Siegbert Josef Maria Ganser

Un particolare stato crepuscolare isterico
(1897)

Siegbert Josef Maria Ganser

Premessa

A chi capiti di sfogliare un manuale di criminologia, può succedere di imbattersi in un curioso fenomeno, definito "Sindrome di Ganser", dal nome dello psichiatra tedesco Siegbert Josef Maria Ganser (1853-1931) che, per primo, la descrisse nel 1898. Ganser giunse a individuare il fenomeno dopo aver osservato il comportamento bizzarro di tre detenuti in attesa di giudizio e lo qualificò come uno "specifico stato isterico crepuscolare", il cui sintomo fondamentale è il rispondere di traverso. «Gli ammalati» dice Ganser, «non sono in grado di rispondere alle domande più semplici che vengono loro rivolte, sebbene attraverso le risposte appaia chiaro che hanno colto discretamente il significato della domanda; nelle loro risposte tradiscono una sconcertante mancanza di conoscenze e una sorprendente perdita di nozioni che essi certamente hanno posseduto o ancora possiedono». Oltre alle risposte assurde, approssimative, è presente un comportamento bizzarro con episodi di eccitamento e di stupore.
Secondo Ganser, i suoi tre detenuti non erano simulatori, ma soffrivano di una vera patologia, per quanto bizzarra. Lo status scientifico della sindrome è oggi alquanto incerto e controverso. Ci si interroga se sia un vero e proprio fenomeno psicopatologico o l'invenzione strampalata di uno scienziato ottocentesco.
Secondo autori contemporanei, la Sindrome di Ganser non è altro che simulazione; secondo altri si tratta di una iniziale volontà simulatoria sulla quale si innesta una "processualità isterica"; secondo altri ancora sarebbe da confermare la diagnosi di "stato crepuscolare isterico", già avanzata da Ganser. Nel *DSM-IV* (la quarta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, la "bibbia" degli psichiatri americani), il fenomeno viene definito un "Disturbo Dissociativo non altrimenti specificato", caratterizzato da "risposte di traverso" alle domande, quando non vi sia un'associazione con l'Amnesia Dissociativa o con la Fuga Dissociativa (Ferracuti, S., Parisi, L., Coppotelli, A., 2007, *Simulare la malattia mentale*, CSE, Torino, pp. 52-53).
Quale che sia la verità, Pino Arlacchi fa notare che la Sindrome di Ganser «ha conosciuto un'ampia popolarità nelle aule dei tribunali dell'Italia meridionale perché diagnosticata a molti capimafia e leaders camorristi dallo psichiatra Aldo Semerari e dalla sua scuola fino all'uccisione, nell'aprile 1982, dello stesso Semerari a opera di un clan camorrista» (Arlacchi, P., 2010, *La mafia imprenditrice*, Il Saggiatore, Milano, p. 152).
Qualche anno fa, lo psichiatra Ermanno Pavesi tradusse la memoria di Ganser che sancì la nascita della sua sindrome e la mise in rete. Oggi, non si trova più e per questo ho deciso di trascriverla, con qualche piccola variazione formale, per

riproporla a chi fosse interessato. Penso che sia una stimolante testimonianza del modo di operare della psichiatria ottocentesca, tanto più interessante in quanto le sue propaggini penetrano ancora nei manuali di psichiatria odierna.

Relazione tenuta il 23 ottobre 1897 all'assemblea degli psichiatri e dei neurologi della Germania centrale ad Halle, dal Dr. Ganser di Dresda, tratta da *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (Archivio di psichiatria e di malattie nervose) 30. band (volume nr. 30) Berlin 1988, traduzione di Ermanno Pavesi.

Signori: Negli ultimi anni ho osservato una serie di malati, la cui particolarità mi era completamente sfuggita in passato, perché avevo tralasciato di visitarli secondo criteri precisi.
Tali osservazioni sono per me abbastanza interessanti da riferirne a Voi e per ascoltare il Vostro parere, in modo particolare perché essi presentano un interesse pratico non trascurabile.
I malati hanno un numero di caratteri comuni, che autorizzano a considerarli un gruppo unitario. Dei quattro casi da me osservati sceglierò e descriverò quelli più eloquenti. Il fenomeno più appariscente che essi hanno presentato consiste nel fatto che non erano in grado di rispondere correttamente a domande anche estremamente semplici, anche se, con il tipo delle loro risposte, dimostravano di aver compreso sufficientemente il senso delle domande, e che essi con le loro risposte tradivano una ignoranza addirittura sconcertante o una sorprendente perdita di nozioni, che avevano senz'altro posseduto o possedevano ancora.
Come esempio voglio riportare un colloquio che è stato condotto con uno di questi malati.

