marito, adducendo che era bene allontanare la moglie da una casa nella quale aveva tanto sofferto per la morte dei figli e per la sua malattia, e che non le ridestava che dei ricordi dolorosi, a portarla un poco in campagna presso parenti e di cercare intanto un altro alloggio (alla paz. avevo spiegato che era meglio che si allontanasse dal medico per il quale nutriva un trasporto erotico).

Quanto consigliai venne eseguito e la paz. da allora va bene. Io l'ho rivista poche volte; ma ogni qualvolta incontro il marito, ad un incrocio di strade, egli mi dà subito via libera, e, quando può, mi fa cenno di fermarmi e mi si avvicina con aspetto lieto, per parteciparmi che tutto va bene a casa sua. Qualche volta mi sono servito di lui per farmi condonare qualche contravvenzione, di quelle che un medico si busca tanto facilmente nei suoi giri professionali in macchina, per le vie di una grande città!

Il caso mi sembra interessante, per tutto quel gioco di copertura, di proiezione e di traslazione di sensi di colpa. Il trauma psichico, il dolore per la morte dell'ultimo figlio, fece insorgere nella donna una associazione con il trauma subito per la morte della prima bimba, cui era legato un senso di colpa, dei rimorsi per non avere ricorso a quei medici che, secondo lei, avrebbero potuto salvare la piccola. Il rifugio nella malattia rappresentava, probabilmente, per la paz. l'unico mezzo per scaricarsi del senso di responsabilità e di colpa, e l'aggressività verso gli altri una proiezione parziale dell'aggressività verso di sé. Non vedo, in questo caso, un particolare significato simbolico degli atteggiamenti di tipo catatonico e delle stereotipie presentate dall'ammalata soprattutto all'inizio della forma, ma piuttosto sembra accoglibile l'ipotesi che, poichè la paz., rifugiandosi nella malattia, tendeva ad abolire la coscienza, avveniva che la motorica legata allo psichismo cosciente veniva sostituita da una motorica automatica, primitiva, corrispondente, per esprimersi con Jackson ad un livello fisio-anatomico più basso, ed insorgente per una specie di fenomeno di liberazione. Una analoga ipotesi si potrebbe fare pure per il comportamento fatuo, stolido, dissociato, presentato dalla donna in alcune delle fasi della malattia. La sitofobia, il rifiuto a lasciarsi accostare può essere spiegato, invece, con un meccanismo di autopunizione.

La disposizione erotica della paz. verso il medico di casa, più o meno conscia, perchè più o meno accettata e condannata, quindi più o meno rimossa, che rappresenta il secondo motivo, che si intreccia al primo, cioè alla reazione affettiva alla perdita dei figli, può spiegare il delirio, le interpretazioni persecutorie contro il proprio marito e contro la moglie del medico, rappresentando, con ogni probabilità, almeno in parte, la proiezione e la metamorfosi di un senso di colpa verso di queste persone, secondo quel meccanismo il cui studio è stato particolarmente approfondito dal Barùk: una persona che si sente in colpa, tende a giustificarsi, trovando colpevoli verso di lei le persone verso le quali si sente, con differente grado di consapevolezza secondo i casi, essa stessa in colpa. A

produrre l'aggressività verso la moglie del medico, partecipava, probabilmente, un sentimento di gelosia, soltanto parzialmente confessato a se stessa.

Si deve anche pensare come verosimile che l'insorgenza della malattia sia stata facilitata dall'abitudine della paz., acquisita per le imposizioni della madre, a reprimere i sentimenti, a non dare loro sfogo in giusta misura; anche il recente trauma del parto ed il puerperio, con la relativa fragilità somatica e neuropsichica, devono avere esercitato una influenza nel polideterminismo della forma morbosa descritta, da considerare come una reazione psicogena complessa, schizofrenosimile.

