

L'isterica e le altre: storia e attualità

Federica Lefons

Con l'invenzione del termine "isteria", solitamente attribuita al medico greco Ippocrate (460-377 a.C.), la cui etimologia rimanda al vocabolo greco *υστερον* (*hysteron*) ovvero "utero", la medicina occidentale stabilisce, fin dall'inizio, uno stretto legame tra questo disturbo ed il corpo femminile. Secondo il *Corpus hippocraticum*¹, qualsiasi malattia dell'organismo femminile era causata dagli spostamenti dell'utero all'interno del corpo². Tali considerazioni rimasero invariate fino all'epoca moderna: fu nel Seicento, infatti, che le dottrine sull'isteria, come fenomeno di natura ginecologica, cominciarono a essere sostituite da ipotesi di un'origine cerebrale e del sistema nervoso. L'isteria, quindi, venne considerata una malattia esclusivamente del sesso femminile, legata a tale anomalo comportamento dell'utero e sebbene questa interpretazione non fosse confermata da nessuna prova empirica è stata particolarmente dura a morire. La natura femminile dunque è stata, nel corso dei secoli, studiata e definita dai dogmi di saperi e poteri maschilisti, a causa dei quali sono sorte norme politiche e morali volte a stabilire il ruolo della donna nella società, ruolo che è sempre stato di subordinazione. La donna è stata identificata completamente con il proprio utero, al punto che ogni suo comportamento, ogni sua malattia, ogni suo ruolo nella società è stato messo in relazione con questo organo.

Ciò perché l'utero è il luogo in cui si realizza il mistero della nascita, mistero che ha sempre esercitato sull'uomo un fascino

1 È l'insieme dei libri attribuiti a Ippocrate, a contenuto medico.

2 Per una panoramica più ampia e completa sull'argomento si veda E. SHORTER, *Storia del corpo femminile* (1982), tr. it. di M. MANZARI, Feltrinelli, Milano 1984.

inquieto. Sta di fatto che tale teoria dell'*utero errante* rispondeva perfettamente alle necessità dell'ideologia maschile dominante, che era quella di convincere la donna che il ruolo di moglie e madre era per lei una necessità derivante dalla sua stessa natura. Inoltre, il ribadire che una malattia, così grave e dolorosa, conduceva nel momento delle crisi più acute ad una perdita totale della coscienza di sé, significava ribadire il concetto della completa inadeguatezza della donna ai ruoli principali della società. La donna, dunque, non era assolutamente in grado di gestire da sé la propria vita, e ciò le rendeva necessaria la guida di un uomo: il padre prima, il marito poi.

Nella seconda metà dell'Ottocento la teoria uterina venne definitivamente abbandonata a favore di un'indagine di carattere neurologico, nella ricerca di una lesione organica che potesse fungere da causa della manifestazione morbosa³. Questo periodo fu caratterizzato da un diffuso ottimismo per il progresso scientifico, ma contemporaneamente si sviluppò un grande interesse per i "fenomeni oscuri" come l'ipnosi e l'isteria. E, infatti, la nascita della psicoanalisi va inquadrata proprio in questa "crisi della ragione"⁴, quella ragione che non riusciva a spiegare la natura del sintomo isterico, il quale si presentava come la chiave di lettura di una dimensione non riconducibile ad alcun referente organico. La psicoanalisi si occupò proprio degli "scarti" della ricerca scientifica, dal sintomo isterico, al sogno, ai lapsus, alla sessualità infantile. Il tutto all'interno di un rivolgimento profondo di prospettiva. Ora, l'osservazione di queste manifestazioni era spesso legata agli esperimenti ipnotici e a particolari stati dissociativi di una patologia destinata a riemergere dal dimenticatoio: l'isteria, appunto. Patologia nota da moltissimo tempo, la medicina non poteva, però, sposare il pregiudizio intorno a uno stato ritenuto tipico del sesso femminile e causato dal migrare dell'utero all'interno del corpo, secondo le teorie classiche, e nel fa-

3 Cfr. R. KAECH, "La concezione somatica dell'isterismo", *Rivista Ciba*, 37 (L'isterismo), 1952, pp. 1227-1233.

4 E. MANGINI, *Lezioni sul pensiero freudiano*, Led, Milano 2001, p. 32.

moso *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hysterie* (1859) Paul Briquet⁵ (1796–1881) ipotizzava per l'isteria una causa organica su possibile base ereditaria, sulla quale si innescavano emozioni o conflitti che potevano fungere da elementi scatenanti. L'impressione era, però, quella che l'isteria fosse sempre esistita come manifestazione fastidiosa e inquietante, e che avesse preso nome e forma differenti a seconda del contesto socio-culturale in cui si manifestava. L'isteria è sempre stata dunque ben presente, anche se sotto “mentite spoglie”, in qualsiasi tempo. Nell'Ottocento, come dicevo, vi sarà grande interesse per i temi relativi all'esistenza del subconscio, per l'ipnosi, per la suggestione e quindi anche per l'isteria. L'ipnosi fu utilizzata in questi stessi anni da Jean Martin Charcot (1825–1893), luminare della neurologia e della psichiatria della Parigi del periodo. Egli affermava che lo studio ragionato della grande nevrosi isterica fosse relativamente recente, anche se si trattava di un male antico, e che solo ora poteva essere considerata una malattia. Charcot, da buon neurologo, supposeva l'origine organica dell'isteria e affermava che essa non era affatto appannaggio del sesso femminile, che non era una malattia proteiforme ma che c'erano dei «*sintomi permanenti, che Charcot chiamava anche “stigmati” isteriche: paralisi, anestesia, iperestesia, contrattura, restringimento del campo visivo e dolore nella regione ovarica*»⁶. Inoltre, affermò che le manifestazioni isteriche erano autentiche e non frutto di simulazione. Egli descrisse e classificò varie forme di isteria, descrisse i caratteri differenziali tra le manifestazioni epilettiche e le paralisi organiche da un lato e quelle isteriche dall'altro e descrisse, utilizzando anche l'ipnosi, un attacco di “grande isteria”.

