

A reflection about hysteria: a modified or abandoned diagnosis?

Daniela Gentile

RASSEGNA DI PSICOLOGIA

n. 3, vol. XXXIII, 2016
ISSN: 1125-5196
pp. 49-59

DOI: 10.4558/8067-05



Edizioni Nuova Cultura

The article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Sapienza, University of Rome.

Il presente articolo è protetto da copyright e tutti i diritti sono di proprietà della Sapienza, Università degli Studi di Roma.



A reflection about hysteria: a modified or abandoned diagnosis?

Una riflessione sull'isteria. Diagnosi modificata o in disuso?

Daniela Gentile^{a,*}

^a *Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma*

ARTICLE INFO

Submitted: 07 November 2016

Accepted: 18 December 2016

DOI: 10.4558/8067-05

ABSTRACT

The present work intends to contribute to a reflection about hysteria, describing a path from the first formulations to the contemporary authors. It aims to depict the historic and conceptual evolution of hysteria, from a clinical syndrome — recognized since the ancient times — to a personality style. The hysteric symptomatology is multifaceted and fugitive and it is affected by cultural and social influences. Probably for this reason a polymorphic picture has been observed, changing across the historical ages and presenting different characteristics depending on cultural frameworks.

Keywords: hysteria; review; diagnosis.

RIASSUNTO

Il presente lavoro si propone di fornire un contributo alla riflessione sull'isteria, descrivendone il percorso a partire dalle prime formulazioni fino agli autori contemporanei. L'obiettivo è delineare lo sviluppo storico e concettuale dell'isteria, da sindrome clinica individuata fin dall'antichità a stile di personalità. La sintomatologia dell'isteria è multiforme e mutevole, e risente di influssi culturali e sociali. Forse proprio per questo si è osservato un quadro polimorfo che è cambiato nel corso delle epoche storiche e ha presentato caratteristiche diverse a seconda della cultura di appartenenza.

Parole chiave: isteria; rassegna; diagnosi.

*Corresponding author.

Daniela Gentile

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma
Via dei Marsi, 78, 00185, Rome, Italy.

E-mail: daniela.gentile@uniroma1.it
(D. Gentile)



Introduzione

Parlare d'isteria oggi si profila come un compito arduo e ancor più tentare di tracciarne un percorso storico ed evolutivo. Sin dai tempi dell'antica Grecia con il termine *isteria* (dal greco ἰστέρα, "utero"), la cui introduzione viene solitamente fatta risalire a Ippocrate (460-377 a.C.), si stabilisce uno stretto legame tra questo disturbo e il corpo femminile. Tale origine, se da una parte indica una precoce intuizione della correlazione tra sintomo fisico e funzioni sessuali, dall'altra è anche alla base dell'uso misogino che è stato fatto di questa diagnosi.

A partire dalle prime concettualizzazioni di Ippocrate, passando per Briquet (1859) fino ad arrivare a Charcot (1886-1890) e agli esordi della psicoanalisi, il dibattito intorno all'isteria è multiforme e variegato. Esso affonda le sue radici negli albori della psicoanalisi con la cui storia è intrinsecamente intrecciato a partire dagli *Studi sull'isteria* di Freud e Breuer (1893/1895). Lo sviluppo teorico e clinico della psicoanalisi all'inizio procede di pari passo con le scoperte riguardanti l'isteria. Già nelle prime formulazioni, viene identificato il ruolo centrale della sessualità nell'etiologia delle nevrosi. Freud osserva: «L'isterico soffrirebbe per lo più di reminiscenze» (Freud e Breuer, 1893, p. 179). Il focus è sulla somatizzazione e sulla vita fantasmatica. Emerge in primo piano la centralità del corpo che può esistere solo in quanto oggetto di malattia, non di piacere. «La libido è trasformata in qualcosa di somatico» (Freud, 1895, p. 124). Alla base vi è il processo di conversione, che è appunto «la trasformazione dell'eccitamento psichico in sintomi permanenti corporei» (Freud, 1894). La pulsione del corpo è espressa attraverso il sintomo somatico, che diviene veicolo del disagio psichico, fino a sviluppare in casi estremi una generale tendenza a esprimere la disforia attraverso la somatizzazione (McDougall, 1989). Accanto a essa l'accesso alla vita fantasmatica e al materiale onirico si profila quale via di accesso privilegiata all'inconscio (Freud, 1889). La fenomenologia dell'isteria include elementi relativi a trauma, dissociazione e somatizzazione. «Se gli isterici riconducono i loro sintomi a traumi inventati, la novità consiste appunto nel fatto che essi creano tali scene nella loro fantasia e questa loro realtà psichica pretende di essere presa in considerazione accanto alla realtà effettiva» (Freud, 1914, p. 391). Come fa notare Racalbutto (2004), l'isteria che individua nella rimozione, nella conversione e nella condensazione i suoi processi tipici, ruota attorno alla conflittualità edipica e alle rappresentazioni rimosse, inconciliabili alla coscienza. Si delinea la possibile esistenza di un continuum isterico fin dalle prime elaborazioni dell'esperienza psichica, a partire da una eccitazione traumatica. Si tratta del ruolo tipico di un'originaria esperienza traumatica che impedisce l'elaborazione di pensieri che possano raffigurarla e che, in après-coup, oscura l'aspetto strutturante della conflittualità edipica, secondo momento del trauma, predisponendo alla "soluzione" isterica e favorendo un precipitato della parola nel corpo (*ibidem*).

