

Manifestazioni isteriche nella schizofrenia

Nicola Lalli © 1968

2006 © su web

Questo è uno dei miei primi lavori pubblicati e, come si può ben vedere, segue quelle che erano le regole fondamentali della ricerca in psichiatria: l'elaborazione teorica a partire dallo studio approfondito di un caso clinico.

Evidenti alcune ingenuità ed alcune conclusioni che oggi non condividerei completamente. Comunque mi sembra utile riproporlo, perché rimane uno dei pochi studi che cercano di evidenziare differenze e similitudini tra schizofrenia ed isteria: tema affascinante non solo perché comporta la necessaria distinzione sul piano psicopatologico tra dissociazione e scissione (vedi a questo proposito la trattazione di tale tema in "Psicopatologia Clinica"), ma anche perché si pone il problema dell'esistenza di una psicosi isterica che rimane un punto interrogativo importante sia sul piano storico che su quello strattamente psicopatologico.

Approfondimenti:

"Dalla psicopatologia alla clinica"

“Dalla psicopatologia alla clinica” con particolare riferimento al

“Manierismo”

“Psicopatologia Dinamica”

“Manierismo e schizofrenia: il caso Hölderlin”

È osservazione frequente, nella pratica clinica, che manifestazioni psicopatologiche con caratteristiche tipicamente isteriche si presentino in pazienti che in seguito avranno una evoluzione di tipo diverso, ad esempio di tipo schizofrenico.

Un caso clinico nel quale tale evidenza era presente in modo particolarmente evidente, mi ha spinto a descriverlo dettagliatamente anche per riprendere il problema del rapporto almeno sul piano clinico e psicopatologico tra isteria e schizofrenia.

S.D. anni 23, unicogenita; genitori viventi e sani, assenza di disturbi psichiatrici nel genilizio. Nata a termine, sviluppo psicosomatico regolare, nessuna malattia degna di nota.

La p. è vissuta in un ambiente socioculturale modesto con una madre estremamente passiva ed un padre autoritario che ha coartato notevolmente la personalità della p. non permettendole mai di frequentare le amiche o di uscire di casa, a causa di una morbosa gelosia nei suoi confronti.

La p. ha frequentato con buon profitto fino alla terza media e successivamente ha seguito un corso di segretaria.

In seguito è rimasta a casa svolgendo le mansioni domestiche: i rapporti con i genitori, formalmente corretti, erano comunque improntati ad un forte distacco affettivo ed a una scarsa possibilità di comunicazione.

Carattere remissivo – passivo con scarsa tendenza a socializzare: non ha mai avuto rapporti sentimentali in parte per la sua timidezza, in parte per la rigida educazione del padre che considerava come “poco serio” anche lo scambiare qualche parola con un ragazzo.

All’età di 18 anni, la p. mostrò il desiderio di poter seguire un corso per diventare infermiera, in parte per potersi rendere utile ad “alleviare le sofferenza dei malati”, ed in parte per evadere da un clima familiare iperprotettivo ed oppressivo.

Questa nuova situazione viene vissuta bene dalla paziente che riferiva ai genitori di essere soddisfatta, anche se pur mostrandosi molto diligente sul lavoro e socievole, non era mai riuscita ad integrarsi completamente con

l'ambiente. Rifuggiva ogni attività ricreativa e preferiva restare sola a leggere o a studiare.

Da circa 4 mesi la p., dopo aver conseguito il diploma di infermiera, ha iniziato a lavorare in Clinica Pediatrica. Circa 15 giorni prima del ricovero la madre aveva notato qualche cosa di strano nel comportamento della figlia: “Scandiva le parole, agitava molto le mani”, era “nervosa, come preoccupata”. Le aveva anche confidato che nel reparto in cui lavorava, da una ventina di giorni, un medico la osservava continuamente rivolgendole una affettuosa attenzione. La p. si soffermava a lungo a descrivere le doti fisiche e morali di questo medico, le affettuose attenzioni rivoltele e, contrariamente al suo carattere inibito e chiuso, per la prima volta parlava di un rapporto affettivo che seppure vissuto in maniera fantasmatica, veniva chiaramente esplicitato.

Per motivi di organizzazione interna della scuola alcuni giorni precedenti il ricovero, la p. viene trasferita al reparto cucina della clinica. Qui, saltuariamente, ha degli strani comportamenti, a volte si arresta e rimane immobile per qualche minuto con il braccio alzato, a volte viene trovata piangente in un angolo della cucina senza che sappia dare spiegazioni di tale atteggiamento. Non parla con nessuno, appare triste e preoccupata; una volta, a pranzo, ad un certo momento si è alzata continuando a mangiare in piedi, e alla direttrice che le chiedeva cosa fosse successo rispondeva sgarbatamente: “sono cose personali, lei è indiscreta”. La sera precedente il

ricovero, dopo cena, viene trovata da alcune colleghe nella sala da pranzo mentre lavora a maglia al buio; notata la presenza delle colleghe e lasciato cadere il lavoro comincia a camminare per la stanza, rigida, con lo sguardo fisso nel vuoto e balbettando parole incomprensibili. Giunta la direttrice, senza rispondere alle sue domande, dapprima incomincia ad incrociare le braccia, poi le protende in avanti, rimanendo in questa posizione per diversi minuti; poi cade a terra dicendo di vedere una “nuvoletta” e degli angeli. La p. alterna comportamenti di questo genere con altri apparentemente normali durante i quali non fornisce alcuna spiegazione. Alla vista di un sanitario, interpellato per eventuali terapia, la p. comincia a camminare con le braccia protese in avanti e ad occhi chiusi, senza rispondere alle domande poi improvvisamente si butta a terra e comincia a dimenarsi: la p. viene pertanto trasferita in Clinica Psichiatrica con diagnosi di *reazione isterica*. All’ingresso la p. presenta il seguente status:

La p. è a letto tranquilla e, all’avvicinarsi del medico inizia a dimenarsi disordinatamente e violentemente. Tiene gli occhi chiusi per tutto il tempo in cui il medico rimane vicino al suo letto; li apre solo raramente come per sbirciare intorno. L’espressione del volto è mutevolissima, ma non è possibile mettere in rapporto questa estrema mutevolezza mimica con adeguati contenuti ideativi. Il colloquio è molto difficile: è possibile stabilire un sufficiente contatto emotivo solo saltuariamente. Quando la p. si rende conto della vicinanza del medico cerca di scacciarlo dimenandosi

violentemente e ripetendo: “se ne vada, se ne vada! Non ho niente da dirle, non voglio dirle niente”. Poi pare calmarsi, assume un atteggiamento remissivo e chiede aiuto: cerca la mano del medico, gliela stringe, cerca di carezzarlo; poi improvvisamente comincia di nuovo ad agitarsi violentemente. Alternando, senza apparente motivo, i due tipi di comportamento, la p. confida di essere innamorata di un medico, ma non sa se il suo sentimento è ricambiato. Riferisce anche che pochi giorni orsono ha avuto un violento litigio con una sua collega dovuto a motivi di gelosia. Non è possibile, durante il colloquio, sviluppare e approfondire il tema: dal contesto emergono solo sprazzi di vita vissuta riguardanti l’innamoramento per il medico. Due volte durante la presenza del medico, la p., portandosi le mani sul volto sussurra: “non voglio vederlo, c’è qualcuno dietro alla finestra che mi osserva, lo cacci via!”. poi sorridendo: “non lo vede anche lei dottore? È lì fuori”. Quando si cerca di approfondire questo aspetto la p. dice: “ma lei è un sacerdote? Sa che è indiscreto?” (sorridendo). Quando il medico sta per andare via, cerca di trattenerlo chiedendogli aiuto senza precisare ciò che desidera, non rispondendo alle domande poste o rispondendo evasivamente (“Sa che lei ha una bella voce, calda, profonda”). Durante la giornata fa chiamare più volte dalle infermiere il medico, ma non è possibile mai stabilire un colloquio proficuo. La p. specie in presenza dei medici o del personale mantiene sempre l’atteggiamento descritto.

Sin dalle prime osservazioni si mette in evidenza un comportamento improntato ad una estrema labilità emotiva e manifestazioni grossolanamente isteriche. La p. ha una notevole tendenza a richiamare l'attenzione degli altri con atteggiamenti esibizionistici, a volte con clamorose scene di agitazione psicomotoria che si sedano immediatamente all'avvicinarsi dei medici. Con il medico curante il rapporto è chiaramente in chiave erotica: si rivolge a questi con occhi socchiusi, con voce dolce e suadente, tenta ripetutamente di prendergli e accarezzargli la mano. Non si viene comunque a stabilire un vero colloquio: la p. tende a dirigere il discorso riferendo particolare biografici insignificanti ma descritti in maniera minuziosa. Tale atteggiamento che permane nei giorni successivi, come si può vedere da alcuni stralci del diario clinico, fa orientare la diagnosi per una forma di reazione isterica.

6-12-68

Mentre i medici sono in corsia la p. si è alzata barcollando, si è drappeggiata un lenzuolo intorno al corpo, è uscita nel corridoio mormorando che si recava al tempio. Poi è caduta a terra, senza farsi male: si è rialzata spontaneamente e quando è rimasta sola è tornata a letto.

Il rapporto con la p. non muta sostanzialmente. Riferisce ancora più confusamente le esperienze che ha vissuto negli ultimi giorni precedenti il

ricovero; parla del medico di cui si dice innamorata e di “una diplomata” che odia perché “troppo bella”.

8-12

Il comportamento della p. è sostanzialmente immutato. Dice di voler fare il medico, di voler andare in paesi lontani a fare del bene, di volersi sposare con un medico. Il racconto è spesso confuso, il tono di voce a volte enfatico, a volte dolce e suadente in modo artificioso. I contenuti ideativi sono apparentemente tutti centrati su questi temi fantastici; i processi ideativi non mostrano chiare note di alterazione associative. Inizia terapia con Largactil 75 mg. Il rapporto interpersonale con il medico viene vissuto dalla p. su di un piano erotico molto accentuato: spesso la p. cerca un contatto fisico con il medico mostrandosi eccessivamente disinibita. A volte la p. si scopre e chiede che il medico la esamini e che sia lui a praticarle il cateterismo vescicale (la p. è stata cateterizzata il primo giorno a causa di una ritenzione di urina). Non sono presenti, almeno così pare di osservare, disturbi qualitativi di coscienza il cui campo pare tuttavia ancora limitato a quei contenuti particolarmente carichi di significato emotivo per la p.

La p. afferma di non poter più vedere coltelli perché le ricordano il trasferimento in cucina: con questa motivazione spiega il fatto che ieri

pomeriggio, quando la madre ha preso un coltello per sbucciare una arancia, lei è “svenuta”.

9-12

Ieri sera la p. ha avuto un episodio di agitazione psicomotoria per la quale è stata necessario praticare una fiala di Talofen i.m. Al medico ne spiega il motivo: “speravo che sarebbe venuto a farmi gli auguri e, non avendolo visto, mi sono sentita nervosa”.

10-12

Questa mattina la p. durante la visita si è abbandonata ad atteggiamenti chiaramente istrionici ed epitimici. Urla, si dimena, si irrigidisce nel letto, dice di sentirsi “tirare dietro la nuca”. Dopo circa mezz’ora, quando i medici sono usciti dalla corsia, dice di sentirsi bene e chiede scusa per l’episodio precedente che non vuole motivare.

Solamente qualche giorno dopo, quando diminuirono le manifestazioni isteriche e fu sedata l’emotività della paziente, fu possibile instaurare un colloquio tematico guidato dal quale risultò che la p. aveva vissuto uno stato d’animo delirante con percezioni deliranti e allucinazioni acustiche a carattere imperativo fino ad arrivare ad una struttura delirante di tipo

persecutorio: tale sintomatologia era rimasta praticamente coperta dalla ricca sintomatologia epitimica.

Riportiamo un brano del diario clinico.

14-12

La p. riferisce che già qualche mese prima del ricovero si sentiva particolarmente ansiosa e svogliata: qualche giorno prima dell'ingresso la p. aveva avuto delle strane impressioni: “mi sembrava che tutti mi guardassero; le cose avevano un significato nuovo ed a volte minaccioso”.

Una sera ritornando nella camerata aveva visto una tovaglia rossa sul letto ed aveva compreso che “era un segnale lasciato dalle mie colleghe per farmi capire che mi avrebbero uccisa”.

“Quando mi trovai in cucina il cuoco mi guardava in maniera strana. Sul tavolo c'era un coltello rivolto verso di me: capivo che quello voleva dire la mia prossima morte. Avevo sentore che ci fosse un complotto nei miei riguardi e tutte le cose e le persone me lo facevano capire. Pensavo che avrei dovuto scoprire un complotto: forse ero stata mandata lì proprio per quel motivo. In serata cominciai a sentire delle voci strane che mi comandavano di fare le cose più strane ed io non potevo non ascoltarle”. La p. si dilunga in una prolissa esposizione di vari avvenimenti.