Con Jean-Martin Charcot, la questione “isteria” venne riconosciuta come fenomeno psichico, aprendo un processo di acquisizione di conoscenze sperimentali che spalancarono la stra-

5 P. BRIQUET, *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hysterie*, J-B Ballière & Fils, Paris 1859.

6 Cfr. A. GODINO, A. TOSCANO, *Ipnosi: storia e tecniche*, Franco Angeli, Milano 2007, p. 36.

da a Freud e agli studi che lo portarono alla psicoanalisi. Naturalmente, Charcot non poteva che partire dalle conclusioni tratte dalla medicina che lo aveva preceduto, ma che lasciavano insoluti alcuni aspetti nel comportamento delle pazienti isteriche: anzitutto si trattava di un fenomeno legato alla sfera degli affetti che aveva la caratteristica di manifestarsi con regolarità in determinate circostanze. L'indagine di Charcot si sviluppò nel tentativo di individuare e classificare i tratti con i quali la malattia si manifestava ed evidenziarne eventualmente la linea di comportamento; di qui egli giunse a designare le fasi di evoluzione del fenomeno isterico tipico, nonché le rispettive pose plastiche. A Charcot spetta il merito di aver smesso di attribuire cause neurologiche all'isteria, di aver riconosciuto a livello embrionale i nodi che avrebbero in seguito costituito il tessuto della psicoanalisi, ma il suo modello psicologico era rigido e severamente classificatore. Le lezioni di Charcot sull'isteria segnarono profondamente il giovane Freud. Dal grande psichiatra Freud apprese che nell'isteria vi era un intreccio profondo tra i disturbi somatici e la mente, ed era stata l'ipnosi ad aprire questa nuova strada conoscitiva. Gli anni degli *Studi sull'isteria* sono fondamentali per la progressiva costruzione del metodo psicoanalitico che andrà definendosi attraverso tre distinti momenti chiave:

1. La rinuncia al modello fisico e neurofisiologico per spiegare i fenomeni psichici che culmina nel *Progetto di una psicologia*.
2. L'impiego e la successiva rinuncia all'ipnosi e alla suggestione, inizialmente usati come via di esplorazione dell'attività psichica «altrimenti pressoché inaccessibile alla coscienza»⁷. La rinuncia all'ipnosi fu motivata dal fatto che non tutti i pazienti sono ipnotizzabili, che vi è una pseudo-guarigione dovuta alla suggestione e che grossi sono i rischi del transfert ipnotico, che non può essere né elaborato né risolto alla fine del trattamento.

7 F. PETRELLA, *Il modello freudiano*, cit., p. 49.

3. La successiva adozione della regola fondamentale della tecnica delle *libere associazioni* e le successive precisazioni relative all'atteggiamento dell'analista⁸.

Questi progressivi passaggi possono essere seguiti lungo tutti gli *Studi sull'isteria*, opera che Freud scrisse assieme all'amico Joseph Breuer (1842-1925), medico noto a Vienna, che in questi primi anni avrà una fondamentale funzione di appoggio e di protezione per il giovane Freud. Ebbene, gli *Studi* sono scritti proprio a quattro mani e costituiscono il risultato di questo sodalizio personale e intellettuale, destinato per altro a incrinarsi proprio con la stesura di questo lavoro; Breuer non condivideva l'idea di Freud che l'eziologia dell'isteria andasse ricercata nella sfera sessuale dei pazienti, né, come vedremo, poteva tollerare che la conclusione traumatica del caso da lui seguito e descritto, quello di Anna O., fosse da ascrivere proprio a fattori sessuali misconosciuti. D'altro canto Freud sapeva che Breuer aveva glissato su come si era concluso il trattamento di Anna perché non aveva saputo dominare la traslazione, e ciò determinò la brusca rottura del rapporto terapeutico e conseguenze negative per la paziente. Dal trattamento di Anna O. (anche se scritto da Breuer, è il primo caso inserito per esteso negli scritti di Freud e costituisce il caso clinico "originario" della psicoanalisi) derivano le prime idee teoriche sull'isteria, che possono essere così sintetizzate:

- Le reazioni emotive continuano ad essere vive e presenti nel paziente anche dopo molto tempo dall'episodio traumatico.
- Ciò che è stato dimenticato è l'episodio traumatico.
- Ci deve essere una forza psichica che si oppone al rendere coscienti i fatti traumatici (concetto di isteria da difesa e oblio da difesa).
- I sintomi dipendono da questi ricordi rimossi e, infatti, «l'isterico soffrirebbe per lo più di reminiscenze»⁹.
- Esiste una scissione dell'attività psichica per cui nuclei auto-

8 *Ibidem.*

9 J. BREUER-S. FREUD, *op. cit.*, p. 179.

nomi di attività agiscono al di fuori della coscienza (è acquisizione clinica valida tutt'oggi che nell'isteria venga utilizzato un meccanismo di difesa così primitivo come la scissione, oltre alla rimozione e alla conversione).

- Il processo per cui un impulso emotivo si traduce in un anormale «*comportamento organico*» (come il sintomo isterico) si chiama processo di conversione, che è appunto «*la trasformazione dell'eccitamento psichico in sintomi permanenti corporei*»¹⁰.
- L'effetto terapeutico del metodo catartico consiste nel far defluire la carica emotiva connessa col fatto ricordato, attraverso la parola, lasciando libero sfogo all'espressione emotiva e impedendo in tal modo che la stessa carica emotiva trovi vie anormali di espressione (sintomi).
- È utile che vi sia un setting definito per dare uno spazio alle emozioni e alle idee o ai fatti rimossi. Anche perché il «*metodo catartico*» non impedisce affatto che si sviluppi il transfert.
- La conclusione del trattamento riveste un'importanza particolare specie per la necessità di prendere in considerazione le componenti *transferali* e *controtransferali*, la cui analisi è indispensabile per ottenere una buona risoluzione del rapporto.

«*Dagli Studi sull'isteria difficilmente si sarebbe potuto capire il significato della sessualità nell'eziologia delle nevrosi*»¹¹, ma che sessualità e nevrosi, proprio partendo dall'isteria, fossero collegate tra loro era chiaro a Freud fin dall'inizio. Si trattava di specificare meglio che cosa si intendesse per «*sessualità*». Certamente questo collegamento si imponeva da solo fin dal caso di Anna O., come si può vedere dalla «*passionalità*» che Anna mostra nel corso delle varie fasi del trattamento con Breuer. Ne *L'ereditarietà e l'eziologia delle nevrosi* Freud preciserà che i sintomi patologici «*trovano la loro fonte comune nella vita sessuale dell'individuo, sia in una pratica nociva della vita sessuale attuale, sia in eventi importanti del passato*»¹². La sessualità viene in definitiva riconosciuta quale pilastro

10 *Ivi*, p. 246.