La prospettiva classica sull'isteria attraversa oltre un secolo di psicoanalisi da Freud (1895) a Bollas (2000). Per delineare i punti salienti attorno cui si è sviluppato il dibattito intorno all'isteria è utile un cenno alle differenti prospettive che si sono susseguite nel corso degli anni: le interpretazioni classiche talvolta discordanti (Freud, 1888; Fenichel, 1945; Ferenczi, 1919; Glover, 1949; Reich, 1933), le concezioni critiche nei confronti di tali interpretazioni (Brenman, 1985, 1997; Fairbairn, 1952; Marmor, 1953, Meltzer, 1978), le posizioni di autori che hanno individuato quadri prevalentemente isterici non ascrivibili all'area nevrotica ma debordanti nell'area borderline (Easser e Lesser, 1965; Kernberg, 1975; 1992; Zetzel, 1968; Wittels, 1930) se non psicotica (Ferro e Riefolo, 1996; Green, 1997).

Le riflessioni sull'isteria continuano ad animare il dibattito psicoanalitico e clinico (Albarella, 2001; Bollas, 2000; Guttman, 2006; Racalbutto, 2004). È dunque ancora viva la discussione intorno a questioni chiave relative alla patogenesi: il ruolo di aspetti traumatici fantastici (Freud, 1895) o reali (Ferenczi, 1932); la genesi edipica o pre-edipica (Marmor, 1953); i meccanismi di difesa alla base, conversione, dissociazione, scissione, rimozione (Bromberg, 1998; Ferro e Riefolo, 2006). Alcuni autori tra i quali Fairbairn (1952), Marmor (1953), Brenman (1985, 1997) criticano in modi radicali l'interpretazione classica. In particolare Fairbairn considera come punto essenziale l'introduzione di una figura materna persecutoria, che sollecita atteggiamenti interni autopunitivi e ostacola

l'espressione della sessualità. Viene sottolineata la centralità dell'oralità e il carattere arcaico della sessualità isterica: «Mentre la sessualità dell'isterica è in fondo estremamente orale, la sua oralità di base è, per così dire, estremamente genitale» (Fairbairn, 1953). Brenman (1985) considera l'isteria come una difesa contro la psicosi, tanto da parlare di difese isteriche. L'autore discute l'isteria come organizzazione psichica caratterizzata dal ricorso alla fantasia e all'identificazione proiettiva per negare la realtà psichica. A differenza della psicosi, nell'isteria c'è la capacità di avere relazioni con oggetti esterni che servono a “tenere insieme” il soggetto e prevenire breakdown depressivi o psicotici. L'uso dell'oggetto esterno è tuttavia essenzialmente di tipo narcisistico, e coinvolge anche un attacco alla realtà psichica (propria o altrui). Britton (1999) attraverso la nozione “the other room” esprime l'idea che l'isteria è una fantasia o un'illusione in cui il soggetto è un partecipante, attraverso l'identificazione proiettiva, della scena primaria. Queste fantasie erotiche difendono il paziente dal dolore di conoscere sia la realtà della situazione edipica sia la colpa per il suo annientamento. Questa visione post-kleiniana dell'isteria è arricchita dal dialogo tra costellazioni diadiche e triadiche e dal focus sui ruoli della sessualità, dell'amore e della conoscenza (e il suo disconoscimento).

Alla luce delle prospettive più recenti, alcune nuove (e antiche) forme di isteria possono essere considerate non tanto o non solo come conflitto fra Es e Super Io, ma come manifestazioni di una “mancanza ad essere”, di una falla nel Sé e di un continuo bisogno sia di colmarla che di esibirla. L'Altro, in funzione di rispecchiamento, sembra convocato a restituire un frammento di Sé perduto. I cambiamenti sociali e culturali rivestono un peso notevole sulle trasformazioni che hanno caratterizzato l'isteria: oggi i nuovi sintomi si esprimono spesso nelle patologie del vuoto. In Francia l'interesse per l'isteria è sempre rimasto vivo per cui, nella visione lacaniana, si può rintracciare l'attuale interpretazione dell'isteria come nevrosi, che svela un principio universale, cioè l'insoddisfacibilità del desiderio (Recalcati, 2012a, 2012b). Ruprecht-Schampera (1995) ha proposto una lettura dell'isteria attraverso il modello di triangolazione precoce, che mette in evidenza le difese che il soggetto usa per sopperire alla carenza di questa funzione nei genitori. La psicoanalisi femminista propone una prospettiva alternativa dell'isteria, che da un lato pone in primo piano il ruolo degli stereotipi di genere connessi alla cultura di appartenenza e l'influenza di fattori sociali (Bleichmar, 1994), dall'altro ritorna l'attenzione alle vicende edipiche con il focus sulla rivalità tra fratelli (Mitchell, 2000). Bollas (2000) riporta al centro dell'isteria la questione genitale. Sono proprio i genitali del bambino a essere rifiutati dalla madre fin dall'infanzia. Essa prova repulsione sia per quelli del maschio che per quelli della femmina, perciò riduce al minimo il contatto con queste zone e le elimina anche dalla verbalizzazione. Il bambino sviluppa così una dissociazione della zona genitale dal resto del corpo, cosa che gli permette di essere accettato e amato dalla madre. Questo crea una forte angoscia nei confronti della sessualità genitale, che può sfociare nell'isteria precoce o in quella ascetica. La formulazione di Bollas individua due forme di isteria che rappresentano due versanti di uno stesso fenomeno. Tale duplice lettura viene ripresa e ampliata dal *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006; si veda il paragrafo *Classificazione diagnostica*).

Polimorfismo dell'isteria

«La natura stessa della struttura sintomatica dell'isteria è camaleontica nell'aspetto, ubiqua, cangiante nelle sue manifestazioni» (Bleichmar, 1994). Le manifestazioni cliniche includono infatti un'ampia gamma di varianti, da isterico a istrionico, con diversi livelli di funzionamento e organizzazione collocabili lungo un continuum da nevrotico a borderline (Ferro e Riefolo, 2006; Green, 1997; Kernberg, 1975; Westen e Blagov, 2008).