«Sa contare fino a dieci?».
«Sì (Ma non lo fa e tace)».
«Allora conti».
«(Non lo fa, comincia a contare su suggerimento) 1, 2, 3, 4 (Tace di nuovo)».
«Cosa viene dopo l'uno?».
«Due».
«Poi?».
«Dodici, novantatré».
«E dopo novantatré?».
«(Va avanti così. E un'altra volta) 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 27».
«Quanto fa due più uno?».
«Tre».
«Tre più due?».
«Sette».
«Cinque più due?».
«Quattro».

«Quanto fa quattro meno uno?».
«Cinque (Si corregge poi) Tre».
«In quale città ci troviamo?».
«A Berlino, in Russia».
«Che cosa fa qui?».
«Stiamo andando a caccia, adesso stiamo facendo una sosta».
«Quanti nasi ha lei?».
«Non lo so».
«Non ha un naso?».
«Non so se ho un naso».
«Ha occhi?».
«Non ho occhi».
«Quante dite ha Lei?».
«Undici».
«Quante orecchie?».
«(Prima si tocca le orecchie poi risponde) Due».
«Quante zampe ha un cavallo?».
«Tre».
«E un elefante».
«Cinque».
«(Mostrandogli una moneta da un marco e chiedendogli che cos'è, risponde) Una borsa da appendere alla catenina dell'orologio».
«(Con un'occhiata all'aquila della moneta) Non lo so, è il Kaiser Wilhem».
«(Gli viene mostrato un tallero e alla domanda: "Conosce il tallero?") Io non conosco talleri, questo è un giocattolo che si dà ai bambini. Come si chiama Lei? Mi chiamo Fürst (falso)».

Con queste risposte, tipiche per i miei casi, sorge spontaneamente la domanda se si devono prenderle sul serio o se non si tratta del tentativo di una grossolana simulazione: in effetti non si può negare che nella scelta delle risposte si manifesta apparentemente un proposito di evitare la risposta esatta e di sceglierne una errata, la cui falsità è facilmente riconoscibile perfino a un bambino. Il sospetto di simulazione è tanto più ovvio in quanto in tutti i casi da me osservati si tratta di individui criminali, di persone cioè che – tranne una – erano state ricoverate direttamente dal carcere preventivo e le cui presunte espressioni patologiche devono essere esaminate prima di tutto nella loro veridicità.
Nell'annata 1893 del *Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin* (Rivista trimestrale di medicina legale), Neisser ha pubblicato un caso che presentava lo stesso quadro e lo ha considerato come un caso di simulazione in un individuo peraltro malato di mente. Neisser supponeva che si trattasse della nota esagerazione