11 S. FREUD, *Autobiografia*, cit., p. 90.

12 S. FREUD, *L'ereditarietà e l'eziologia delle nevrosi*, in Id., *Opere*, trad. it., vol. II, Boringhieri, Torino 1968, p. 295.

della teoria delle nevrosi, anche se questa teoria incontrava «*ovunque incredulità e contestazioni*»¹³; la stessa aveva segnato il dissenso tra Freud e Breuer indicando il passaggio dal metodo catartico alla psicoanalisi e, in seguito, sancirà la defezione di Jung che riteneva la psicoanalisi freudiana intrisa di un insopportabile “pansessualismo”. È allo stesso modo preoccupante che, nei decenni successivi, e così ai giorni nostri, la sessualità abbia perso nel pensiero psicoanalitico quella importanza che aveva ai tempi di Freud, dando più spazio all'aggressività e alla distruttività, dato che questa “sessualità” ha a che fare con il desiderio rimosso e le sue vicissitudini.

• L'isteria oggi

Semi¹⁴ ha avanzato l'ipotesi che l'eclissi dell'isteria dal mondo psichiatrico e psicoanalitico moderno sia «*una misura della resistenza attuale alla psicoanalisi*», anche se sottolinea «*come proprio questa eclissi faccia parte delle caratteristiche fondamentali dell'isteria, grande simulatrice*»¹⁵. Comunque, queste sono alcune caratteristiche dell'isteria che non sono affatto cambiate rispetto ai tempi di Freud:

- l'isteria rimane fondamentalmente una “*nevrosi traumatica*”, con tutta l'incapacità del soggetto a pensare al trauma e la conseguente «*tendenza a riprodurre impressioni traumatiche*»¹⁶, con tendenza all'angoscia traumatica o alla scarica pulsionale (crisi isterica);
- la *rimozione* è la difesa principale dell'isteria, ma anche la fonte della malattia, che è dovuta da un lato ai forti controinve-

13 S. FREUD, *Autobiografia*, cit., p. 94.

14 Antonio Alberto Semi (Venezia, 1944) è Membro della Società Psicoanalitica Italiana e Medico Specialista in malattie nervose e mentali.

15 A. A. SEMI, “Sull'isteria e l'identificazione isterica”, *Riv. Psicoanal.*, 41, 1995, vol. 2, pp. 237-253.

16 G. SACERDOTI, Isteria, in SEMI A. A. (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano 1989, p. 135.

stimenti per mantenere la rimozione e dall'altro dallo stato di dissociazione psichica che la rimozione impone;

- la *conversione* è il principale meccanismo per cui il quantum d'affetto - che accompagna la rappresentazione incompatibile rimossa - viene scaricato (convertito) nel corpo, dando luogo ai classici sintomi somatici dell'isteria;
- la *fantasticherie* (e quindi nella realtà la drammatizzazione e l'esagerazione) come difesa verso il dolore psichico.

Come abbiamo visto, vi fu un tempo in cui l'isteria dominava e conduceva la psicopatologia, anzi essa impersonava il vero concetto di nevrosi. Alla psichiatria contemporanea non è, però, piaciuta l'idea di isteria, in quanto troppo generica per poter essere ridotta ad un numero accettabile di voci. Negli ultimi trent'anni è emersa la tendenza a ritenere che fosse scomparsa e, infatti, nei criteri di classificazione del DSM (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, una classificazione dei disturbi mentali*) è scomparso il termine isteria che viene invece definita con i termini di "disturbi dissociativi identitari" o "somatoformi", di "personalità istrioniche", di "stress post-traumatico". D'altra parte, l'isteria, seppur cambiata dai tempi di Charcot, è troppo presente e reale perché si possa *tout-court* abolire. Ne è conseguito un processo di recupero da cui sono nate le tre categorie (invece di un'unica malattia con mille items) di *disturbo dissociativo*, *disturbo somatoforme*, *disturbo di conversione* con una serie di satelliti di minor rilievo, dalla recuperata "*sindrome di Briquet*" (disturbo somatoforme) alle cecità, alle sordità e alle paralisi. Tuttavia, ciò non basta ancora a coprire l'immenso regno dell'isteria. Essa è l'area di funzionamento della psiche e sorge tutte le volte che il conflitto tra desideri, emozioni, esigenze opposte crea una situazione irresolubile o impercorribile tanto che, per superare tale condizione, viene alterato il mezzo di comunicazione. L'alterazione degli strumenti relazionali può essere di vario tipo: alterazione della percezione del sé come corpo; alterazione della funzione motoria o sensitiva; alterazione della funzione sensoriale; alterazioni delle funzioni elementari della psiche (memoria); alterazioni della coscienza dell'Io (dissociazione, depersonalizzazione, sonnambuli-

smo etc.); alterazioni delle funzioni più elevate della psiche, con cambiamento di carte in tavola nella relazione (menzogna, mitomania, scissione); alterazioni delle componenti più sottili della relazione (tecniche di teatro, istrionismo).

Quindi l'isteria era scomparsa solo perché non adatta alla metodologia nosografica per raggruppamento di items. Ciò non toglie che l'isteria rimanga come soluzione di un conflitto insolubile, come alterazione degli strumenti di comunicazione, come equilibrio difensivo tra conscio e inconscio, come fenomeno psichico. Superato, quindi, il periodo della concezione dell'isteria intesa come simulazione e riconosciuta ad essa un'indiscutibile dignità nosologica, si è posto l'accento sul carattere proteiforme dell'isteria ed ora tale polimorfismo si riflette negli scritti degli psicoanalisti, che in essi testimoniano le loro esperienze e le conclusioni delle loro osservazioni sui pazienti isterici. Per Freud, l'isteria era il modello dei disturbi della genitalità. Ma, in seguito, si è messo in dubbio il livello di fissazione che Freud aveva proposto per l'isterico: sempre più spesso, il disturbo si rivelava resistente alla cura psicoanalitica. È stato allora che si è cominciato a riflettere su una valutazione più precisa della personalità isterica. È a partire da Melanie Klein¹⁷, negli anni '40, che fu avviata la riflessione sull'epoca della fissazione. Già da molto tempo, la psicoanalista austriaca aveva rivalutato lo stadio della fissazione isterica e aveva spostato la genitalità a monte, verso la relazione orale. Melanie Klein procedette, quindi, ad una riformulazione generale delle idee di Freud e molti furono i colleghi che la seguirono.