Per la sua stessa natura, la fenomenologia del disturbo risente delle trasformazioni sociali nelle diverse epoche storiche (Albarella, 1999, 2001). Entrano in gioco anche gli stereotipi culturali relativi ai ruoli di genere (Bleichmar, 1994; Mitchell, 2000). La psicoanalisi femminista ha sostenuto che le grandi isterie descritte da Charcot, Janet, Breuer e Freud siano in realtà il frutto della cultura patriarcale ottocentesca, della morale sessuale repressiva e del maschilismo della società industriale tradizionale. La rilettura dell'isteria a opera della psicoanalisi femminista considera il sintomo come il conflitto tra sessualità e valorizzazione narcisistica ed esprime «il grido disperato della donna prigioniera nella gabbia del genere femminile» (Bleichmar, 1994, p. 17). «Per essere donna deve accedere alla sessualità, ma per essere una donna rispettabile, deve reprimere il suo desiderio» (*ibidem*).

Quando si parla di manifestazioni isteriche si osserva una tendenza al mascheramento e alla mimesi derivante dal fatto che la patologia isterica si modella all'interno di un determinato periodo storico e di un determinato contesto sociale (Albarella, 2001). Tracce di manifestazioni isteriche sono altresì rintracciabili in alcuni fenomeni rituali e religiosi (Albarella, 1999).

Il carattere polimorfo dei fenomeni isterici si riflette nelle differenti interpretazioni che si sono avvicendate nel corso del tempo. Per esempio, a seconda della prospettiva presa in considerazione, l'isteria può essere vista come un quadro legato a dinamiche edipiche o a vicende preedipiche. Parallelamente ai cambiamenti sociali e culturali anche le manifestazioni isteriche mutano e oggi si osservano perlopiù le caratterialità isteriche, che delle nevrosi isteriche classiche conservano le note di fondo: la labilità affettiva, la suggestionabilità, la tendenza a drammatizzare e a ricercare l'attenzione per mezzo del corpo, la tendenza a entrare in stati dissociati di coscienza, l'ipertrofia della vita fantastica, l'egocentrismo e la conflittualità dell'esperienza sessuale. Nonostante il proliferare delle riflessioni sul tema, alcune questioni sono tuttora oggetto di discussione. Tuttavia se ci spostiamo dalla fenomenologia dei sintomi alla comprensione psicodinamica, è possibile rintracciare il nucleo strutturale dell'isteria.

Tra le descrizioni dell'isteria proposte da molteplici autori, sembra interessante riportare il contributo di Elizabeth Zetzel (1968) per l'identificazione di diverse tipologie di isteriche con differenti modalità di funzionamento. Pur considerando l'isteria come la nevrosi per eccellenza della fase genitale, la Zetzel sottolinea che spesso la genitalità è solo una facciata dietro cui si nascondono delle fissazioni pregenitali. Nella sua formulazione dei criteri di analizzabilità, la Zetzel introduce una distinzione tra isteriche buone (analizzabili) e cattive (non analizzabili). Come riportato da Etchegoyen (1986, pp. 48-50), vengono così descritte quattro tipologie di isteria femminile.

Il primo gruppo corrisponde alla buona isterica, pronta per l'analisi. Si tratta in genere di una donna giovane, che ha superato senza difficoltà l'adolescenza e completato gli studi. E' vergine o ha avuto una vita sessuale insoddisfacente, pur senza essere frigida. Se si è sposata, non ha potuto realizzare compiutamente la vita di coppia, mentre ha ottenuto risultati brillanti in altre aree (per esempio, accademici). Queste donne decidono di iniziare l'analisi quando comprendono che le loro difficoltà sono dentro loro stesse e non fuori. La situazione edipica si è strutturata ma non si è potuta risolvere, spesso per eventi esterni reali come la perdita o la separazione dei genitori.

Il secondo gruppo è quello dell'isterica potenzialmente buona. E' più eterogeneo e con sintomi differenti. Sono donne un po' più giovani e immature rispetto al precedente gruppo. Le difese ossessive egosintoniche che caratterizzano il primo gruppo qui non si sono sufficientemente strutturate, si riscontrano tratti passivi nella personalità e sono meno frequenti successi accademici e professionali. Nella fase iniziale dell'analisi possono verificarsi regressioni intense che possono ostacolare lo stabilirsi di un'alleanza di lavoro o può avvenire una fuga verso la guarigione, con una brusca interruzione. Se si riesce a superare questi rischi, il processo analitico si svilupperà senza maggiori inconvenienti e la fase finale potrà concludersi in modo soddisfacente.

Il terzo gruppo comprende la "cosiddetta buona isterica", analizzabile solo con un trattamento lungo e difficoltoso. Si tratta di personalità depressive, in cui le pazienti ogni volta che si sono trovate di fronte a una crisi non hanno mai potuto mobilitare tutte le loro risorse. A una bassa autostima si aggiunge il rifiuto della femminilità, la passività e l'abbandono. Tuttavia sono donne attraenti e di indubbie qualità, che nascondono la struttura depressiva con difese isteriche organizzate intorno alla seduzione e al fascino personale. Tendono a rivolgersi all'analista più tardi rispetto agli altri gruppi, già logorate e con una perdita delle funzioni egoiche. In analisi mostrano sin dall'inizio la loro struttura depressiva, con una forte dipendenza e passività verso l'analista. Il processo terapeutico è difficile in quanto queste pazienti non riescono a discriminare tra alleanza terapeutica e nevrosi di transfert. La fase finale presenta seri problemi, che possono esitare in un'analisi interminabile.