In questo caso il fenomeno della traslazione affettiva mi sembra chiaro, e cioè la traslazione di un affetto dal suo proprio oggetto ad un altro che, in qualche modo al primo è collegato, ed il persistere dell'inquietudine, dell'agitazione, dell'ansia, delle turbe psichiche, fino a quando è emerso e si è chiarificato l'oggetto al quale era primitivamente legata la reazione affettiva rimossa. Nel caso considerato, ad esempio, il senso di colpa per avere trascurato la prima bambina morta era stato trasferito sulla morte del secondo bambino, per la quale, in realtà, la paziente non si sentiva nel profondo in colpa. E la rappresentazione portata da principio, non era, quindi, che una immagine sostitutiva per quella cui aderiva fondamentalmente l'affetto.

Veniamo ora al terzo scopo del lavoro. Per quanto conosco della letteratura sul trattamento narcocatartico, sulla narcoanalisi, insomma, non ricordo siano stati descritti casi di soggetti che tacessero un evento traumatico, sia perchè non volevano parlare, sia perchè un ricordo non affiorava nella seminarcosi ed invece ne parlassero da svegli. Prima di accennare a qualche interpretazione psicologica, per quanto approssimativa e da intendere con relatività, mi pare sia bene riferire i miei casi, che sono in numero di due; anche perchè la spiegazione che si può prospettare non è uguale in ognuno dei due casi.

CASO I. - Riguarda una giovane donna, che venne trasferita nel 1945 da una casa di cura privata all'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Milano in Mombello, presso il cui reparto di osservazione io ebbi l'opportunità di studiarla e di seguirla. Era una sposa di 26 anni, bella e fiorente. Anamnesi familiare e personale remota negative. La nostra paziente veniva descritta come una extratensiva, esuberante, molto attiva, abile commerciante. Si era sposata nel 1940. Dopo pochi mesi di matrimonio, il marito era stato richiamato sotto le armi. All'otto settembre 1943 si era dato alla macchia, avendo solamente di rado la possibilità di incontrarsi con la moglie e, all'epoca dell'ingresso di questa in ospedale, era ritornato alla sua casa, in un paese vicino a Milano, solamente da pochi mesi.

La donna aveva partorito un mese e mezzo circa prima di entrare da noi un bambino sano e vitale, il primo del matrimonio. Il parto era stato lungo e difficile, ma senza complicanze di rilievo durante il suo espletamento. La paz., appena terminato il parto, ebbe un lungo deliquio, che durò secondo quanto mi fu riferito, alcune ore; ripresa la coscienza, la donna non poteva più parlare. Essa giungeva al nostro ospedale dalla casa di cura, dove era stata degente una quindicina di giorni con la diagnosi di « afasia motoria » (si era pensato, evidentemente, ad una embolia da parto). L'esame neurologico era completamente negativo. Se di afasia organica si fosse trattato, sarebbe stata una ben strana afasia motoria, di quelle dette sottocorticali, da definirsi come « purissima » in quanto la paz. mostrava di comprendere alla perfezione, ma non era in grado di proferire neppure una parola: mutismo completo. Essa non era in grado di leggere ad alta voce, ma mentalmente sí, non poteva nè cantare, nè recitare le preghiere, poteva scrivere e fare calcoli mentali e per iscritto in modo normale per il suo livello di istruzione. Non vi era alcun segno di aprassia.

La forma si presentava, dunque, come chiaramente funzionale e, anche allo scopo di avere una ulteriore conferma diagnostica, si imponeva un trattamento con il Penthotal. (Era l'epoca in cui in Italia si andava diffondendo la « narcoanalisi »).