Nondimeno è difficile pensare che la sessualità non giochi un ruolo importante nell'isteria, ruolo che non è solamente difensivo. In seguito sono comparse altre prospettive, meno legate alla questione del livello libidico di fissazione e più connesse al funzionamento dell'Io, alle sue relazioni con la dipendenza, cosa che

17 Melanie Klein (1882-1960) fu una psicoanalista austriaca nota per i suoi lavori pionieristici nel campo della psicoanalisi infantile.

ha chiamato in causa il fallimento dell'ambiente materno. Inoltre, una nuova tendenza di pensiero ha posto l'accento sulla conoscenza che veniva dallo studio delle relazioni transferali e contro-transferali, che attiravano l'attenzione sul modo in cui l'analista poteva cadere nelle trappole tese dall'analizzando. In effetti, questo approccio sottolinea l'importanza della dimensione relazionale in quella costruzione che è la nevrosi. Semi¹⁸ rileva che, mentre numerosi studiosi hanno posto l'accento sull'incidenza di problemi orali nell'isteria, è stata rivolta una scarsa attenzione a problematiche anali: in particolare, ritiene che i tratti insopportabili del carattere isterico siano da attribuire prevalentemente a fissazioni anali. In vari modi gli studiosi hanno quindi colto la necessità di non delimitare l'isteria ai casi di nevrosi e hanno evidenziato un ampio spettro di quadri clinici.

La profonda incidenza, anche nei casi più lievi, di problematiche orali e anali, che non possono essere considerate semplicemente come espressioni di meccanismi regressivi, avvalorava l'idea che è limitativo individuare la genesi dell'isteria, e in particolare dell'isteria femminile, prevalentemente in conflitti fallici con figure maschili e in desideri incestuosi rimossi; queste problematiche si intrecciano, infatti, e sono in parte motivate come hanno evidenziato alcuni studiosi, da angosce persecutorie e depressive, la cui intensità varia naturalmente secondo la gravità del quadro psicopatologico.

Queste angosce, che si originano in una primitiva fase dello sviluppo psicoevolutivo, stimolano desideri primitivi e motivano specifici atteggiamenti e modalità relazionali. Come si vede, gli studiosi mostrano significative differenze teoriche circa la genesi dell'isteria e si ricollegano a modelli dell'apparato psichico in parte diversi; tuttavia, se considerati nel loro insieme, sembrano evidenziare che gli isterici di entrambi i sessi non riescono a divincolarsi da una dipendenza infantile dalla madre, ad affrontare

18 A.A. Semi, "Sull'isteria e l'identificazione isterica", *Riv. Psicoanal.*, 41, 1995, pp. 237-254.

in modi adeguati le problematiche edipiche e a realizzare identificazioni valide ai fini di un'acquisizione di un'identità adulta soddisfacente. L'irrisolta dipendenza infantile dalla madre trova conferme nelle accentuate tendenze omosessuali che erano già state evidenziate da Freud e che egli aveva però attribuito a fattori biologici. Simili problematiche non possono essere considerate come aspetti peculiari dell'isteria, poiché si riscontrano anche in altre forme psicopatologiche (omosessualità, anoressie, sintomatologia sado-masochistiche, patologie borderline, psicosi, etc.). Gli studiosi sembrano concordi nel considerare come un tratto saliente dell'isteria una tendenza a erotizzare i rapporti.

Nel tentativo di illuminare ulteriormente una simile problematica, in un lavoro sull'isteria femminile, Albarella¹⁹ ha cercato di evidenziare come le isteriche cerchino inconsciamente di fronteggiare carenze identitarie tramite l'esibizione di un'identità adulta idealizzata e onnipotente, fondata in parte su meccanismi imitativi. In una simile ottica si intrecciano inappagati bisogni infantili e desideri di esibirsi come donne sessualmente straordinarie. Un'ipotesi che viene avvalorata da atteggiamenti esibizionistici, teatrali, seduttivi che se, nei casi con una patologia non troppo accentuata, possono anche essere percepiti come piuttosto piacevoli ed adeguati, nei casi più gravi, appaiono invece scarsamente convincenti e talora addirittura grotteschi. Queste riflessioni lasciano trasparire un'analogia tra gli atteggiamenti delle isteriche di esibizione della propria femminilità e quelli del tipo *Don Giovanni*, che alcuni studiosi hanno considerato come un tratto saliente dell'isteria maschile, finalizzato ad ottenere conferme della propria mascolinità. Gli isterici di entrambi i sessi vivrebbero, dunque, un insanabile conflitto generato dal percepirsi come bambini o bambine, piccoli, impotenti, profondamente dipendenti, e le aspirazioni ad essere invece uomini o donne strabilianti. Alcuni tratti considerati tipici del carattere

19 C. ALBARELLA, "Metamorfosi dell'isteria: identità femminile e sessualità", *Riv. Psicoanal.*, 47, 2001, pp. 5-27.

isterico, quali ad esempio la suggestionabilità, l'irruenza, l'imprevedibilità ed infine i clamorosi sintomi di conversione e le crisi isteriche (che soprattutto in passato facevano parte della fenomenologia isterica) appaiono più accentuati nell'isteria femminile. Nei maschi, invece, le peculiarità dello sviluppo psicoevolutivo stimolano piuttosto componenti onnipotenti e di controllo sull'oggetto e una più accentuata tendenza a negare la propria dipendenza; dinamiche che stimolano nei Don Giovanni maggiormente le spinte perverse e ciò può spiegare anche il perché le patologie perverse si riscontrino prevalentemente in pazienti di sesso maschile.