Il quarto gruppo include la "cosiddetta buona isterica" più tipica. Queste pazienti mostrano quadri floridi con apparenti tratti genitali, ma nel trattamento rivelano un'incapacità a riconoscere e tollerare una situazione triangolare. Spesso il transfert è caratterizzato da un'intensa sessualizzazione con il desiderio di ottenere una soddisfazione reale. Incapaci di distinguere tra realtà interna e realtà esterna, queste isteriche rendono impossibile l'alleanza terapeutica, che è la base per lo sviluppo di una nevrosi di transfert analizzabile. Nonostante l'apparenza erotizzata, la struttura è pseudoedipica e

pseudogenitale. Sin dai primi colloqui queste pazienti tendono a sviluppare un'intenso transfert erotico. La storia infantile rivela assenza o perdita di uno o entrambi i genitori nei primi quattro anni di vita, genitori gravemente malati o con un matrimonio infelice, prolungata infermità fisica nell'infanzia o assenza di significative relazioni oggettuali con adulti di entrambi i sessi.

Dai sintomi isterici alla personalità isterica

Se spostiamo il focus di attenzione dalla sintomatologia isterica — rintracciabile in diversi quadri psicopatologici — all'organizzazione di personalità sottostante è possibile individuare alcune dimensioni comuni sia di tipo dinamico sia di tipo strutturale. È possibile collocare i fenomeni isterici lungo un continuum da isterico a istrionico, con diversi livelli di organizzazione da nevrotico a borderline. Kernberg (1975) ritiene che la personalità isterica sia definibile lungo un continuum che si dipana dall'isteria nevrotica fino all'isteria borderline, meglio definibile come disturbo istrionico di personalità, passando per un livello intermedio rappresentato dalla personalità infantile.

Come accennato prima, vari studiosi tra i quali Wittels (1930), Easser e Lesser (1965), Zetzel (1968) e Kernberg (1975, 1992) hanno posto in evidenza un ampio range di quadri clinici riferibili all'isteria, che non può essere delimitata a forme di nevrosi, ma talvolta può comprendere lo spettro borderline e sconfinare finanche nell'area psicotica (Ferro e Riefolo, 1996; Green, 1997). Questi autori riconoscono complessivamente la validità dell'interpretazione classica per quanto riguarda le forme nevrotiche, ma evidenziano il coinvolgimento di problematiche arcaiche in riferimento alle forme più gravi.

Classificazione diagnostica

Il carattere elusivo dell'isteria si rintraccia anche nelle alterne vicende che hanno riguardato non solo la riflessione teorico-clinica ma anche la classificazione diagnostica. Dagli anni Cinquanta in poi, l'isteria come categoria diagnostica unitaria sembra scomparsa dalle nomenclature nosografiche ufficiali — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e *International Classification of Diseases* (ICD) — scomposta nei suoi elementi costitutivi (sintomi fisici, psichici, stile di personalità) e suddivisa tra disturbi somatoformi, disturbi di conversione, disturbi dissociativi, disturbi d'ansia, disturbo di personalità istrionico. Per alterne vicende la diagnosi di isteria è stata dunque abbandonata e relegata in un angolo, come diagnosi desueta e declassata a favore di altri quadri più al passo con i tempi e le mode del momento, senza per questo essere meno viva e presente nelle manifestazioni osservabili nella clinica. A partire dagli anni Cinquanta l'isteria dunque sparisce come quadro clinico per ripartirsi in una molteplicità di fenomeni. «Oggi l'isteria è meno frequentemente una condizione sintomatica e più spesso un disordine del carattere o di personalità» (Laplanche, 1974). Dopo anni di controversie e di dibattiti, negli anni Sessanta le patologie del carattere diventano protagoniste della clinica psicoanalitica (Riefolo e Ferro, 2004). Nella pratica clinica quotidiana, già a partire dal secondo dopoguerra, non si osserva più l'isterica classica come descritta da Charcot e Freud (Albarella, 2001; Laplanche, 1974). Questa situazione probabilmente ha contribuito all'eclissamento del termine isteria dalla nomenclatura nosografica della psichiatria americana con il DSM-III (APA, 1980) e le sue successive edizioni, nonostante il dissenso di psichiatri e psicologi di orientamento dinamico (Gabbard, 2005). A tal proposito basti pensare alla facilità con cui si possono osservare tratti isterici rilevanti in nuove forme di patologia.

Nella prima edizione del DSM (APA, 1952) l'isteria non viene menzionata come disturbo unitario a sé stante, ma alcuni autori ne rilevano le tracce all'interno della definizione di "tratti di personalità emotivamente instabile" (Migone, 1991), di "reazione dissociativa" e di "conversione" (Rossi, 2002). La dicotomia viene risolta nel DSM-II (APA, 1968) ove la precedente frammentazione viene riassunta sotto l'etichetta di "personalità isterica (disturbo di personalità istrionico)". La descrizione che qui ne viene data è la seguente: «Eccitabilità, instabilità emotiva, iperreattività, e drammatizzazione; quest'ultima è sempre volta a richiamare l'attenzione ed è spesso seduttiva, che il paziente ne sia consapevole o meno. Questi pazienti sono anche immaturi, incentrati su di sé, spesso vanitosi, e di solito dipendenti dagli altri. Questo disturbo deve essere differenziato dalla nevrosi isterica (caratterizzata dai sintomi di conversione o dissociazione)».