Non mi soffermerò ad esporre dettagliatamente le cinque sedute che furono praticate. Dirò soltanto che, già al risveglio dalla prima narcosi, la paz. cominciò a rispondere con qualche monosillabo e poi a denominare qualche oggetto, storpiando le parole con parafasie, allitterazioni. Attraverso un graduale miglioramento essa giunse, al termine delle cinque sedute, a parlare in modo pressochè normale. Le sedute venivano praticate ogni terzo giorno e negli intervalli la paz. si dava spontaneamente, e come se fosse una afasica vera, a imparare le parole (come essa diceva), ripetendo ogni vocabolo finchè riusciva a pronunciarlo correttamente, mostrando di accorgersi da sè, spesso, quando la pronunzia non era esatta, e chiedendo

ogni momento a qualche persona il nome di un oggetto. Nelle sedute narcocatartiche non era affiorato alcun ricordo, alcun complesso ideo-affettivo e neppure esse avevano influenzato, almeno apparentemente, lo stato affettivo ed il tono dell'umore della donna, che fino da principio era apparso piuttosto indifferente, con una certa tendenza ad una serenità in qualche modo contrastante con le condizioni di mutismo in cui versava, o almeno con l'idea che di queste condizioni e della loro gravità essa avrebbe dovuto avere.

Il risultato del trattamento apparve assai buono, e dato il modo in cui si era svolto, si doveva pensare ad una influenza di natura suggestiva ed escludere un meccanismo di tipo catartico di qualche importanza.

Durante la degenza dell'ammalata, i suoi familiari, fra i quali il marito ed il padre di questo, erano venuti a trovarla regolarmente. Quando stava già bene ed avrebbe dovuto essere dimessa entro breve tempo, un giorno la nostra paz., che non manifestava una particolare impazienza di uscire dall'ospedale, chiese di parlarmi da sola nel mio studio. Quando si trovò sola con me, mi riferì che, durante l'assenza del marito, rimasta sola nella casa del suocero vedovo, negli ultimi mesi della guerra da poco terminata, aveva avuto con lui dei rapporti sessuali, essendovi stata sedotta, ma non costretta con la forza. Riteneva che il bambino fosse figlio non del marito ma del padre di questi. Perciò si preoccupava di tornare a casa, di vivere ancora sotto lo stesso tetto dello suocero. Tutto questo fu detto con partecipazione affettiva apparentemente scarsa, come se la persona vedesse razionalmente la difficoltà della situazione, che però non sembrava la toccasse molto nel fondo. In altre parole la paz. si preoccupava, o almeno così sembrava, che il suocero volesse riprendere i rapporti, turbando gravemente la tranquillità familiare. Da notare che la paz. non metteva in nessun rapporto i disturbi dai quali si era recentemente pressochè liberata con questo suo problema, e mostrava di non accettare, non comprendendo, le spiegazioni che io cercavo di darle.

Se una spiegazione di questo genere mi fosse fatta attualmente, nella stessa maniera e nello stesso tono, probabilmente insisterei nel trattamento narcocatartico, supponendo che l'affetto inerente alla situazione fosse ancora rimosso, incarcerato (eingeklemmt) e che dovesse liberarsi, scaricarsi per evitare pericoli alla paz. Allora, otto anni fa, non potei evitare di fare dentro di me qualche considerazione sulla « insensibilità morale » della malata e le promisi che avrei parlato allo suocero, perchè rinunciasse alle sue velleità erotiche di fronte alla giovane nuora, in modo che l'errore di questa fosse coperto per la pace della famiglia (non so se dal punto di vista morale il mio atteggiamento e comportamento fosse da approvare: almeno da quello della morale professionale mi pare ancora di sì).

Così, prima di dimettere l' a., per la quale era stata fatta diagnosi di « mutismo isterico », un giorno che il suocero era venuto a trovarla senza il proprio figlio, lo feci chiamare da solo nel mio studio, gli partecipai quanto mi aveva rivelato la nuora, e lo esortai a desistere, prospettandogli le gravi conseguenze che dal continuare della relazione sarebbero necessariamente, prima o poi, derivate. Quell' uomo rozzo e primitivo, non riuscì a negare ed ebbe una forte reazione emotiva, prendendosi con la nuora perchè aveva parlato. Finì, però, con lo scongiurarmi di mantenere il segreto e giurò su tutti i Santi che si sarebbe comportato bene.