Tali esperienze vengono rivissute con notevole angoscia, senza critica, con piena adesione e solo con qualche sporadico tentativo di razionalizzazione. Si aumenta terapia con neurolettici (Largactil + Serpasil). Nei giorni successivi mentre la sintomatologia isterica tende sempre più a sfumare manifestandosi solo con una certa tendenza all'erotizzazione del rapporto con il medico e ad attirare l'attenzione degli altri, la sintomatologia dissociativa si manifesta sempre più evidente e segue la sua normale evoluzione.

Dopo circa 1 mese di terapia si nota un cambiamento: pur essendo diminuita l'atmosfera persecutoria, le interpretazioni deliranti sono ancora attuali per la p. che tende a razionalizzarle, ma non a criticarle congruamente; la p. mostra già un distacco emotivo dalla esperienza psicotica e cerca una spiegazione che è anche inizio di coscienza di malattia.

La p. dice sorridendo: "sa cosa penso dei fatti accaduti in cucina? Che tutti mi guardavano perché era già avvenuto il crollo dei miei nervi, non stavo bene. Per questo mi osservavano, non per altri motivi. Ora mi sentirei di tornare in cucina senza timore".

Nei giorni successivi la p., pur mostrando una critica valida nei riguardi delle esperienze deliranti mantiene un atteggiamento fatuo e scherzoso nei riguardi della malattia che la p. cerca di scotomizzare. Quando si tenta di porre il problema del futuro e soprattutto del reinserimento sociale, la p.

cerca di sviare od eludere il discorso oppure l'affronta in maniera puerile. Il 23-3 la p. viene dimessa con terapia neurolettica.

ESAMI PRATICATI

Negativi i comuni esami di laboratorio, negative le reazioni sierologiche.

Esame elettroencefalografico: tracciato scarsamente regolare, disincronizzato, lievemente disritmico, nei limiti fisiologici.

ESAMI PSICOLOGICI ESEGUITI

Date le condizioni psicopatologiche della p., la somministrazione di tests mentali è risultata praticamente impossibile durante i primi giorni di ricovero è stata possibile la somministrazione del Rorschach e dell.M.M.P.I.

Il profilo M.M.P.I. deponava per la presenza di una condizione psicotica di tipo processuale in atto con notevole labilità del tono dell'umore; erano praticamente assenti segni che deponessero per la presenza di sintomi di tipo nevrotica e in particolare di tipo isterico.

Al Rorschach la p. ha dato un elevatissimo numero di risposte (più di 100) mostrando una costante tendenza a dare risposte di tipo fantastico, confabulatorie e contaminate. Il protocollo non è risultato praticamente siglabile data la continua tendenza alla divagazione, alla fuga in riferimenti

personali espressi con linguaggio ed atteggiamenti chiaramente istrionici ed inadeguati. A titolo di esempio citeremo alcune risposte date dalla p. alla 9° tavola: “un’anima molto bella una fiamma pura, c’è tanta luce attorno a lei ed anche ci sono delle mani... Perché ci sono sempre delle mani?”. “Due persone che si stanno vicino, forse i miei genitori che cercano di fermarmi ed io non so uscire da tutto questo”, “delle cose incomprensibili... è questa anima vuole uscire da questa cella e sarei io ma c’è un filo che la trattiene ed essa deve superare degli ostacoli”; “questo è il passato... vicino a questo, due persone e due cose che non vanno bene”. “Lei è un’anima pura... c’è qualche cosa che non va... una parte è persa ed una parte è pura”, “due punti oscuri: il mio passato: due punti neri che sono il male che ho davanti”.

I tests sono stati nuovamente somministrati alla p. a distanza di un mese, quando l’atteggiamento della malata nei confronti dei medici e del reparto erano, come abbiamo visto, nettamente mutati.

Il profilo M.MP.I. si era profondamente modificato nel senso di una netta regressione degli elementi processuali già messi in evidenza al primo test con la persistenza unicamente di una tendenza ipomaniacale di base e tratti schizoidi accentuati.

Il protocollo Rorschach era praticamente sovrapponibile al precedente con l’unica differenza di una minor tendenza alla divagazione e dissociazione ed ai riferimenti personali.

Nel complesso i dati forniti dagli esami psicologici eseguiti a breve distanza dall'ingresso deponavano per la coesistenza di tratti di tipo schizofrenico evidenziati dal profilo M.M.P.I. e tratti di tipo isterico messi in evidenza dal protocollo Rorschach.

Il ritest a distanza di un mese confermava il persistere dei tratti di tipo isterico al Rorschach mentre gli elementi produttivi di tipo schizofrenico, già rilevati nel precedente profilo M.M.P.I erano decisamente regrediti.

Dal punto di vista terapeutico la p. è stata trattata con ansiolitici e quindi con Largactil a dosaggi ridotti (75 mg.). Per tutto il primo mese e mezzo di ricovero allo scopo di osservare le modificazioni spontanee del comportamento evitando un trattamento neurolettico massiccio che potesse compromettere una adeguata osservazione di tali variazioni.

In seguito è stato instaurato un trattamento neurolettico classico con Largactil a dosaggi crescenti fino a 250 mg. e Serpasil fino a 4 mg. A questo proposito va fatto osservare come durante tutto il periodo di osservazione in cui la p. è stata tenuta sotto trattamento sedativo a bassi dosaggi, le condizioni psicopatologiche ed il comportamento erano caratterizzati dalle notevoli oscillazioni più sopra obiettavate, mentre a partire dall'inizio della terapia neurolettica classica ai dosaggi abituali, si è assistito ad un progressivo equilibrarsi e normalizzarsi delle condizioni psichiche della p.

RILIEVI CATAMNESTICI

La p. si è presentata dopo la dimissione per una serie di visite di controllo presso il nostro reparto, mentre proseguiva la terapia neurolettica di mantenimento prescritta alla dimissione. Durante tale controllo è stato possibile mettere in evidenza la presenza di uno stato defettuale di tipo schizofrenico mentre i tratti di tipo isterico erano assai ridotti o praticamente assenti: la p. trascorre la giornata inattiva, apatica, appartata.

Riassumendo brevemente il caso trattato, possiamo fare alcune precisazioni utili per una migliore comprensione del caso.