Con il DSM-III (APA, 1980), e l'affermarsi dell'esigenza di aumentare l'attendibilità, la validità e l'utilità delle classificazioni sindromiche, viene fatta una maggiore chiarezza nella patologia isterica. Infatti non solo vengono introdotti precisi criteri diagnostici che ne delimitano l'uso alle forme più gravi e primitive — le cui caratteristiche di impulsività e instabilità ricordavano quelle del disturbo borderline di personalità (Gabbard, 2000) — ma viene eliminato dal manuale l'aggettivo isterico per mantenere solo quello di istrionico. Le ragioni di questa scelta possono essere riassunti essenzialmente in alcuni punti. Innanzitutto il termine isteria era troppo legato da un lato ai quadri in cui predominavano i sintomi di conversione (Gunderson, 1983), dall'altro alla tradizione psicoanalitica con tutte le sue ambiguità nel connotare contemporaneamente sia un'ipotesi psicodinamica (un conflitto inconscio rimosso) che un quadro sintomatologico peraltro variegato (non solo conversioni somatiche, ma anche stati dissociativi della coscienza, fobie, ansia, etc.). Tutto ciò era in contraddizione con la filosofia del DSM-III, improntata a un approccio descrittivo anche a costo di smembrare quadri precedentemente unitari. Così il destino diagnostico dell'isteria segue lo stesso itinerario delle nevrosi, anch'esse depennate dalla nosografia ufficiale senza peraltro sparire dall'osservazione clinica. In secondo luogo, il termine isteria, a causa della sua radice etimologica, poteva alludere a un legame col sesso femminile, cosa ormai superata dalle ricerche dell'ultimo secolo e non più sostenibile, mentre il termine di personalità istrionica si rivelava più adatto senza implicazioni per un sesso o per l'altro.

Con l'avvento del DSM-IV (APA, 1994), dalle qualità più strettamente empiriche e sensibili alla cultura, all'età, al genere, e con la successiva edizione del DSM-IV-TR (APA, 2000) e DSM-5 (APA, 2013), il quadro isterico è stato ridistribuito in differenti ambiti diagnostici (Lingiardi e Gazzillo, 2014):

- ✓ Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati, soprattutto per i sintomi fisici (in particolare conversione, somatizzazione e dolore psicogeno);
- ✓ Disturbi dissociativi, soprattutto per i sintomi psichici (in particolare amnesia, fuga dissociativa, dissociazione dell'identità e depersonalizzazione);
- ✓ Disturbi d'ansia per la centralità degli elementi ansiosi e di alcuni elementi fobici;
- ✓ Disturbo istrionico di personalità per indicare uno stile di personalità.

Secondo alcuni autori l'aver collocato il disturbo di conversione all'interno dei disturbi da sintomi somatici, separatamente dai disturbi dissociativi, è un esempio di inappropriata e arbitraria frammentazione tra sintomi psichici e sintomi fisici (Lingiardi, 2004). Va ricordato inoltre che alcuni fenomeni un tempo considerati isterici sono oggi elencati tra le disfunzioni sessuali, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e del sonno-veglia.

L'isteria si è dunque distribuita in una molteplicità di etichette diagnostiche diverse che aiutano a comprendere meglio le specificità di quadri prima considerati unitari. Il termine isterico, però, si è conservato nel linguaggio quotidiano, per la verità a volte in modo derisorio e improprio, per indicare una certa superficialità degli affetti, un egocentrismo e un bisogno di attenzione esasperati, una timidezza o un esibizionismo eccessivi, comunque centrati su tematiche relative al genere, al corpo e alla sessualità, una tendenza eccessiva alla suggestionabilità e uno stile cognitivo attento alle caratteristiche globali degli eventi e alla loro risonanza emotiva, più che ai dettagli e alla loro sostanza oggettiva.

In tempi più recenti, il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006) ha recuperato la riflessione psicoanalitica, valorizzandola a servizio della valutazione diagnostica, tanto da re-inserire i disturbi isterici (istrionici) di personalità all'interno dell'Asse P (Pattern e disturbi di personalità). Il PDM considera un unico continuum isterico-istrionico, dove i pazienti isterici vengono collocati a un livello nevrotico e quelli istrionici a un livello borderline di gravità. Il quadro descritto riguarda un soggetto caratterizzato da dinamiche inerenti il genere, la sessualità e il potere. Il soggetto isterico o istrionico accetta il proprio genere biologico, ma lo vive con svantaggio: negli individui eterosessuali, si riscontra nell'esperienza clinica una delusione dal genitore dello stesso sesso e un'iperstimolazione da quello del sesso opposto; negli individui omosessuali, invece, è il genitore dello stesso sesso a essere vissuto come potente, problematico o spaventoso. Più orientato lungo il versante anaclitico (Blatt, 1990, 1995), l'isterico o l'istrionico si difende dalla realtà mediante meccanismi quali

rimozione, regressione, conversione, sessualizzazione e acting out. È da notare che il PDM introduce l'attenzione alla dimensione culturale nell'ipotesi che alcuni fattori culturali giochino un ruolo nella manifestazione di un sottotipo o un altro. Si distingue il sottotipo *inibito* — più comune nelle culture e subculture moralistiche e strutturate, si manifesta attraverso riservatezza emotiva, atteggiamenti sessuali naïf, inesperienza, inibizione e sintomi di conversione, e il sottotipo *eccessivamente espansivo o esuberante* — diffuso nelle culture e nelle subculture più liberali e meno strutturate, caratterizzato invece da una tendenza alle crisi e alla drammatizzazione, da seduttività e impulsività sessuale.

A titolo esemplificativo viene di seguito riportata la descrizione dello stile isterico (istrionico) secondo i *Prototipi Diagnostici Psicodinamici – PDP* (Gazzillo, Lingiardi, Del Corno, 2012) derivati dal PDM.