Pochi giorni dopo dimisi la paz. e, per una settimana, non ebbi notizie. Un giorno si presentò al mio studio il marito dell' a., il quale mi riferì che la moglie gli aveva raccontato tutta la storia. Non sto a descrivere lo stato d'animo del povero giovane, la sua disperazione, la sua angosciata perplessità. Dirò soltanto che egli, più che con la moglie, se la prendeva con il padre, voleva metterlo fuori casa, poichè questa era intestata al suo nome e chi mandava economicamente avanti la famiglia era lui. Pur essendo, dentro di sè, convinto della verità del racconto della moglie, quest' uomo mi chiedeva, in certo modo assurdamente, una conferma o una negazione.

Io gli assicurai che nulla sapevo, e che ritenevo fermamente che il racconto della moglie fosse un c strascico della malattia, una specie di idea delirante, non ancora completamente obbiettivata. Il giovane partì, sembrandomi, però, ben poco persuaso, ed accennando che aveva intenzione di mettere la moglie in confronto con il rispettivo suocero e padre, con il quale non aveva ancora parlato della confessione ricevuta la sera prima.

Qualche giorno dopo mi si presentò in Ospedale il suocero della mia ex malata, furente e disperato, inveendo contro di me, perchè, in modo confuso, attribuiva a me, alla mia cura ed alla mia influenza, il fatto che la nuora aveva parlato; così che il figlio, dopo una violenta scenata, l'aveva cacciato di casa ed egli non sapeva dove andare. Malgrado le mie difese, la scena diventò così violenta che dovetti richiedere l'intervento del Direttore dell' Ospedale, il compianto Prof. Giuseppe Corberi, che, con il suo solito buon senso ed energia, riuscì a persuadere l' uomo ad andarsene tranquillamente, chè altrimenti avrebbe avuto delle conseguenze peggiori. Promise anche che si sarebbe interessato presso il figlio affinché questi pensasse ad aiutare, in qualche modo, il padre colpevole, ed a me consigliò paternamente di non interessarmi più della faccenda. Da allora non so più nulla della paz. e dei suoi familiari.

L' ipotesi più probabile che si può fare su questa specie di catarsi, ritardata in rapporto con il trattamento praticato,

mi sembra essere la seguente: la paz., oppressa da un senso colpa per la relazione illecita, sentiva il bisogno di confessarsi al marito, e forse di essere punita, di spiare. Senso di colpa e bisogno di confessare si devono essere accentuati e fatti prepotenti (naturalmente si deve pensare che questi processi affioravano solamente in piccola parte e parzialmente camuffati alla coscienza) alla nascita del bambino, frutto della sua colpa e simbolo concreto di essa. D'altra parte, la più o meno chiara coscienza del grave danno che una confessione al marito avrebbe con ogni probabilità portato alla donna ed anche al suo bambino, non poteva non portare ambivalentemente ad una resistenza alla confessione. In questa situazione di ambivalenza, l'angoscia non doveva che aumentare vieppiù, ed ecco la via di uscita: la malattia, l'afasia o il mutismo funzionale che dir si voglia, che le impedirà senza sua colpa di parlare, di confessare, e che rappresentava perciò la soluzione, almeno provvisoria, del conflitto.

Quando la paziente riprese a parlare, in seguito, probabilmente, ad una azione suggestiva esercitata senza volerlo nelle sedute di narcosi, si è trovata priva della sua difesa di fronte al bisogno di confessare al marito, di spiare. La confessione fatta a me non servì probabilmente a scaricare il senso di colpa (del quale è ora difficile dire in che grado fosse conscio ed in che grado inconscio) sia perchè non fatta alla persona verso la quale la paz. si sentiva in colpa, mentre io, forse anche per il mio modo di comportarmi nelle sedute, non potevo rappresentarla simbolicamente, sia perchè la confessione, fatta per motivi pratici ad un estraneo, non era stata accompagnata da una scarica catartica dell'affettività incarcerata; questi due motivi mi sembrano completarsi e spiegarsi reciprocamente.