Si tratta di una paziente dotata di una personalità premorbosa non certamente isterica, ma piuttosto di tipo schizoide: chiusa, introversa, con scarsa tendenza a socializzare, molto sensibile ed inibita e vissuta in ambiente familiare oppressivo ed iperprotettivo. L'unico avvenimento degno di nota, nella vita della p., è stata l'iscrizione alla scuola per infermiere: questa nuova situazione non sembra aver inciso notevolmente nella personalità della p.

Circa 4 mesi prima del ricovero, ed in coincidenza con l'inizio di una attività lavorativa, la p. cominciò a presentare uno stato di ansia e di

nervosismo che si manifestava sul piano comportamentale con un maggiore isolamento ed una minore diligenza e capacità lavorativa. È probabile che l'inizio del disturbo sia da farsi risalire a tale periodo, anche se la sintomatologia era piuttosto subdola e poco appariscente. Successivamente il progredire del disturbo sembra aver diminuito le capacità difensive della p. incidendo soprattutto sul controllo dell'emotività e su alcune inibizioni più superficiali e legate in gran parte all'ambiente socioculturale ed alla educazione rigidamente moralistica. In tale periodo la p. cominciò a manifestare alla madre, cosa mai fatta per l'avanti, di essere innamorata di un medico e di essere ricambiata in questo affetto: nello stesso tempo emergevano alcune manifestazioni di tipo isterico intese come maggiore labilità emotiva. Successivamente, nel giro di pochi giorni, mentre insorgevano disturbi chiaramente primari, si accentuavano le manifestazioni isteriche che finivano con il coprire totalmente il quadro processuale: tale periodo corrisponde infatti al periodo iniziale della nostra osservazione. Comunque, durante tale periodo pur essendosi orientati per una forma di isteria, alcuni fenomeni ci lasciarono piuttosto dubbiosi:

- 1) il cambiamento completo: della personalità della paziente;
- 2) la grossolanità dei disturbi isterici;
- 3) l'atteggiamento erotico che a volte sembrava essere piuttosto un disturbo di tipo istintuale (denudarsi, assoluta mancanza di pudore etc.) che una dinamica relazionale.

Successivamente, chiarita la diagnosi ed iniziata la terapia neurolettica, mentre la sintomatologia di tipo isterico si affievoliva, il processo proseguiva secondo gli schemi iniziali fino ad arrivare ad uno stato defettuale.

L'osservazione di questo caso ci ha spinti ad un approfondimento dei problemi psicopatologici relativi ai rapporti tra manifestazioni isteriche e processo schizofrenico.

La più antica e la più recente delle grandi sindromi della psichiatria si lasciano malamente e difficilmente delimitare: da una parte l'indeterminatezza della patogenesi e del quadro sintomatologico, dall'altra motivi culturali e teorici rendono quanto mai fluttuanti ed imprecise le frontiere di queste due sindromi.

Soprattutto per l'isteria si nota come motivi culturali e storici hanno portato alla formazione di nuove manifestazioni e di nuovi quadri sintomatologici ed alla scomparsa di vecchi quadri: in questo gioca, come fattore non ultimo, un diverso atteggiamento del medico nei riguardi dell'isteria. Inoltre è da rilevare sul piano storico il rapporto numerico inverso nella diagnosi tra isteria e schizofrenia: mentre all'inizio del secolo la diagnosi di psicosi isterica si aggirava sul 5 %, verso il 1930 si aggirava intorno allo 0,5%,

mentre si elevava il numero delle diagnosi di schizofrenia. C'era stato, come osserva Zalla, un netto “travaso diagnostico”. Tale travaso era giustificato: in uno studio catamnestico lo stesso Autore ha trovato che solo il 10% delle malate ammesse con diagnosi di frenosi o psicosi isterica, veniva dimesso entro l'anno. Inoltre lo status rivelava spesso fenomeni come risposte di traverso, immobilità catalettica, mutismo, sitofobia, atteggiamenti assurdi che fanno pensare a quadri catatonici.

Prima di affrontare il problema del rapporto tra isteria e schizofrenia, sia sul piano clinico descrittivo che su quello patogenetico, è opportuno tratteggiare anche se molto sinteticamente, il quadro dell'isteria.

L'isteria è una delle malattie più interessanti, non solo per la varietà e l'eterogeneità della sintomatologia, ma soprattutto perché ripropone sul piano patologico, il vecchio e non ancora risolto problema dei rapporti tra soma e psiche, dualismo che purtroppo è ancora vivo ed operante nella nostra cultura. Superato il periodo della concezione dell'isteria intesa come simulazione e riconosciuta ad essa un'indiscutibile dignità nosologica, attualmente due sono le teorie che ancora si contendono il campo: la teoria fisiogena e la teoria psicogena, a seconda che venga data maggiore o esclusiva importanza al terreno costituzionale ed al fattore organico, oppure a conflitti o situazioni psichicamente traumatizzanti.

Non è opportuno in questa sede ricordare tutte le varie teorie ed i numerosi AA. che si sono occupati di questo argomento. Molto sinteticamente

vorremmo ricordare le due principali correnti e soprattutto quegli autori che, con indirizzo a volte diametralmente opposto, hanno cercato di lumeggiare la patogenesi dell'isteria.

Da una parte la scuola francese (Janet, Claude, Chaslin etc.) che ha ravvisato nell'isteria un meccanismo di tipo dissociativo inteso sia come frammentazione della personalità, sia come capacità di isolare in modo incosciente alcune idee che possono successivamente, sganciate da ogni controllo, esercitare una considerevole azione dinamogena sulle varie funzioni psichiche. Tale dissociazione è comunque ben diversa dal concetto di dissociazione nell'accezione bleuleriana in cui c'è effettivamente una totale disorganizzazione dell'edificio psichico, ma è piuttosto un meccanismo di difesa che tramite l'allontanamento di certi complessi ideoaffectivi, permette un contatto con la realtà anche se esprimendosi in modalità nevrotiche attraverso il sintomo isterico.

Dall'altra quegli AA. (Kretschmer, Baruk, Pavlov etc;) che ritengono causa dell'isteria un disturbo a livello neurofisiologico e quindi organico sia inteso come lesione funzionale dei centri che regolano le funzioni psicomotorie, sia inteso come indebolimento dei meccanismi superiori evoluti con modalità di scarica attraverso sistemi neurofisiologici più arcaici.