Disturbi isterici (istrionici) di personalità

Le personalità isteriche sembrano preoccupate da temi relativi al potere e alla sessualità e tendono a sessualizzare le relazioni e i comportamenti. Possono passare dall'esuberanza alla ricerca d'attenzione o possono apparire agli altri come curiosamente ingenui, convenzionali e inibiti. Inconsciamente tendono a considerare se stessi come deboli, inferiori e svalutati sulla base del loro genere che li fa sentire vulnerabili, deboli e castrati. Vedono gli individui del sesso opposto come potenti, eccitanti, da temere e invidiare, capaci potenzialmente di sfruttarli e danneggiarli. Per questo possono cercare il potere attraverso la seduttività. Gli individui isterici tendono a svalorizzare il genitore dello stesso sesso e idealizzare il genitore del sesso opposto (nei soggetti omosessuali accade l'inverso). L'intimità sessuale è fonte di forte conflitto a causa di un'inconscia vergogna circa il proprio corpo sessuato e temono di essere danneggiati dagli altri più potenti. Alcuni individui istrionici esprimono la loro sessualità in modi esibizionistici e, in uno sforzo di neutralizzare una vergogna e una paura inconsci, gli altri sono evitati o respinti. Temono la sovrastimolazione e così vedono i propri sentimenti e i propri desideri con ansia. Il timore di essere sopraffatti dagli affetti può essere espresso in uno stile teatrale dell'eloquio, come se le emozioni fossero inconsciamente derise. Lo stile cognitivo può essere impressionistico come se preferissero non guardare troppo da vicino i dettagli per paura di "vedere troppo" ed essere sopraffatti. Gli individui che presentano questo prototipo possono competere per l'attenzione al fine di essere rassicurati del loro valore, ma le loro propensioni verso l'esibizionismo e una competitività eccessiva sono limitati all'ambito della sessualità e del genere. Esperiscono paura, vergogna e sensi di colpa mentre competono, ma al di fuori di questo ambito sono capaci di legami stabili e affettuosi. Le personalità isteriche sono caratterizzate da riserbo emozionale, ingenuità sessuale, inesperienza e inibizione o da una tendenza a ripetute crisi e drammatizzazioni, seduttività e impulsività sessuale. In situazioni di stress o conflitto, tendono a comportarsi in maniera infantile ed escludono dalla coscienza i desideri, i pensieri e le esperienze disturbanti. Possono fronteggiarli con agiti impulsivi (piuttosto che mediante la riflessione o l'emotività) o sviluppando sintomi somatici o motori o deficit sensoriali, lamentando sintomi fisici che non trovano spiegazione medica.

Grazie alla formulazione proposta dallo *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006) l'isteria sembra dunque aver avuto un ulteriore risalto nel panorama psicoanalitico attuale. Da un lato il PDM ha rimesso in luce l'importanza della sessualità e delle questioni relative al genere, dall'altro lato nella futura edizione¹ proporrà una soluzione all'annosa dicotomia conversione/dissociazione. A partire dal presupposto che conversione e dissociazione possono essere considerate come due facce della stessa medaglia, la Task Force del PDM-2 (coordinata da Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams, in press) includerà i disturbi dissociativi e i disturbi di conversione all'interno della stessa sezione dedicata agli *Events- and Stress- Related Disorders*. In questo senso il PDM-2 sembra seguire la stessa linea già adottata dall'ICD-10 (World Health Organization, 1992) che descrive insieme i *Disturbi dissociativi (conversione)*. Il PDM-2 metterà dunque in connessione i *Disturbi dissociativi* e i *Disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati* che nel DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) continuano invece a essere considerate — seppur in modo arbitrario — come quadri diagnostici a sé stanti. L'auspicio è che la nuova edizione del PDM potrà contribuire a colmare il gap tuttora persistente nel DSM-5 (Lingiardi, McWilliams, 2015; Lingiardi, McWilliams, Bornstein, Gazzillo, Gordon, 2015; Huprich, McWilliams, Lingiardi et al., 2015).

¹ La pubblicazione della seconda edizione del PDM è attesa per la primavera del 2017.

Cosa resta dell'isteria oggi?

In *Frammento di un'analisi d'isteria* Freud (1901) illustra il caso di Dora, un esempio paradigmatico della stretta connessione tra sintomi somatici e contenuti sessuali. I sintomi sono la rappresentazione simbolica di elementi rimossi, che possono affiorare alla coscienza solo attraverso l'interpretazione dei sogni e le libere associazioni. Oggi il caso di Dora probabilmente verrebbe diagnosticato come *Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati* in base ai criteri del DSM-5 (APA, 2013), in virtù del corollario di sintomi riconducibili perlopiù alla sfera orale (vomito, tosse e dispnea).

L'eredità del caso di Dora sembra oggi confluita prevalentemente nell'ambito della psicosomatica. A tale proposito, Franz Alexander (1936, 1950) è stato il primo a parlare di malattia psicosomatica. La descrizione tradizionale dei disturbi di somatizzazione includeva — fino alla precedente versione del DSM (DSM-IV-TR; APA, 2000) — un quadro caratterizzato da sintomi algici, gastrointestinali, pseudo-neurologici e sessuali in assenza di una spiegazione medica di natura organica (i cosiddetti *Disturbi Funzionali* o *Medically Unexplained Symptoms* – MUS). Man mano viene poi riconosciuta la necessità di spostare l'attenzione dai sintomi fisici al loro significato simbolico per tenere in considerazione l'unità somato-psichica del paziente, che è — in modo inscindibile — corpo e mente. La frammentazione dei fenomeni isterici in diversi quadri clinici (disturbi somatoformi, disturbi dissociativi, disturbi sessuali, disturbo di personalità istrionico) potrebbe dunque essere letta come il risultato della tendenza a considerare in modo separato sintomi fisici e psichici.