in cui cade tanto facilmente chi vuol simulare una malattia mentale senza sapere quali siano effettivamente i sintomi della malattia e ritiene che il malato di mente si abbandoni ai discorsi più sconclusionati e abbia dimenticato le conoscenze più elementari che aveva posseduto precedentemente.
Nella *Zeitschrift für Psichiatrie*, LXXX, 1, (Rivista di psichiatria), Dietz ha descritto un caso di "simulazione di disturbo mentale", i cui tratti essenziali sono comuni ai miei casi; nonostante l'accuratezza della descrizione e della analisi, a mio avviso non è sicuro che si tratti imitazione.
Non sono potuto arrivare alla convinzione che nei miei casi si trattasse di simulazione e sono piuttosto del parere che si tratti di un quadro che si presenta spesso come parte della sintomatologia di un particolare tipo di malattia. Per poterlo dimostrare devo descrivervi i miei casi nei loro tratti generali e comuni. Non c'è il minimo dubbio che si trattasse di veri ammalati e si può solo discutere se, come nel caso descritto da Neisser, oltre alla malattia mentale, vi fosse anche simulazione.
Nel loro comportamento esteriore questi pazienti presentavano il quadro che noi siamo soliti osservare negli stati acuti confusionali-allucinatori. Tutti presentavano allucinazioni e precisamente di tipo visivo e uditivo. Ciò risultava chiaro già dal loro comportamento, che si presentava in gran parte come reazione immediata alle allucinazioni estremamente intense o quale espressione emotiva parimenti in relazione ad allucinazioni.
Un paziente era molto vivace, continuava a saltare giù dal letto, assumeva una posizione da combattimento, tendeva il braccio come per sparare, si gettò improvvisamente a terra per cercare riparo dietro al letto, si nascose una altra volta sotto il suo materasso e in quei frangenti parlava di scontro con i cosacchi, di battute di caccia ecc. In altri momenti era più tranquillo, restava coricato, lo sguardo fisso come trasognato, senza la minima partecipazione a quanto accadeva attorno a lui. Il suo volto, pallido e dimagrito, con chiari segni del grave esaurimento, esprimeva nei tratti tesi un sentimento intenso di tensione, ansia e insicurezza. E tutto ciò in un modo che non poteva assolutamente dare l'impressione dell'intenzionalità o dell'artificiosità. Era chiaramente completamente preso dalle sue allucinazioni e non era in grado di rendersi conto di dove si trovava al momento, del carattere dell'ambiente circostante e della sua situazione. Era anche disorientato nel tempo. Le domande che gli venivano poste spesso non vennero intese o erano comprese solo lentamente e le risposte venivano date come con grande distrazione.
L'accenno alla sua situazione reale, ai suoi parenti, alla sua situazione finanziaria, alla denuncia presentata contro di lui, ai gravi indizi, tutto questo non toccava il paziente, neanche minimamente: era come se gli avessero raccontato cose del tutto estranee e lui non le ascoltasse per niente.
Un altro ammalato presentava un quadro che nelle sue manifestazioni esteriori differiva completamente dal primo. Giaceva immobile a letto, gli occhi sbarrati e

fissi verso il soffitto con le pupille dilatate, o sedeva sul suo letto con lo sguardo nel vuoto, si guardava un po' attorno solo con titubanza, come in grave ansia, non poneva domande, non chiedeva niente, si comportava in modo completamente passivo; l'espressione di imbarazzo si accentuava se gli veniva rivolta la parola; alle domande rispondeva lentamente, con esitazione e se gli si faceva presente l'assurdità delle sue risposte diventava permaloso, si arrabbiava, diventava rosso in faccia e cambiava espressione. Se lo si visitava a breve intervallo di tempo, guardava come stupito e sosteneva di non sapere che si era già stati da lui, anche se prima ci si era intrattenuti in una lunga discussione. L'accenno al delitto di cui era accusato, il ricordo della sua famiglia non producevano in lui la minima commozione, sembravano essergli del tutto estranei. Egli si sbagliava riguardo al luogo in cui si trovava, alla data e alla durata del suo ricovero ospedaliero, che valutava sempre a uno o due giorni. Alle persone circostanti, che gli erano completamente sconosciute, attribuiva i nomi più usuali, come Müller, Schulze o Lehmann. Designava come revolver una chiave che gli veniva mostrata e riteneva che fosse d'argento; riconosceva orologio e catena ma sbagliò a leggere l'ora: cinque della mattina invece di nove e mezza. Leggeva singole lettere dell'alfabeto in parte in modo sbagliato, per esempio e, u, a, n invece di e, s e r invece di i, e t invece di f. Invitato a leggere a voce alta il giornale, leggeva in modo insensato: Bismarck, re Alberto, Rotschild, soldi, Strehlen, Bismarck, Maestà, gabinetto segreto, sempre le stesse parole in ordine diverso. Un'ora più tardi, però, durante l'esame del senso del gusto lesse in modo corretto i nomi sulle etichette dei vari sapori. Un tallero, una moneta da un marco e una da cinquanta pfenning erano per lui tutti un marco. Designava una banconota da cinque marchi come una litografia su carta. Più tardi, però leggeva il 5 stampato e riconosceva il valore esatto della moneta da cinquanta pfenning e del tallero.