Come si vede da questi pochi accenni, risulta chiara la profonda differenza che esiste fra i vari autori, differenza che trova origine e spiegazione nel

persistere del dualismo tra mente e corpo considerate due entità a sé stanti e non come due entità reciprocamente integrantesi. Ma forse è possibile e necessario trovare una teoria unitaria che oltre ad essere la più giusta potrebbe permettere di spiegarci diversi fenomeni altrimenti incomprensibili: prima di affrontare questo problema è necessario accennare, anche se brevemente ad alcuni quadri che rientrano nel vasto ambito dell'isteria: precisamente la personalità isterica, la nevrosi isterica, la psicosi isterica ed i quadri isteroidi. Escludiamo l'isteria d'angoscia perché riteniamo che questa sindrome, almeno da un punto di vista nosografico debba essere fatta rientrare nell'ambito delle psiconevrosi fobiche.

La personalità isterica presenta le seguenti caratteristiche:

- a) egocentrismo
- b) tendenza alla drammatizzazione (tendenza all'esagerazione, all'esibizionismo, fino all'istrionismo)
- c) mancanza di controllo emotivo: incostanza e labilità affettiva
- d) erotizzazione dei rapporti interpersonali
- e) povertà ed artificiosità degli affetti
- f) suggestionabilità
- g) dipendenza affettiva.

Complessivamente si tratta di personalità che mostrano segni di immaturità affettiva e di incapacità a stabilire un valido rapporto con la realtà e con gli altri. Questa personalità soprattutto con le tecniche proiettive (test di Rorschach) può essere divisa in due sottogruppi: quella coartata-inibita e quella espansiva. Nella prima si hanno protocolli con basso numero di risposte e che mostrano segni

di marcata coartazione affettiva (shock colore, peggioramento delle risposte alle tavole colorate etc.), nella seconda invece si ha alto numero di risposte a volte di tipo confabulatorio e soprattutto una notevole sollecitazione al colore con un T.R.I. nettamente extratensivo. Questa suddivisione trova una sua ragione d'essere soprattutto sul piano clinico perché diversa è la scelta del sintomo: infatti mentre il coartato inibito presenta sintomi ad espressione somatica, l'espansivo presenta sintomi ad espressione psichica.

I sintomi somatici sono rappresentati da tutti quei disturbi che ritroviamo nel quadro classico della psiconevrosi isterica (o isteria di conversione): paralisi, spasmi e contratture, disturbi del linguaggio, disturbi della sensibilità della nutrizione o di altre funzioni. I disturbi psichici invece sono più complessi e vanno dai disturbi della memoria (amnesie elettive, illusioni della memoria, amnesie periodiche delle personalità alternanti), agli episodi acuti delle fughe, agli stati letargici e crepuscolari, agli stati depressivi, fino alle cosiddette psicosi isteriche.

La psicosi isterica è un vecchio termine ormai caduto in disuso, perché i quadri raggruppati sotto questo nome sono stati inglobati nella schizofrenia o comunque in altre sindromi; da qualche tempo però è tornato di nuovo in auge nella psichiatria americana ed in quella *francese* anche se con un significato nuovo e diverso.

Secondo i vecchi Autori la psicosi isterica consisteva in un quadro generalmente caratterizzato da sintomi isterici che tendevano a cronicizzarsi ed esitavano in un progressivo impoverimento della personalità.

Secondo Hollander e Coll., e sec. Follin invece la psicosi isterica è un quadro che si trova spesso nella personalità isterica ed è caratterizzato da un inizio brusco e drammatico e scatenato in genere da avvenimenti traumatizzanti. Le manifestazioni consistono in illusioni, allucinazioni, depersonalizzazione, restringimento del campo di coscienza, grossolani disturbi del comportamento. I disturbi del pensiero modici e transitori sono caratterizzati da distorsione della realtà e tendenza a sovrapporre un mondo fittizio al mondo reale. L'affettività è alterata nel senso di una grossolana instabilità. La durata si aggira da poche ore a qualche giorno e la sintomatologia recede completamente o con la persuasione o con il ripristino della situazione precedente. Come si vede questo quadro è molto vicino alle cosiddette schizofrenie dei tre giorni, alle reazioni schizofreniche ed agli stati crepuscolari isterici. Questi quadri intervengono

in genere in personalità di tipo isterico, possono comunque presentarsi anche in individui pressoché normali a causa di situazioni fortemente traumatizzanti (guerra, cataclismi naturali etc.).

La psicosi isterica rappresenta pertanto un quadro limite che pone notevoli problemi nosografici soprattutto in ordine al rapporto con la schizofrenia. Infatti non sempre tale sintomatologia regredisce, ma in una percentuale statisticamente significativa si nota o al primo episodio, o dopo ripetuti episodi, una chiara evoluzione schizofrenica. Comunque prima di passare a trattare i rapporti tra l'isteria e la schizofrenia, dobbiamo accennare alle cosiddette sindromi isteroidi che sono caratterizzate dall'insorgenza di una sintomatologia isterica complessa e proteiforme in individui affetti da malattie organiche. Il disturbo organico che può dare una sintomatologia molto simile a quella isterica è certamente l'epilessia. La correlazione tra epilessia ed isteria che va da banali somiglianze fino a quadri molto complessi da alcuni AA. definiti di istero-epilessia, è basata oltre che su dati clinici ed elettroencefalografici anche su dati genetici.

Kraulis, Luxemburger ed altri hanno ritrovato nelle famiglie di epilettici un numero di isterici otto volte superiore alla norma, concludendo, anche se in via di ipotesi, che l'epilessia possa essere un terreno favorevole al manifestarsi dell'isteria. Bert e Couryon hanno trovato negli isterici e con notevole costanza i seguenti reperti elettroencefalografici: presenza del ritmo teta nel tracciato di riposo, ipersincronia lenta durante l'iperpnea.