Queste riflessioni mostrano come da un lato gli sviluppi teorici dell'apparato psichico hanno consentito di arricchire le conoscenze dell'isteria, ma a loro volta gli studi sull'isteria hanno reso possibile illuminare aspetti del mondo interno ed evidenziare una particolare complessità della ricerca in psicoanalisi, dovuta alle specificità di questo campo di indagine. In particolare, uno dei problemi più complessi che la ricerca psicoanalitica deve affrontare e che ha avuto particolari ricadute sull'isteria è dovuto alle importanti incidenze della dimensione storica nella strutturazione del mondo interno. Gli studiosi hanno, infatti, evidenziato un affievolirsi della sintomatologia isterica e una tendenza all'eclissarsi di quadri clinici eclatanti, caratterizzati da spettacolari sintomi di conversione e crisi isteriche. In realtà ciò è solo parzialmente vero, nel senso che, presso i reparti di medicina, non è rara la presenza di pazienti che presentano sintomi di conversione e di donne affette da crisi isteriche che si rivolgono al pronto soccorso e ciò accade soprattutto all'interno di un'utenza che appartiene a gruppi sociali scarsamente acculturati. Inoltre i casi di follia isterica, generalmente, non vengono riconosciuti a causa di trasformazioni dei modelli nosografici. Per quanto poi concerne specificamente il campo psicoanalitico, Bollas²⁰ rileva che si tende a disconoscere le peculiarità delle dinamiche isteriche e a includere le isterie nell'ampio e non ben definito campo delle sindromi borderline.

20 C. BOLLAS, *Isteria*, Raffaello Cortina, Milano 2001, p. 57.

Ci si potrebbe anche domandare se non abbia contribuito a favorire queste tendenze il fatto che in passato il termine isteria sia stato adoperato in senso dispregiativo, per indicare uno stato di inferiorità ed una scarsa affidabilità delle donne. Nella nostra epoca, nella quale si tende ad un superamento di simili atteggiamenti preconcepi, si è finito forse, in parte anche per questo motivo, a utilizzare scarsamente il termine isteria. Tuttavia, nonostante alcuni fattori abbiano contribuito a smembrare l'ampia area patologica riferibile all'isteria, appare indubbio che la patologia isterica fosse più diffusa nel secolo scorso e soprattutto, come dimostrano le descrizioni di psichiatri e in particolare i casi clinici descritti da Freud, che la sintomatologia isterica fosse generalmente più appariscente. Non è facile comprendere la genesi di simili trasformazioni; si ipotizza che modelli sociali meno repressivi abbiano inciso, nel senso di rendere possibile alle isteriche di alleggerire le loro angosce, avendo una maggiore possibilità di trovare rassicurazioni tramite la sessualità. Inoltre, una parallela minore tolleranza verso atteggiamenti teatrali che si accompagnano a eclatanti sintomi di conversione, e verso comportamenti scomposti che emergono durante le crisi, può aver contribuito a determinare modifiche dei quadri clinici; ciò troverebbe una conferma, anche se solo indiretta, nel fatto che nella nostra epoca tendono a scomparire alcuni rituali religiosi caratterizzati dall'emergere di stati profondamente regressivi durante i quali «i fedeli possono avere vere e proprie crisi isteriche»²¹.

Queste riflessioni evidenziano un complesso ed in parte oscuro intreccio tra le forme di patologia ed i modelli culturali che rendono particolarmente arduo il campo di indagine della psicoanalisi. Tuttavia, ripercorrendo il tragitto operato da Freud e portato avanti da altri studiosi in tema d'isteria, risulta piuttosto evidente come, nonostante le difficoltà, si sia riusciti a compiere importanti passi in avanti nella comprensione

21 C. ALBARELLA, "Isteria e ritualità: un nesso tra clinica e civilizzazione", *Riv. Psic.*, 45, 1999, p. 317.

di questa forma di disagio psichico. Le ipotesi sulle dinamiche isteriche rendono possibile comprendere i significati di taluni atteggiamenti e sofferenze che si celano in spericolate seduttrici e in abili Don Giovanni, che si incontrano molto di frequente nel nostro mondo, anche se appariranno assai diversi dalle pazienti descritte da Freud, che erano spinte da più rigidi modelli a negare i loro desideri seduttivi ed esibire atteggiamenti vincolati a modelli appartenenti ad un'epoca storica ormai lontana. Ci possiamo, perciò, rendere conto di come l'isteria sia cambiata in alcune sue eclatanti modalità e di come si sia camuffata dietro altre nevrosi, dovendo così abbandonare alcune sue peculiarità. Questa tendenza al "mascheramento camaleontico" deriva dal fatto che la patologia isterica si modella all'interno di un determinato periodo storico e di un determinato contesto sociale. Ma casi clinici attuali costituiscono anche la prova dell'esistenza, ancora oggi, della patologia "isteria", che invece da più studiosi è stata dichiarata ormai scomparsa: «Nonostante la continua rimozione, l'isteria, altrettanto continuamente, "ritorna", indossando maschere diverse dietro le quali, però, ritroviamo sempre la stessa malattia»²². Spesso la malattia sceglie la mimesi, suo peculiare meccanismo di difesa, come risposta alla pressione del condizionamento culturale di quel determinato periodo storico e in quella determinata area geografica. Più di frequente essa, imitando qualunque altra patologia, rende difficile scoprire i tratti del suo funzionamento. Di conseguenza, l'isteria è stata rubricata sotto altre voci. A distanza di cento anni dalla pubblicazione degli *Studi sull'isteria*, infatti, non si è ancora raggiunto un accordo sul suo inquadramento e il dibattito è ben lungi dall'essere concluso.

22 G. MATTIOLI, F. SCALZONE (a cura di), *Attualità dell'isteria. Malattia desueta o posizione originaria?*, Franco Angeli, Milano 2002.

• Relazione fra isteria ed altre nevrosi

Da un ventennio a questa parte sono stati molteplici e rapidi i mutamenti sociali, e con essi si sono modificati anche i parametri di riferimento del mondo esterno e quindi le esigenze di adattabilità: l'isteria sparisce come quadro clinico per ripartirsi in una molteplicità di "disturbi": di ansietà, somatomorfi, dissociativi, dell'identità sessuale, del sonno, del controllo degli impulsi, della personalità e via dicendo. La lista continua e aumenta con i disturbi senza causa organica: cervicalgie, stanchezze croniche, disturbi digestivi, dermatologici, ma anche vertigini, giramenti di testa, attacchi di panico. Le pulsioni inaccettabili rimangono, le frustrazioni aumentano come i ritmi della vita, la stanchezza cronica può nascondere i propri bisogni profondi e giustificare una non-attività. Il rapporto con il proprio corpo, poi, è cambiato con il tempo: a livello sociale si chiede un corpo bello, ma guai a dichiararsi narcisisti, bisogna essere "profondi dentro e belli fuori"... Malattie del controllo, sempre più frequenti, sono l'anoressia, la bulimia, l'ipocondria; ci chiedono di essere tecnologici, informati, profondi, belli, magri, non-narcisisti, comprensivi. "Perfetti", insomma.