Nel colloquio confermò quanto il suo atteggiamento teso e ansioso faceva immaginare, cioè che aveva allucinazioni. Figure nere si agitavano attorno a lui e lo minacciavano fischiando e gesticolando. Durante la conversazione aveva presentato per breve tempo un fine tremore delle mani e delle gambe. Un'altra volta presentava una discreta catalessia: teneva per minuti le braccia e le dita in posizioni bizzarre e difficili, in cui le si era poste. E tenne per alcuni minuti la gamba tesa per aria, senza dare il minimo segno di stanchezza, dopo che questa era stata sollevata.

Un terzo paziente faceva una impressione più disinvolta. Tenuto a letto, si lamentava continuamente di non potersi alzare, si guardava attorno spontaneamente, non lasciava riconoscere né ansia né altre emozioni e rispondeva alle domande più alla svelta degli altri due. Ma anche le sue risposte dimostravano disorientamento nel tempo e nel luogo, e nel loro contenuto erano simili a quelle degli altri. Durante il ricovero non si osservarono allucinazioni. Al contrario, mentre si trovava in carcere, si era lamentato molto energicamente che diversi uomini neri lo andavano a

trovare, si avventavano su di lui armati di fucile e aveva richiesto ripetutamente di essere cambiato di cella. Negava i capi di accusa, però, come aveva già fatto in carcere davanti al giudice istruttore, si incolpava di diversi omicidi, fornendo una descrizione accurata dell'esecuzione, del luogo e di tutti i particolari, senza peraltro dar segni di emozioni; tra l'altro raccontava di aver gettato i propri figli nel fiume Elba, mentre fuggiva sul ponte Schandau. Tutti questi omicidi erano prodotti della sua fantasia. Tutte le indicazioni che fornì sulla sua età, la sua famiglia, il numero dei suoi figli erano sbagliate.

I casi che ho descritto sulla base del quadro dei primi giorni differivano per il grado dell'obnubilamento della coscienza. Il primo dava l'impressione di torpore, tutto assorto nelle sue allucinazioni. Il secondo faceva l'impressione della inibizione totale, il terzo sembrava lucido nella sua coscienza.

Tutti gli ammalati di questo tipo presentavano, per la durata dell'episodio descritto, stigmata isteriche molto accentuate: analgesia estesa, in un caso interessante tutto il corpo, lingua compresa, per cui punture di spillo anche piuttosto profonde non provocavano in nessun punto sensazioni dolorose. In altri casi, questo disturbo interessava tratti estesi, con una delimitazione non corrispondente alla distribuzione nervosa; in un caso l'anestesia era associata a una marcata ipersensibilità di altre zone, che procurava sensazioni dolorose al solo contatto dello spillo, e queste zone variavano considerevolmente da un giorno all'altro.

In tutti i casi, dopo pochi giorni, si osservava una sorprendette modificazione del quadro clinico: gli ammalati apparivano completamente sereni e lucidi nella loro coscienza, si meravigliavano di trovarsi in un ospedale, domandavano come ci fossero arrivati e sostenevano con convincente sincerità di non ricordare nulla di quanto era loro capitato in un periodo di tempo più o meno lungo. Alle domande che venivano loro rivolte rispondevano correttamente secondo il grado delle loro conoscenze, non sapevano più nulla delle risposte bizzarre che avevano dato prima e, sentendole raccontare, si mostravano meravigliati e increduli.

In questa fase si comportavano in modo spontaneo e naturale, valutavano correttamente la loro situazione, parlavano del procedimento penale e si difendevano così come avevano fatto davanti al giudice istruttore. Contemporaneamente alla comparsa di questa lucidità erano scomparse completamente le turbe isteriche della sensibilità. Questa condizione di lucidità non rimase stabile in tutti gli ammalati, ma venne interrotta da fasi di accentuata instabilità psichica, nelle quali, con la ricomparsa delle allucinazioni e delle turbe isteriche della sensibilità, si osservò anche una eco delle reazioni a domande elementari, come le abbiamo descritte sopra.