Questo reperto è stato confermato da altri autori fra cui Gastaut. Questi ritiene che il ritmo teta (ritrovato spesso in caratteri violenti ed aggressivi) sarebbe dovuto ad un'immaturità delle funzioni cerebrali, mentre l'ipersincronia ad un terreno di neurolabilità. Da un punto di vista clinico ricordiamo la tetradè sintomatologica presente nell'infanzia e comune alle due malattie (enuresi, fenomeni convulsivi, pavor nocturnus, sonnambulismo), ed il parallelismo di alcuni sintomi che sono anch'essi in comune: stato crepuscolare, fughe, amnesie. Ma anche in altre malattie chiaramente organiche possiamo trovare la sindrome isterica. De Mosier ed altri l'hanno riscontrata nei tumori parietali o della base; Haecaen e Ajuraguerra nelle sequele di traumi cranici preceduta da un intervallo libero occupato da manifestazioni ansiose; Delgado nelle malattie infettive e nelle meningo-encefaliti; Delay ed altri nella spasmofilia, dove è stato messo in evidenza anche un profilo psicologico molto simile nei due gruppi. Delay inoltre ha trovato manifestazioni isteriche in individui affetti da diverse sindromi psichiatriche e trattati con dosi molto elevate di neurolettici fino ad arrivare a sintomi di impregnazione; molti AA. nei disturbi cardiocircolatori del tronco cerebrale.

Tutti gli Autori che si sono occupati delle porfirie sono concordi nel ritenere che è molto spesso presente un quadro isterico quanto mai ricco e che mette in serio imbarazzo nella diagnosi differenziale tanto da far dire a

Waldenström che “quando un isterico muore di paralisi respiratoria si trattava di un porfirico”.

Delgado riferisce che i quadri isterici più duri e più ricchi li ha trovati in portatori di tumori cerebrali.

I quadri isterici che intervengono in individui affetti da lesioni organiche li definiamo isteroidi: è comunque una distinzione non sempre facile ed a volte impossibile. In genere possiamo dire che nei quadri isteroidi la sintomatologia è piuttosto grossolana ed interviene in individui che non mostrano una personalità premorbosa di tipo isterico, ed inoltre non è possibile mettere in evidenza situazioni stressanti o conflitti che possono spiegare l'inizio della sintomatologia. A volte, però, soprattutto se il disturbo si presenta in individui con una personalità premorbosa di tipo isterico, esso è difficilmente differenziabile da un quadro di nevrosi isterica.

Ma oltre che nelle malattie su basi chiaramente organiche, spesso troviamo dei quadri isterici presentarsi all'inizio o a volte durante il corso di psicosi schizofreniche.

Già Freud aveva visto una sua paziente trattata e ritenuta come isterica evolvere in schizofrenia. Kraepelin segnalava delle forme isteriche come inizio della demenza precoce. Bleuler ha descritto numerose forme di tipo isterico iniziare un quadro conclamato di schizofrenia.

Qual è l'incidenza dell'evoluzione schizofrenica presso gli isterici? Liungberg in una vasta casistica riporta un rischio di circa il 3%: tale incidenza non è significativa essendo molto vicina al rischio di morbilità nella popolazione svedese. Gli Autori americani (Ziegler, Paul, etc.) danno delle cifre molto più elevate, ma bisogna tener conto dell'estensione del concetto di schizofrenia di questi autori. Uno studio recente (Lamperière e Coll.) riporta 4 evoluzioni schizofreniche su di una popolazione di 78 isteriche. È interessante notare che in genere le manifestazioni isteriche più frequenti nelle schizofrenie, sono quelle ad espressione psichica e fra queste più frequente è lo stato crepuscolare che molto spesso è unico a volte ripetuto. Possiamo comunque ritrovare, ma molto più raramente, sintomi ad espressione somatica quali fenomeni di astasia-abasia o i vari sintomi di conversione o fenomeni di automatosi cioè complesse sintomatologie discinetiche di tipo extrapiramidale.

Follin ed altri hanno constatato che le manifestazioni isteriche preludenti la schizofrenia, sono oltre le crisi crepuscolari, anche i vari fenomeni di conversione soprattutto quando presentano un carattere *transitorio* e *polimorfo* affermando che: “le difese nevrotiche stabili e ben organizzate della nevrosi isterica offrono minore presa alla decompensazione delirante... quanto più i fenomeni di conversione sono rari, transitori e labili, tanto più facile è l'evoluzione schizofrenica”. Da quanto sopradetto abbiamo visto che è possibile trovare in uno stesso soggetto manifestazioni

isteriche e schizofreniche. Pertanto, prima di passare alla descrizione delle possibili similitudini sul piano psicopatologico, dobbiamo esaminare le diverse possibilità sotto cui si presenta il problema dei rapporti tra queste due sindromi.

Secondo alcuni Autori, l'isteria può rappresentare una particolare modalità di inizio della schizofrenia, per altri autori l'isteria è invece una forma larvata di schizofrenia, per altri ancora può esserci solo un'occasionale coincidenza delle due forme che pertanto mantengono un'indipendenza assoluta.

Lo studio clinico può darci un aiuto piuttosto modesto perché le associazioni sono molto varie: a volte una nevrosi isterica di lunga durata termina in schizofrenia, a volte si hanno quadri isterici in schizofrenici conclamati, a volte ancora il quadro isterico può esser presente solo all'inizio di una psicosi schizofrenica.

Pertanto noi riteniamo che solo lo studio psicopatologico ci può dire in che cosa somiglia ed in che cosa diversifica un isterico da uno schizofrenico.

Sul piano comportamentale nessun quadro è notevolmente più bizzarro e più grossolanamente avvicicabile all'isteria di quello che l'aspetto ed il comportamento del catatonico e dell'ebefrenico mettono in evidenza. Quando noi vediamo il catatonico nei suoi abituali atteggiamenti di sistematica opposizione all'ambiente, presentare repentine variazioni

motorie o assumere espressioni manierate, affettare un completo disinteresse per quanto lo circonda e per contro nascondersi per leggere un giornale o fumare una sigaretta, o dimostrare la più ostinata sitofobia e poi rubare e divorare voracemente il cibo dei compagni, oppure l'ebefrenico con i suoi manierismi e con il suo atteggiamento teatrale, tutto questo può far pensare a delle grossolane manifestazioni di tipo isterico.

La descrizione del pateticismo del demente precoce (Kraepelin) mostra delle notevoli analogie con manifestazioni isteriche.

Chaslin vede ad esempio un identico atteggiamento nell'isterico e nel catatonico, affermando che l'isterico porta la sua paralisi, come il catatonico la sua catalessia. Comunque, a parte queste

grossolane somiglianze c'è nel comportamento dell'isterico e dello schizofrenico una notevole diversità. Il comportamento dell'isterico è fondamentalmente finalistico ed utilitaristico (anche se ad un livello extracosciente), l'isterico ha bisogno degli altri e tutto quello che fa lo fa preoccupato di acquistare la considerazione e la stima degli altri (Jaspers).

Janet dice testualmente: “se è possibile immaginare uno schizofrenico su di un'isola deserta è impossibile immaginarsi un isterico”.