• L'ipocondria e l'ipocondriaco

Il DSM inserisce l'ipocondria nella categoria dei disturbi somatoformi. Spesso si usa parlare di ipocondria come della «paura o convinzione che il proprio corpo o la propria mente subiscano continue affezioni di varia natura». Si potrebbe ipotizzare che alla base di tale psicopatologia ci sia un disturbo della percezione della propria immagine corporea. Infatti, l'ipocondria si situa nella sottile fascia di confine tra lo psichico e il somatico e l'individuo che ne fa esperienza la prova in modo discontinuo, nel senso che talvolta è presente e talvolta no, la sente, ma non sa come affrontarla. Ciò che fa scattare l'idea di malattia sembra essere un qualsivoglia allarme, anche di poco conto, per la propria salute, che instaura un sentimento di timore il quale, di frequente,

sfocia nell'ansia. All'inizio un individuo che teme di avere una malattia si rivolge al proprio medico ed esige di scoprire la malattia che lo tormenta e dalla quale egli suppone di essere affetto. Se il medico esclude che esistano i presupposti per una patologia organica in grado di spiegare i sintomi riferiti, la persona rimane con il suo timore e sperimenta ancora le stesse paure senza riuscire a capire cosa stia succedendo.

A seconda della gravità della patologia ipocondriaca, troveremo differenti comportamenti individuali: un soggetto lievemente ipocondriaco si accontenterà di lamentarsi ogni tanto con amici e parenti per la propria malferma salute mentre, mentre al lato estremo, avremo una persona che spenderà tutto il proprio tempo e il proprio denaro alla ricerca di un medico o di uno specialista in grado di evidenziare la malattia da cui è certo di essere affetto, con conseguenze immaginabili a livello di riduzione delle potenzialità dell'individuo, dell'impoverimento della sua rete sociale e con costi altissimi a livello economico. Assai suggestiva è l'osservazione di individui nei quali la sintomatologia ipocondriaca si attenua quando viene loro accertata una reale malattia organica, per cui si può ipotizzare che l'ipocondriaco sia dominato più dal timore della malattia che dai sintomi della malattia stessa. È utile accennare che anche la nostra società dei consumi favorisce l'insorgere dell'ipocondria in soggetti "strutturalmente" predisposti dal momento che molte preoccupazioni somatiche sono incoraggiate. Così i mass media esercitano un'influenza sempre maggiore proponendo anche nuovi ideali di salute e di estetica. Peso in eccesso? Detestabile. Gambe e seni flaccidi e senza tono? Assolutamente inaccettabili. Perdita di capelli? Sei un perdente. Hai la pelle ruvida? Nessuno ti vuole. Sei stanco? Non è possibile. Il business world, infatti, ha da tempo scoperto come sia possibile sfruttare questa attenzione che le persone rivolgono al proprio corpo: industrie e venditori, case farmaceutiche e personal trainers, cosmetologia e dietologia, tutto un mondo, non regolamentato da leggi precise, che spesso, sfrutta aspetti ipocondriaci più o meno gravi, creando delle somatizzazioni nei soggetti più fragili e predisposti.

• Ipocondria e isteria

Nonostante il DSM IV abbia dato autonomia nosologica al disturbo ipocondriaco, la coesistenza dell'ipocondria con altre sindromi psichiatriche è così comune che diversi studiosi non la considerano una sindrome indipendente, ma un sintomo complesso di varie forme psichiatriche. I sintomi ipocondriaci, infatti, possono talora mascherare un episodio depressivo: in questo caso, solitamente, si accompagnano ad altri sintomi depressivi, come sentimenti di disperazione, abbassamento dell'autostima etc. La relazione tra ipocondria e disturbi d'ansia è, invece, complessa. Molti pazienti con disturbo da attacchi di panico, agorafobia e disturbo d'ansia generalizzato hanno paure e convinzioni ipocondriache. Nei pazienti ansiosi i sintomi ipocondriaci non costituiscono l'alterazione dominante, ma sono piuttosto la componente di un disturbo più generalizzato. Infine, il disturbo da somatizzazione (che si connota per la presenza di sintomi somatici inspiegabili) non comporta, a differenza dell'ipocondria, la paura e la convinzione di essere ammalato. È più frequente nel sesso femminile e si accompagna solitamente ad uno stile relazionale isterico, diverso da quello più ossessivo dell'ipocondriaco. Infatti, alla base dell'isteria di conversione è stata riconosciuta una struttura ipocondriaca così frequentemente, da far pensare che questa sia un'organizzazione stabile della conversione isterica. Nel momento in cui l'Io "si vede schiacciato da un livello o da un'organizzazione estremamente complessa di ansie di vario tipo, di identificazioni femminili e maschili, di pulsioni libidiche e aggressive", può controllare tutto questo o attraverso "l'ipocondria, ossia la sua depositazione in un organo" o attraverso "un'altra possibilità, che consiste nella conversione isterica"²³, appunto.

23 J. BLEGER, *Psico-igiene e Psicologia istituzionale*, (ed. orig. 1979), Libreria Ed. Lauretana, Loreto 1989.

• I disturbi dell'alimentazione

È innegabile che i Disturbi dell'Alimentazione presentino, negli ultimi anni, una diffusione ed una pervasività mai registrate prima nel mondo occidentale. La società idealizza e pubblicizza caratteristiche comportamentali e fisiche che “costringono” i giovani ad una ridefinizione della propria personalità e del proprio corpo. Intorno agli anni '70 negli Stati Uniti si prende atto di questo fenomeno sommerso, misconosciuto, ma di una gravità di tipo epidemico; questo riconoscimento offre l'opportunità di affrontare il problema anche dal punto di vista socioculturale. L'anoressia, ad esempio, si sviluppa rigogliosamente a partire dal ribaltamento del ruolo della donna rivendicato dal movimento femminista. Sul corpo, poi, si focalizza l'attenzione dei mezzi di comunicazione di massa fino a giungere all'odierna esaltazione dell'androgino. E se essi raggiungono una tale influenza e pervasività è anche dovuto al fatto che la scuola - da ideale dispositivo di educazione - è stata relegata a centro di formazione-lavoro, azzerando ogni opportunità di sviluppo di un'intelligenza che non sia quella logico-matematica, quella razionale e funzionalistica. È scontato, quindi, che un adolescente, privato di uno sviluppo armonico dell'intelligenza emotiva, di quella intrapsichica e interpersonale, sia particolarmente predisposto alle seduzioni e alle imitazioni, proprio perché privo di una struttura dell'Io capace di filtrare, analizzare, decodificare parole, gesti e suggerimenti.