Il corpo parla e comunica in molti modi attraverso i più svariati sintomi somatici, dando voce a una dimensione psichica altrimenti taciuta o negata. La centralità del corpo assume prepotentemente un ruolo di primo piano nella società occidentale contemporanea. A titolo esemplificativo basti pensare ai disordini alimentari, e sebbene in modalità diversa, al ricorso eccessivo alla chirurgia estetica o ai tatuaggi (Lemma, 2010), alla ricerca di una perfezione estetica di un corpo-oggetto, involucro svuotato di ogni dimensione psichica, offerto allo sguardo dell'altro come strumento di ammirazione e sostituto di un piacere surrogato. Lo spettro dei sintomi psichici di diversa natura (dissociazioni, amnesie, dispercezioni, e così via) sembra esprimersi attualmente attraverso nuove modalità quali l'ottundimento emotivo, l'assorbimento nella realtà virtuale, l'estraniamento dinanzi ai social network, e così via.

Cosa resta dell'isteria oggi? Se si sposta il focus di osservazione dai sintomi allo stile di personalità, è possibile rintracciare degli elementi comuni alle forme di isteria di ieri e di oggi: la tendenza alla somatizzazione, la sessualizzazione dei rapporti interpersonali, la centralità della dimensione edipica (che si esprime nella difficoltà nelle situazioni triangolari e soprattutto nella rivalità con le altre donne), lo stile cognitivo impressionistico e poco orientato ai dettagli, la labilità emotiva. Secondo la descrizione proposta da David Shapiro (1965) lo stile isterico cognitivo include incapacità di concentrazione, la distraibilità, la suggestionabilità, tutte modalità di funzionamento che favoriscono i processi di rimozione. Un'altra dimensione rilevante è rappresentata dalla tendenza al romanticismo e alla fantasticheria, dalla rievocazione nostalgica e idealizzata del passato. Caratteristiche idiosincratice sono altresì la teatralità, l'emotività labile e superficiale, gli scoppi d'ira intensi e improvvisi.

Riferimenti bibliografici

- Albarella, C. (1999). Isteria e ritualità: un nesso tra clinica e civilizzazione. *Rivista di Psicoanalisi*, 45, 317–332.
- Albarella, C. (2001). Metamorfosi dell'isteria: identità femminile e sessualità. *Rivista di Psicoanalisi*, 47, 5–27.
- Alexander, F. (1936). *The medical value of psychoanalysis*. New York (NY): Norton.
- Alexander, F. (1951). *Medicina Psicosomatica*. Firenze: Marzocco. (Edizione originale pubblicata nel 1950).
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Washington (DC): Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Washington (DC): Author.
- American Psychiatric Association (1983). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III)*. Milano: Masson. (Edizione originale pubblicata nel 1980).
- American Psychiatric Association (1996). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*. Milano: Masson. (Edizione originale pubblicata nel 1994).
- American Psychiatric Association (2001). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Text revision (DSM-IV-TR). Milano: Masson. (Edizione originale pubblicata nel 2000).
- American Psychiatric Association (2015). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (5a ed., DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2013).
- Blatt, S.J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implication for psychopathology and psychotherapy. In J.L. Singer (Eds.), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Psychopathology and Health*. Chicago (IL): University of Chicago Press.
- Blatt, S.J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Emotion Cognition and Representation*. New York (NY): University of Rochester Press.
- Bleichmar, E.D. (1995). *Il femminismo dell'isteria*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 1994).
- Bollas, C. (2001). *Isteria*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2000).
- Brenman, E. (1985). Hysteria. *International Journal of Psycho-Analysis*, 66, 423–432.
- Brenman, E. (1997). Gruppo di lavoro: come l'isterico cerca di manipolare la realtà psichica dell'analista. Tr. it in F. Scalzone & G. Zontini (a cura di), *Perché l'isteria?*. Liguori, Napoli 1999.
- Britton, R. (1999). Getting in on the act: the hysterical solution. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 1–14.
- Briquet, P. (1859). *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie*. Paris: J-B Ballière & Fils.
- Bromberg, P.M. (1996). Hysteria, dissociation, and cure: Emmy von N revisited. *Psychoanalytic Dialogue*, 5, 55–71.
- Bromberg, P.M. (2006). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 1998).
- Bromberg, P.M. (2009). *Destare il sognatore*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2006).
- Charcot, J.M. (1886-90). *Oeuvres complètes*. Paris: Bureaux du Progrès Médical. Tr. it. *Lezioni alla Salpêtrière*, Guerini, Milano 1989.
- Easser, B.R., & Lesser, S.R. (1965). Hysterical Personality: A Re-Evaluation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 390–405.
- Etchegoyen R.H. (1990). *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio. (Edizione originale pubblicata nel 1986).
- Fairbairn, W.R.D. (1970). *Studi psicoanalitici sulla sessualità*. Torino: Boringhieri. (Edizione originale pubblicata nel 1952).
- Fairbairn, W.R.D. (1953). Osservazioni sulla natura degli stati isterici. Tr. it. in *Il piacere e l'oggetto*. Astrolabio, Roma 1992.
- Fenichel, O. (1951). *Trattato di Psicoanalisi delle Nevrosi e delle Psicosi*. Roma: Astrolabio (Edizione originale pubblicata nel 1945).
- Ferenczi, S. (1919). Fenomeni di materializzazione isterica. Tr. it. in *Fondamenti di psicoanalisi* (vol. 3). Guaraldi, Firenze 1974.