Ammettendo che io avessi insistito nel trattamento e che l'affettività rimossa fosse riuscita a scaricarsi, si sarebbe presentata un'altra questione, di natura, dirò così, morale, una di quelle questioni sulle quali tanto si discute oggi fra medici, psicologi, filosofi, teologi. Avrei avuto il diritto, cioè, di scaricare, di esaurire il senso di colpa di una paz. causato da una colpa realmente commessa, riconosciuta come tale

dalla coscienza morale del soggetto, servendomi di una tecnica, di un metodo di psicologia medica? A questioni analoghe da taluno si risponde che non si fa che scaricare il senso di colpa inconscio, mentre ad un tempo lo si rende cosciente, che non si priva un soggetto del dolore di avere commesso un atto che la sua coscienza morale riprova, togliendogli l'angoscia. A me sembra che queste considerazioni siano molto relative, e che in questo campo è molto facile scivolare nel sofisma e nel gratuito, mentre è un fatto che con una certa frequenza il medico, e ancora di più lo psichiatra, si trovano di fronte a questioni morali, che non possono sempre eludere. Nel caso esposto, avrei potuto inviare, ad un certo punto, la paz. da un sacerdote intelligente ed anche collaborare con esso; e spesso, nei trattamenti psicoterapici mi valgo di una soluzione del genere. Devo però confessare che questa, come ogni altra soluzione che un medico adotta in campo etico, è condizionata dal suo modo di vedere e di sentire le questioni morali, in relazione, almeno in parte, con il suo ambiente di provenienza, con quello attuale e con altre situazioni personali. Questo è inevitabile; mi pare che l'unico consiglio che si può dare e che può essere applicato in un buon numero di casi, è che il medico, e soprattutto lo psicoterapeuta, almeno per eludere, come si è detto, e sollevarsi da un senso di responsabilità di fronte a questioni nelle quali non è competente, si regoli cercando di vedere le cose con gli occhi della personalità sana (astrazione e forse assurdo filosofico che tuttavia, se presa con relatività, serve) del suo paziente, quali egli può comprenderla ed intuirlo.

CASO 2. - Riguarda una mia paz. privata sulla quale ho praticato, nel 1950-51, un trattamento in profondità, durato quasi un anno, e sul quale è inutile riferire per gli scopi di questo lavoro. Dirò soltanto che, ad un certo punto, feci qualche seduta in narcosi con il Narcovenè, allo scopo di facilitare alla paz. le associazioni sui suoi ricordi e sui suoi sogni, nelle quali era molto inibita. Devo confessare che non ne trassi un vantaggio, a differenza che in altri casi, tanto che dopo sei sedute non insistetti oltre, non affiorando dalla paz. nulla di più che allo stato di veglia, cioè, in quel periodo, ben poco. Una settimana dopo l'interruzione delle narcosi, la paz. stava seduta dinanzi a me, e mi andava parlando della sua infanzia,

quando si fece improvvisamente pensierosa, e mi disse che le era venuto in mente un fatto molto grave, ma che non riusciva a rammentarlo con precisione, e che non si sentiva di parlarne per il momento. Non insistetti e si conversò d'altro, mentre la mia ammalata rimase pensierosa e quasi distratta durante tutta la seduta. Nella successiva riuscì a riferirmi che le era affiorato alla memoria un fatto, che aveva potuto poi meglio ricostruire nell'intervallo fra una intervista e l'altra, e cioè un trauma di natura sessuale che essa aveva subito all'età di quattro o cinque anni, degli atti di libidine praticati su di lei da un vecchio contadino.

Credo potere escludere che si sia trattato di un falso ricordo, per motivi oggettivi e soggettivi, sui quali non mi sto a diffondere. Quello che ora interessa è che il ricordo sia insorto allo stato di lucidità completa della paz., mentre nulla era emerso nella subnarcosi.