Nello schizofrenico invece c'è un ripiegamento massivo e totale, un isolamento completo, uno sbarramento a tutte le influenze esterne per vivere nel proprio mondo autistico. Pertanto nessuna somiglianza ci può

essere tra la tendenza finalistica dell'isterico che è fundamentalmente sensibile all'ambiente, sintonico, sempre pronto ad accattivarsi la simpatia degli altri, e l'atteggiamento impassibile, ottuso, arido dello schizofrenico incapace di apprezzare e sentire gli altri e di partecipare agli avvenimenti esterni. Ben diverso è quindi il modo di essere schizofrenico da quello isterico: il primo sembra subire, come dice Meyer, una fatalità che lo sorpassa, il secondo sembra scegliersi una modalità espressiva che seppur in un linguaggio primitivo ed infantile lo mette in contatto con gli altri. Ma per un esame più approfondito è necessario esaminare i rapporti che intercorrono tra lo psichismo dell'isterico e quello dello schizofrenico. Anche se le concezioni dell'isteria sono molto diverse si può ritrovare comunque un nucleo psicopatologico più o meno accettato da tutti. Si può ritenere che particolari complessi ideo-affettivi, agendo ad un livello extra cosciente, influenzano le normali funzioni psichiche o somatiche creando così il sintomo che, se pur rappresenta un disturbo, permette al paziente un normale aggancio alla realtà.

La schizofrenia è invece caratterizzata da una condizione di discordanza, di disarmonia tra i vari fattori psichici che riguarda sia i reciproci legami, sia le reazioni con l'ambiente cosicché risulta frantumata quella omogeneità che è propria del pensiero normale. Inoltre risulta perturbato il normale contatto con l'ambiente, con tendenza da parte del soggetto a vivere in un mondo interiore nel quale non è consentito penetrare.

Molti AA. (Janet, Claude E Chaslin) vedono però un certo parallelismo nei due meccanismi riconducendoli al comune denominatore della dissociazione. Comunque anche ammettendo questo comune meccanismo di base, profondamente differenti risultano essere le caratteristiche sotto cui esso si esprime nei due casi. I meccanismi saranno transitori e recidivanti nell'isteria, definitivi e con tendenza ad aggravarsi nella schizofrenia. Nell'isteria si tratterà di una fragilità delle funzioni di integrazione, con possibilità di liberazione di meccanismi più arcaici che porteranno ad un comportamento che, se pur disturbato, conserva sempre una certa sintonia ed aderenza alla realtà, mentre nella schizofrenia si tratterà di una perdita totale di contatto con l'ambiente, una rottura completa con la realtà.

Mentre nell'isterico ci sarà un disturbo limitato al soggetto e diretto verso l'ambiente non modificato, nello schizofrenico ci sarà una deformazione dell'ambiente operato dal soggetto. Probabilmente questi meccanismi, oltre ad essere diversi quantitativamente e qualitativamente hanno dei punti di attacco diversi: nell'isteria si ha la compromissione di quelle funzioni che sono più evolute e per questo più facilmente vulnerabili, mentre nella schizofrenia i meccanismi interessano strutture più profonde e durevoli dell'edificio psichico che pertanto risulterà alterato fin nei suoi elementi fondamentali.

Pertanto, tenendo presente i tratti distintivi sopra esposti non è difficile poter porre un'esatta diagnosi: comunque tenendo presente il criterio

clinico della priorità dell'elemento più grave, quando in un isterico compaiono sintomi schizofrenici “non si può più parlare di isteria ma di schizofrenia (Bleuler)”. Ci sono tuttavia dei casi in cui una diagnosi differenziale può essere molto difficile e certe volte è solo l'evoluzione che può dirci una parola definitiva: soprattutto per quanto riguarda le cosiddette psicosi isteriche e gli stati crepuscolari. Questi episodi ad inizio in genere brutale, sono caratterizzati da illusioni, allucinazioni, depersonalizzazione, disturbi del comportamento e del pensiero. Secondo Follin esse si distinguerebbero dalle bouffées deliranti per la mancanza della costituzione di una neo-mondanità fantasmatica stabile e per la mancanza di un'inversione o deformazione del rapporto IO-MONDO: ci sarebbe invece una sovrapposizione di un mondo fittizio al mondo esterno che presenta però sempre conservate le proprie caratteristiche. Le allucinazioni o i deliri sarebbero focalizzati su temi personali, ci sarebbe un restringimento del campo di coscienza; sono collegabili in genere ad avvenimenti molto traumatizzanti e ricchi di carica emotiva, possono regredire con la suggestione o con il venir meno della causa traumatizzante. Si tratterebbe in ultima analisi di una reazione di tipo psicotico da parte di un Io debole e mal strutturato di fronte a situazioni minacciose: tale reazione si riscontra più frequentemente, quasi esclusivamente in personalità isteriche. È comunque possibile che si presenti, come abbiamo già ricordato, anche in persone più o meno normali solo in casi di gravi avvenimenti (guerra,

terremoti etc.). Questi quadri che di solito regrediscono completamente e senza lasciare alcun residuo, possono a volte sfociare in schizofrenia.

Gli elementi per una diagnosi differenziale ci possono venir offerti soprattutto dai dati anamnestici: l'evidenziare una personalità isterica premorbosa e la presenza di avvenimenti traumatizzanti precedenti lo scoppio della sintomatologia può far propendere la diagnosi verso una forma di isteria. Ma anche questi elementi possono essere fallaci ed a volte è impossibile poter porre un'esatta diagnosi che viene rimandata o alla comparsa di sintomi chiaramente schizofrenici o ad una situazione altrettanto chiaramente defettuale quando siano scomparsi i disturbi più clamorosi.

Abbiamo visto quindi che la clinica ci offre diverse possibilità di passaggi o di quadri misti fra schizofrenia ed isteria. Noi riteniamo comunque che queste due forme siano nettamente diverse: troppo diverse le strutture psicopatologiche dell'una e dell'altra forma perché si possa pensare che l'isteria sia una forma larvata o un fattore favorente la schizofrenia. Ed allora quali possono essere i rapporti tra queste due sindromi?

Si può ritenere che l'isteria è un modello di comportamento legato a meccanismi e vie sottocorticali, comune a tutti gli uomini, e che può essere utilizzato in diverse situazioni. In personalità predisposte (personalità isterica) questi meccanismi mobilitati da fattori psicogeni possono essere utilizzati o in permanenza costituendo la nevrosi isterica, o solamente in

situazioni di emergenza costituendo le forme acute tipo psicosi isteriche. Ma non solo fattori psicogeni, ma anche fattori organici (epilessie, porfirie, tumori cerebrali etc.) possono far utilizzare tali meccanismi.