- Ferenczi, S. (1932). Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In *Fondamenti di Psicoanalisi (vol. 3)*. Tr. it. Guaraldi, Rimini 1974.
- Ferro, F.M., & Riefolo, G. (1996). *Figure dell'isteria*. Chieti: Métis.
- Ferro, F.M., & Riefolo, G. (2006). *Isteria e campo della dissociazione*. Roma: Borla.
- Freud, S. (1893/1895). *Studi sull'isteria*. OSF, vol. 1.
- Freud, S. (1894). *Le neuropsicosi da difesa*. OSF, vol. 2.
- Freud, S. (1914). *Ricordare, ripetere, rielaborare*. OSF, vol. 7.
- Freud, S., Breuer, J. (1893). *Comunicazione preliminare sul meccanismo psichico dei sintomi isterici*. OSF, vol. 1.
- Gabbard, G.O. (2002). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2000).
- Gabbard, G.O. (2007). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2005).
- Gazzillo, F., Lingiardi, V., & Del Corno, F. (2012). Toward the validation of three assessment instruments derived from the PDM P Axis: the Psychodynamic Diagnostic Prototypes, the Core Preoccupations Questionnaire and the Pathogenic Beliefs Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 265, 31–45.
- Glover, E. (1953). *La psicoanalisi*. Milano: Bocca. (Edizione originale pubblicata nel 1949).
- Green, A. (1997). Il chiasma: i casi limite visti nella prospettiva dell'isteria, l'isteria vista retrospettivamente a partire dai casi limite. In F. Scalzone & G. Zontini (a cura di), *Perché l'isteria?*. Liguori, Napoli 1999.
- Gunderson, J.G. (1983). DSM-III diagnoses of personality disorders. In J.P. FROSCHE (Eds.), *Current Perspectives on Personality Disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Guttman, S.R. (2006). Hysteria as a concept: A survey of its history in the psychoanalytic literature. *Modern Psychoanalysis*, 31, 182–228.
- Huprich, S.K., McWilliams, N., Lingiardi, V., Bornstein, R.F., Gazzillo, F., & Gordon, R.M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) and the PDM-2: Opportunities to significantly affect the profession. *Psychoanalytic Inquiry*, 35, 60–73.
- Kernberg, O.F. (1978). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri. (Edizione originale pubblicata nel 1975).
- Kernberg, O.F. (1993). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 1992).
- Laplanche, J. (1974). Panel on “Hysteria today”. *International Journal of Psycho-Analysis*, 55, 459–469.
- Lemma, A. (2011). *Under the skin: a psychoanalytic study of body modification*. London: Routledge. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2010).
- Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Il Saggiatore.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual – 2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry*, 14(2), 237–239.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R.F., Gazzillo, F., & Gordon, R.M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual version 2 (PDM-2). Assessing Patients for Improved Clinical Practice and Research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94–115.
- Marmor, J. (1953). Orality in the Hysterical Personality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 656–670.
- Meltzer D. (1982). *Lo sviluppo kleiniano. L'evoluzione del Freud clinico*. Roma: Borla. (Edizione originale pubblicata nel 1978).
- Migone, P. (1991). La personalità istrionica: aspetti descrittivi, storici e psicodinamici. *Il Ruolo Terapeutico*, 58, 33–36.
- Mitchell, J. (2004). *Pazzi e meduse. Ripensare l'isteria alla luce della rivalità tra fratelli e sorelle*. Milano: La Tartaruga (Edizione originale pubblicata nel 2000).

- PDM Task Force (2008). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring (MD): Alliance of Psychoanalytic Organizations. Milano: Raffaello Cortina. (Edizione originale pubblicata nel 2006).
- PDM-2 Task Force (in press). *Psychodynamic Diagnostic Manual - 2nd edition (PDM-2)*. New York (NY): Guilford Press.
- Racalbuto, A. (2004). L'isteria, dalle origini alla costellazione edipica: il “femminile” e il conflitto d'alterità. *Rivista di Psicoanalisi*, 50, 77–102.
- Recalcati, M. (2012a). *Ritratti del desiderio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Recalcati, M. (2012a). *Desiderio, godimento e soggettivazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Reich, W. (1973). *Analisi del carattere*. Milano: SugarCo. (Edizione originale pubblicata nel 1933).
- Riefolo, G., & Ferro, F.M. (2004). Figure dell'isteria e campo delle psicosi. In C. Albarella & A. Racalbuto (a cura di), *Isteria*. Roma: Borla.
- Rossi, R. (2002). ‘Il povero guitto’. Come si fa senza isteria. In G. Mattoidi & F. Scalzone (a cura di), *Attualità dell'isteria. Malattia desueta o posizione originaria?*. Milano: Franco Angeli.
- Ruprecht-Schampera, U. (1995). The concept of early triangulation as a key to a unified model of hysteria. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 457–473.
- Shapiro, D. (1969). *Stili nevrotici*. Roma: Astrolabio. (Edizione originale pubblicata nel 1965).
- Westen, D., & Blagov, P.S. (2008). Questioning the coherence of Histrionic Personality Disorder. Borderline and Hysterical Personality subtypes in adults and adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 785–797.
- Wittels, F. (1930). Il carattere isterico. Tr. it. in F. Scalzone & G. Zontini (a cura di), *Perché l'isteria?*. Liguori, Napoli 1999.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Geneva (CH): World Health Organization.
- Zetzel, E. (1968). The so called good hysteric. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 256–260.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2016
con tecnologia *print on demand*
presso il Centro Stampa “*Nuova Cultura*”
p.le Aldo Moro n. 5, 00185 Roma
www.nuovacultura.it
per ordini: ordini@nuovacultura.it
[Int_9788868128067_a4bn_LM08]