La spiegazione che mi pare di poter dare di questo fatto si basa sull'analisi dell'atteggiamento della paz. di fronte ad una seduta narcocatartica. Essa presentava quella paura, frequente in un certo tipo di nevrotici, di qualsiasi, anche piccolissimo, intervento sul suo corpo, come anche di una semplice iniezione endovenosa; cosicchè ogni volta che si voleva praticare una narcosi era necessario superare una certa resistenza, insistere un poco. Poichè, inoltre, la paz., di carattere chiuso, era molto indolente e superava, coscientemente, la sua tendenza alla pigrizia patologica (1) imponendosi a se stessa, per uno spiccato senso del dovere, nella semi-narcosi essa si abbandonava ad una piacevole sonnolenza, a voluttuose chiuse fantasticherie, nella quale allontanava qualunque cosa la potesse disturbare, sentendosi scaricata, poichè si era sottoposta all'iniezione contro voglia, da una specie di dovere di prestarsi, di collaborare il meglio che poteva nel trattamento.

(1) La paz. si definiva da sè come una « oblomovista », e fu essa a farmi conoscere il romanzo di Goncarov, il cui protagonista finisce — per la sua grave pigrizia, che arriva a produrre una specie di autismo —, con l'isolarsi da ogni contatto vitale con gli altri. Il romanzo è ricordato dalla Horney, nel suo recente libro « Nevrosi e sviluppo della personalità », per caratterizzare il nevrotico rinunciatario.

Il ricordo era poi affiorato e si era completato allo stato di veglia, secondo quanto mi pare, in questo caso, indipendentemente da quanto era potuto avvenire nelle sedute narcocatartiche, che non avevano raggiunto il loro scopo.

Al termine del lavoro, sono colto dal timore di essermi diffuso eccessivamente su di un argomento già tanto trattato, e che qualcuno potrebbe considerare esaurito, come è quello del trattamento narcocatartico, della narcoanalisi. Mi pare, però, che nessun argomento possa essere mai ritenuto come esaurito, poichè su di esso si può sempre ritornare, se non altro per portare qualche elemento utile alla sua comprensione, anche se non si pretende di dire cose sostanzialmente nuove.

Nel caso del trattamento narcocatartico, mi sembra esista un pericolo, riflesso di un pericolo più generale, e sul quale il mio lavoro potrebbe attirare l'attenzione: il pericolo di una condotta e di un atteggiamento intimo errati, che possono fare sì che dall'applicazione del metodo non si traggano tutti i vantaggi, i risultati che esso potrebbe offrire. Alcuni psichiatri, soprattutto fra i più giovani, tendono a praticare dei metodi nei quali ha la parte essenziale l'aspetto psicologico come qualche cosa che deve agire di per sé « ex opere operato », e non tengono sempre sufficientemente presente non soltanto la personalità del paziente, che impone variazioni, in ogni caso, nell'applicazione del metodo, ma anche la propria disposizione psicologica, quella del medico di fronte al metodo ed all'ammalato, sulla quale è pure bene portare la attenzione.

Questo fenomeno può essere legato ad una certa tecnicizzazione — mi si passi il termine — della psichiatria (mi sembra accettabile la distinzione di Jung, riportata da B a u d o i n, fra « tecnica » e « metodo », ispirato, direi, il secondo più all'« esprit de finesse » che all'« esprit de géométrie », che dovrebbe essere quello che più aiuta in psichiatria), all'introduzione nella terapia psichiatrica dei metodi di S h o c k, per i quali l'aspetto psicologico ha una minore, sebbene niente affatto trascurabile, importanza. Forse, anche la grande diffusione in psichiatria dei test psicologici,

validati e studiati secondo il metodo statistico, ha contribuito a distogliere qualche psichiatra dalla visione dell'ammalato, e quindi dallo studio di esso, come singolo individuo irripetibile, lasciando questo studio a psicologi e psicoterapeuti non medici, che vivendo necessariamente fuori o solamente ai bordi degli Ospedali e delle Cliniche, tanto minore esperienza vissuta hanno di soggetti psichicamente ammalati e delle situazioni esistenziali che si creano al contatto con essi.

Uno psichiatra che, naturalmente, non trascuri il lato organico e le acquisizioni, di ordine generale, in ogni campo, ma che eserciti con pazienza e maturi attraverso l'esperienza l'indagine psicologica rivolta all'individuo, avrà i migliori risultati nell'uso di ogni terapia, ed in particolare, per quello che interessa precipuamente questo lavoro, del metodo narcotartico.