Non è quindi improbabile che anche un processo schizofrenico possa mobilitare meccanismi isterici: è probabile quindi che ogni qualvolta l'individuo, inteso come inscindibile unità psicosomatica, è reso più vulnerabile e meno efficiente, possa usufruire di questi meccanismi arcaici e primitivi.

Un processo iniziale schizofrenico può pertanto scatenare un quadro isterico: ma in questi casi, passata la burrasca psicomotoria ci ritroveremo di fronte ad una evoluzione di tipo schizofrenico, ma in realtà non si tratta di una evoluzione bensì semplicemente il proseguimento di una destrutturazione dell'Io che è caratteristica di questa sindrome, e che era innescata da una sintomatologia apparentemente isterica.

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA J.: *Le problème de l'hystérie*. Encéphale, 40, 1, 50-87, 1951.

ANGELERGUES R., HECAEN H., AJURIAGUERRA J.: *Les troubles mentaux au cours des tumeurs du lobe frontal*. Ann. méd.-psychol., 113/II, 577-642, 1955.

BABINSKI J.: *Hystérie-pitiatisme, dans: Oeuvre scientifique*. Recueil des principaux travaux, pp. 457-527, Masson, Paris, 1934.

BARUK H.: *L'hystérie et les fonctions psychomotrices*. C. R. Congrès des aliénistes de langue française, Bruxelles, 1935, p. 79-128, Masson, Paris, 1936.

BENASSI P., CENACCHI G.: *Studio E.E.G. della psiconevrosi isterica*. Riv. neurol., 23, 542-548, 1953; cit. Ann. méd. psychol., 113/1, 672-673, 1955.

BOCHNER, HALPERN F.: *L'application clinique du test de Rorschach*. Traduction française, P.U.F., Paris, 1948.

BOUCAUD M.: *Les manifestations délirantes aiguës chez les hystériques*. Thèse Bordeaux, 1960.

BURSTIN J., STORA R.: *Contribution à l'étude de l'expression de l'hystérie dans le Rorschach*. *Eull. Groupement franç. Rorschach*, 10, 9-26, 1958.

CAPGRAS, ROUART, DEROMBIES: *Délire imaginatif. Hystérie ou schizophrénie?* *Ann. Méd.- psychol.*, 93/II, 73-80, 1935.

CLAUDE H.: *Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie*. *Ann. Medico Psycholog.*, 2, 1, 1937.

CHODOFF P., LYONS H.: *Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion*. *Amer. J. Psychiat.*, 114, 8, 734-740, 1958.

COSSIO M.: *Alcuni casi di schizofrenia periodica*. *Rass. di studi Psich.*, 42, 597, 1953.

DELAY J., DENIKER P., COIFFU E., JOUSSELIN D.: *Porphyrie aiguë intermittente et troubles mentaux*. *Ann. méd. Psychol.*, 119/II, 120-125, 1961.

DELAY J., KLOTZ H. P., PICHOT P., WEIL F., PERSE J.: *Tétanie et hystérie*. *Encéphale*, 50, 438-449, 1961.

DELGADO H.: *Définition de l'hystérie*. *Encéphale*, 41, 313-321, 1952.

DENIKER P., QUINTART J. C.: *Les signes pseudo-n otiques dans les formes limites de la schizophrénie*. *Encephale*, 50, 307-323, 1961.

POLLIN S.: *Les états oniroides (essai de Psychopathologie et phénoménologie clinique)*. Rapport de psychiatrie au 61^e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Nancy, 1963,

FOLLIN S., CHAZAUD J., PILLON L.: *Cas cliniques de psychoses hystériques*. *Evol. Psychiat.*, 26, 257-286, .1961.

GASTAUT H., DANGIER S., DONGIER M.: *Electro-encéphalographie et névroses. Etude de 250 caso* *Rev. neurol.*, 101, 431-436, 1959.

HOLLENDER M. H., HIRSCH S. J., *Hysterical psychosis*. *Amer. J. Psychiat.*, 120, 11, 1066-1074, 1964.

JEANJEAN C., LUILLET P.: *A propos de la personnalité hystérique*. Société de Neurologie et de Psychiatrie de Toulouse e de Sud-Ouest, 8 nov. 1964.

KRETSCHMER E.: *Ueber Hysterie*. Thieme, Leipzig, 1023.

LJUNGBERG L.: *Hysteria. A clinical prognostic and genetic study*. Ed. Munksgaard, Copenhagen, 1957.

MALLET B. L., GOLD S.: *A pseudo-schizophrenic hysterical syndrome*. *Brit. J. Med. Psychol.*, 37, 1, 59-70, 1964.

NOBLE D.: *Hysterical manifestations in schizophrenic illness.*
Psychiatry, 14, 153-160, 1951.

OGGIONI G.: *Osservazioni sulle somiglianze cliniche tra istensmo e schizofrenia.* Riv Sperim. di Freniatria, 68, 1944.

PAVLOV I. P.: *Pokus a fiziologicke sumptomatologie hysterie.*
Neurol. Psychiat. Csi., 15, 1/2, 113, 1952.

PERSE J., ENRIQUEZ M.: *L'hysterie a travers le test de Rorschach.*
VI Congrès International du Rorschach e des Méthodes projectives, Paris, 1965.

POLI C.: *I rapporti tra isterismo e schizofrenia.* Note e Rivista di Psich, 2, 261, 1957.

PONZETTO J.: *La persornnalité hysterique. Etude clinique et psychanalytique.* Thèse Marseille, 1959; cit. Ann. méd-psychol., 117/II, 352-353, 1959.

REDA G. C., CASTELLANI A.: *Suggestionabilità ed isterismo.*
Psychiat. Gener. Età evol., 2, 119-139, 1964.

SCHILDER P. F.: *The concept of hysteria.* Amer. J. Psychiat, 95, 1389-1413, 1939.

TRIPI G.: *Ricerche sull'equilibrio elettrolitico e sui riflessi neurovegettaivi negli isterici.* Acta Neurol. Napoli, 10, 6, 932-936, 1955

ZALLA A.: *Sulla sintomatologia attuale dell'isterismo*. Rass. Stud. Psichiat., 38, 1, 39-58, 1949.