Comune a tutti i casi è il fatto che la malattia era stata preceduta da traumi che, per esperienza, possono essere considerati fortemente patogeni; l'eredità non aveva alcuna importanza, mentre tre erano sotto l'effetto di un carcere preventivo più o

meno lungo. Un paziente, il primo descritto, un anno prima si era ammalato di tifo in forma grave, con una lunga convalescenza e con alterazione psichica, ed era stato portato al delitto da difficoltà economiche e una situazione di grave necessità. In due casi, vi erano precedenti traumi cranici: in un caso per l'esplosione di una cartuccia di dinamite; nell'altro per un sasso volato in seguito a un'esplosione. In ambedue i casi, si erano avuti perdita di coscienza e sintomi di grave shock.
Se io, dopo questa descrizione, senza soffermarmi su una serie di sintomi minori che danno ai casi non solo il carattere della individualità, ma ancor più quello della costanza, considero i casi descritti come casi sicuri di malattia, non credo di suscitare perplessità. Oltre alla coincidenza con malati del tutto insospettabili, è importante l'impressione convincente che i sintomi fanno sull'osservatore esperto; in nessun punto i miei malati, tranne uno, hanno dato l'impressione dell'artificioso, per cui voglio affrontare la questione se il particolare tipo di reazione che essi hanno mostrato, esaminata in sé, deve essere considerata simulata o no. Anche qui è importante l'impressione che le persone fanno sull'osservatore esperto. Io devo dire di non aver mai avuto l'impressione che i malati cercassero di ingannarmi. Spontaneamente non hanno mai fatto osservazioni bizzarre, ma le hanno fatte solo se interrogati e spesso mostravano molto chiaramente quanto fastidiosi fossero per loro i continui esami. Si mostravano indignati di venire considerati stupidi o bizzarri e che le loro risposte fossero considerate false e sciocche, mentre sembravano convinti di aver detto solo cose giuste.
L'impressione spontanea di avere a che fare con sintomi autentici è stata confermata dall'improvviso mutamento di tutto il quadro clinico presentato dai pazienti, dalla comparsa di una amnesia localizzata per un episodio preciso con il contemporaneo recupero della memoria per il periodo normale antecedente. In una parola, per una combinazione di sintomi, che compare anche altrimenti e la cui simulazione è assolutamente inverosimile per persone senza conoscenze psichiatriche. La oscillazione dello stato di coscienza con disturbi della memoria è caratteristica di disturbi psichici isterici acuti. Nei miei casi si accompagnava a sintomi isterici senza dubbio autentici. Questa combinazione è per me straordinariamente significativa ed essenziale e caratterizza questo stato proprio come stato crepuscolare isterico. La natura isterica, o meglio le manifestazioni isteriche che possono accompagnare taluni casi di 'psicosi da detenzione' mi erano sfuggiti in passato. Per quanto mi risulta non sono stati osservati neanche da altri. Per lo meno Neisser, nel suo lavoro citato, non dice se ha proceduto ad accertamenti in questa direzione; io presumo che non sia stato cosi.
Nel caso di Dietz vi erano paresi e disturbi della sensibilità ostinati, che al contrario di Dietz non posso considerare simulati, bensì isterici.
Sono ben lungi dal ritenere che questo disturbo sia completamente chiarito con il riconoscimento della sua natura isterica. Per me resta ancora del tutto oscuro, come

esso possa originarsi, se è espressione della distrazione degli isterici, oltremodo mutevole nel tempo, o se essa è da mettere in relazione con le amnesie localizzate degli isterici, come sono state descritte da Janet. Devo però ricordare che noi non conosciamo ancora tutti i disturbi elementari prodotti dallo stato isterico e che soprattutto la nostra conoscenza della sintomatologia dello stato crepuscolare isterico è ancora molto lacunosa. Voglio solo ricordare che molti dei disturbi elementari isterici, della cui realtà nessun esperto al giorno d'oggi dubita più, furono considerati in passato come artificiosi e come simulazione e furono considerati con il massimo scetticismo. Solo uno studio imparziale ha aperto la strada al riconoscimento della loro realtà. Cosi anche in questi casi, in cui abbiamo a che fare con espressioni di pazienti che ci fanno dapprima l'impressione di un inganno consapevole, non dobbiamo lasciarci sviare dall'apparenza. Ad ogni modo questa apparenza non è sufficiente da sola a giustificare la diagnosi di simulazione.