BIBLIOGRAFIA

- Alemà - Narcoanalisi in psichiatria. Riv. di Neurol. Vol. XVII 1947. Pg. 431.
- Ambrosetto - I barbiturici per via endovenosa nella moderna terapia neuropsichiatrica. Progressi di Terap. 1949.
- Arian - La subnarcosi con barbiturici ad azione rapida, ausilio della psicoterapia delle neurosi. Rass. di studi psych. 1948 Pg. 654.
- Barùk - Psychiatrie morale, experimentelle, individuelle et sociale. Preses Universit. de France. Paris 1945.
- Battisti - La narcoanalisi nell'uso psichiatrico. Note e Riv. di Psych. Luglio-Settembre 1949.
- Baudoin - in « Médecine, quatrième pouvoir »^v inchiesta di « Esprit » Numero speciale del Marzo 1950.
- Biasci - Il narcoesame nella pratica psichiatrica. Neopsichiatria Vol. XXVII 1951. Pg. 121.
- Brodman - Zur Methodik der hipnotischen Behandlung Zietschrf. f. Hypnose Bd. 6, H. 1, cit. da Mohr.
- Cossa - La narcoanalyse: possibilités et limites. Annal. Méd. Psychol. Juillet 1948. Pg. 129.
- Frank Affektstörungen, Springer. Berlin 1913. Cit. da Mohr.
- Goncarov - Oblòmov. Collana di traduz. Grandi scrittori stranieri. Un. Tip. Ed. Torin. 1942.
- Grinker - Spiegel - Narcosynthesis. A psychoterapeutic method for acute war neuroses. Air Surgeon Bulletin. 1 Febr. 1944, cit. da Heldt.
- Heldt - The therapeutic use of prolonged Sodium Amytal narcosis. Amer. Journ. of. Psych. CIV 1947. Pg. 889.
- Hermann - Use of Intravenous Sodium Amytal in Psychogenic Amnesic Status Psychiat. Quart. XII 1938. Pg. 738.
- Horney - Nevrosi e sviluppo della personalità - Ed. Bompiani, Milano 1953.
- Kartener - Kower - The use of Hypnosis in the Treatment of acute Combat Reactions, Amer. Journ. of Psychiatr. CIII 1947. Pg. 630.
- Mohr Psychophysische Behandlungsmethoden. Verl. Hirzel München 1925.
- Ollivier - A' propos de 100 narco-analyses - Annal. Méd. Psychol. 1946. Pg. 303.
- Perazzi - Narcoanalisi con il Pentotal nel mutismo isterico XXIII. Congr. Naz. della Soc. Ital. di Psichiatria. (Riassunto).
- Petrò - Considerazioni ed esperienze in campo di medicina psicosomatica. In corso di pubblicaz. nella riv. « Il Cervello ».

- Petrò - L'Ipnosi in medicina psicosomatica come ausilio di un trattamento psicoterapeutico profondo. - In corso di pubblicaz. nella riv. « Il Cervello ».
- Rizzo - Cortesi - La narcoanalisi nella pratica psichiatrica. Rass. di Neuropsych., n. 6, 1948.
- Rosen - Myer - Abreaction in the military setting. Arch. Neurol. and Psychiat., 57, 1947. Pg. 161.
- Sagripanti - La narcoanalisi nell'uso psichiatrico. Rass. di studi psichiatr., 1949.
- Sivadon - Bouquerel - Valeur therapeutique de l'exploration du psychisme sous narcose. Annal. méd. Psychol., 1947. Pg. 322.
- Spaccarelli - Cerquetelli - Esperienze in tema di narcosuggerzione. - La Clinica nuova, 1946.
- Vogt O. - Die direkte psychologische Experimentalmethode in hypnotischen Bewusstseins Zuständen. Barth Leipzig 1897, cit. da Mohr.
-