• L'anoressia

L'anoressia colpisce prevalentemente giovani donne ed è considerata un disturbo del comportamento alimentare; in realtà il nucleo centrale del problema non è l'alimentazione disturbata ma l'eccessiva preoccupazione nei confronti del peso e delle forme corporee, che si esprime in una forte paura di ingrassare e in una costante ricerca della magrezza. Nasce da un'immagine distorta del proprio

corpo che porta ad una perdita eccessiva di peso, provocata, solitamente da una diminuzione volontaria di cibo, nonché da esagerato esercizio fisico. Ormai sono numerose le osservazioni epidemiologiche secondo cui i disordini del comportamento alimentare sono in considerevole e costante aumento nel mondo occidentale.

Nel 1990 Richard Gordon, all'interno della sua analisi sull'anoressia e la bulimia, suggerisce come i disturbi del comportamento alimentare possano essere considerati "*disturbi etnici*" cioè caratterizzati da un modello deviante che, per le sue dinamiche, viene ad essere un'espressione delle contraddizioni cruciali e dell'ansia di fondo di una particolare parte della società umana in un particolare momento storico. L'uso del termine "etnico" acquista qui il significato di "cultura" o comunque di quanto è «fondamentalmente inerente a una cultura». L'anoressia manifesta – sul versante individuale, inconscio, sottostante al comportamento disturbato, l'organizzazione di quel nucleo che fa della persona un essere completo²⁴ – alcune caratteristiche peculiari e costanti: l'incapacità di esprimere verbalmente sentimenti, desideri, paure, rifiuti, emozioni in genere; la sensazione che le attitudini interne siano derivate da fantasie e necessità pressanti dall'esterno; la percezione distorta ed illusoria del proprio corpo; l'impressione di non essere padroni della propria vita e del proprio destino; l'impossibilità di gestire le spinte fisiologiche all'autonomia e all'indipendenza; il sentimento di bassa autostima per un miraggio di perfezione inesaudibile; la mancanza di uno sviluppo armonico dell'identità personale.

C'è anche, contemporaneamente, l'elemento relazionale, e nello specifico le comunicazioni che intercorrono tra i membri della famiglia. Di solito, la famiglia è caratterizzata da un'atmosfera di rigida chiusura verso la sessualità, con netta contraddittorietà e conflittualità rispetto a modelli sociali proposti. Il sentimento

24 A. DEGANIS (a cura di), *I disturbi alimentari: un progetto integrato comunitario*, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 56-57.

d'inadeguatezza è accentuato dalle richieste di prestazioni elevate, per cui scatta il meccanismo a causa del quale la pressione al successo incita alla dimostrazione di capacità e di riuscita, innescando un circolo vizioso di soddisfazione e di frustrazione.

Gran parte delle anoressiche, per altro, dimostra un legame vischioso con la madre che compensa, attraverso la figlia, una disarmonia nel rapporto con il coniuge; la vischiosità, perciò, diventa il mezzo di sostentamento per la sbiadita figura materna, ma anche il dispositivo più paralizzante per chiudere qualunque prospettiva d'emancipazione. Del resto, il minimo anelito di indipendenza fa scattare il sentimento di colpa per l'idea di tradire la perversa alleanza, con un'ulteriore e più grave ricaduta nella simbiosi repressiva. In quest'atmosfera "tossica" a livello comunicativo, il collante dell'ingannevole armonia familiare si trova nella manifestazione esteriore di attenzione nei confronti della figlia da parte della madre che, in questo modo, ricambia il supporto filiale. Da parte della figlia, per altro, il digiuno diventa uno strumento di dimostrazione della propria potenza e della propria volontà da un lato, e dall'altro un metodo di controllo e di ricatto per mantenere in scacco entrambi i genitori. Il mondo, infine, è la realtà esterna che condiziona e inquadra con sottile suggestione le mode e i valori dei quali, la snellezza e le diete sono gli esempi eclatanti e vincolanti di un modo di volere/dover essere. Nella società moderna si è determinato un cambiamento radicale dei ruoli femminili, con la conseguenza che le donne sono costrette a gareggiare e a competere per centrare i nuovi idoli di riuscita lavorativa e di affermazione pubblica. Basti pensare che malattie organiche come l'infarto e l'ulcera gastrica, un tempo prerogative maschili, stanno attaccando con frequenza progressiva anche le donne.

• Dall'anoressia alla bulimia

Strettamente legata all'anoressia è la bulimia: il mangiare senza fame, senza uno scopo preciso. L'unico motivo è quello di placare uno stato d'ansia. Almeno il 65% delle persone diagnosticate

come anoressiche sono in realtà bulimiche. Molti pazienti presentano tutte e due le forme: molti di loro passano da una forma all'altra. Comunque, in entrambe le forme, si rivela un identico terrore d'ingrassare, in entrambe l'apparenza estetica è determinante per lo stato psicologico. Tra le differenze, laddove i due disturbi non coesistono, è importante invece rilevare come:

- Il disturbo di tipo anoressico si presenti nella maggior parte dei casi come accettato ed esibito, un atteggiamento di fanatica ricerca di una magrezza estrema di cui vantarsi;
- La bulimia tende invece ad essere avvertita come un impulso rifiutato e irrefrenabile che ha per conseguenza un comportamento da nascondere con forte vergogna.

Il comportamento anoressico-bulimico è un sintomo ambivalente interpretato come:

- Un tentativo disperato di ottenere ammirazione e conferma, di sentirsi unici e speciali.
- Un tentativo di attacco alle eccessive aspettative genitoriali (se i genitori tendono a prendersi cura del bambino in funzione dei propri bisogni, piuttosto che di quelli del figlio, il bambino sviluppa nella prima infanzia un falso Sé, per far piacere ai genitori, ma cova le matrici di futuri comportamenti testardi e negativisti, che in adolescenza userà per aggredirli).
- Un tentativo di sviluppare, attraverso la disciplina del corpo e il controllo del cibo, un senso di autonomia e di individualità (per tentare di uscire da una dimensione psicologica ed esistenziale di dipendenza e di impotenza).

La maggior parte dei pazienti con anoressia e/o bulimia percepisce dentro di sé la convinzione di essere completamente inadeguata e impotente, sentendosi incapace di sostenere il giudizio degli altri. L'anoressia, e la bulimia, rappresentano la necessità di comunicare, di esprimere paure, pensieri, sogni: un modo di collegarsi con il mondo esterno non con parole o azioni particolari, non piangendo, non urlando, non sorridendo, ma solo abbandonandosi alla propria tristezza. Queste malattie sono delle grida silenziose di aiuto, che si manifestano in una forma, di per sé semplicissima: togliendo ciò che serve per sopravvivere, il cibo.

La bulimia, poi, presenta rispetto all'anoressia altri tratti distintivi: la difficoltà di separazione fisiologica dall'atmosfera familiare; il senso di minaccia da parte del mondo degli adulti per la propria identità; l'eccessivo bisogno di dipendenza e di accudimento; l'ambivalenza nel desiderio di autoaffermazione; i sentimenti pervasivi di vergogna e di inadeguatezza; la paura della perdita di una patologica gestione della libertà; la scissione comportamentale oscillante tra la dipendenza e la ribellione.

La bulimica, poi, manifesta una scarsa considerazione per la madre, percepita come indistinta ed inadeguata, e dalla quale prova necessariamente a differenziarsi e a prendere le distanze. Il padre, dal canto suo, viene avvertito con estrema ambiguità e doppiezza: da un lato, la figlia soffre per le disapprovazioni e le umiliazioni del genitore nei suoi confronti, dall'altro subisce il fascino di un personaggio irraggiungibile e perturbante. La sua difficoltà ad instaurare relazioni importanti e costruttive con gli uomini deriva proprio dall'aver fondato il modello di riferimento maschile nel padre, con una conseguente frustrante e fallimentare identificazione degli uomini con il suo ideale. L'incapacità a verbalizzare i propri stati d'animo mantiene ed alimenta una rabbia permanente e pervasiva ma sempre segreta: interiormente si esprime con i rituali furiosi dell'abbuffata e del vomito, esteriormente manifesta un imperturbabile e accondiscendente conformismo. Anche qui, è la realtà quotidiana, della pubblicità, delle biografie delle dive, che predispone all'iniziazione del comportamento bulimico - ovviamente su una già stabilita predisposizione psicologica. Le frustrazioni che emergono da un'atmosfera di pressante richiesta di prestazioni e di produttività sono già distruttive per le cosiddette persone normali; esse esplodono con devastante violenza psicologica in quelle persone che, per costituzione personologica e per copione familiare, presentano dei punti di minore tolleranza agli insuccessi e alla competitività.

• I disturbi dell'alimentazione in relazione all'isteria

Come sappiamo, la *Grande Isteria* rappresentava un quadro clinico tipico dell'Ottocento ed esprimeva, in una forma compatibile con il contesto culturale del tempo, la crisi dell'identità femminile; i disturbi dell'alimentazione, oggi, assurgono ad espressione critica dei dilemmi di quella stessa identità, utilizzando un'espressione "formale" diversa in sintonia con il contesto culturale attuale. È un fattore culturalmente indotto, ed è ovvio che le analogie tra isteria e disturbi alimentari devono fermarsi qui trattandosi di forme di disagio psichico radicalmente diverse. Infatti, l'anoressia non è riducibile all'isteria: innanzitutto perché nella clinica s'incontrano soggetti anoressico-bulimici strutturalmente ossessivi oppure - per uscire dall'ambito nevrotico - perversi, paranoici, schizofrenici; secondariamente, perché l'anoressia non è l'espressione contemporanea dell'isteria incontrata da Freud e per tre ragioni almeno:

1. può rappresentare, per il soggetto confrontato con la questione della femminilità, un punto d'impasse oppure una risposta differente rispetto a quella tipicamente isterica;
2. può costituire per il soggetto non solo una difesa *del* desiderio, ma anche una difesa *dal* desiderio;
3. infine, si presenta spesso non solo come rifiuto della domanda dell'Altro, ma come rifiuto dell'Altro *tout court*.

• Il disturbo borderline

L'ultimo disturbo che affronterò è quello borderline. Sebbene negli ultimi vent'anni la letteratura sulla patologia borderline sia notevolmente aumentata, il raggiungimento di un accordo sul concetto e sui criteri diagnostici, che caratterizzano questo disturbo, continua ad essere materia di dibattito tra le diverse scuole. I primi tentativi di definire le condizioni psicopatologiche 'di confine' risalgono alla fine del secolo scorso, quando gli psichiatri cominciarono a gettare le basi per la costituzione dei moder-

ni schemi nosografici, per concludersi all'inizio degli anni '50, quando il termine *borderline* comincia a imporsi sullo scenario della psichiatria nord americana. A questa prima fase si può far risalire il "peccato originale" che, nonostante l'imponente letteratura sull'argomento, rende ancor'oggi la diagnosi di disturbo *borderline* controversa e problematica. Infatti, il termine presenta un'intrinseca ambiguità: essendo un disturbo situato lungo la "linea di confine" con altre sindromi psichiatriche, gli aspetti clinico-diagnostici sono stati per lungo tempo definiti sulla base delle differenze che i pazienti, a cui veniva assegnata l'etichetta "borderline", presentavano rispetto a quadri sintomatologici meglio definiti.

Nel corso degli anni il disturbo *borderline* è stato via via considerato come forma sub-clinica della schizofrenia, della patologia affettiva, di gravi forme isteriche o di altri gravi disturbi della personalità. Ma a partire dagli anni '50, il termine cominciò ad essere considerato in modo distinto da quello di schizofrenia, assumendo così una maggiore autonomia e dignità psicopatologica. Un altro aspetto rilevante nell'evoluzione del concetto fu la crescente tendenza a considerare questo disturbo come espressione di un livello di «organizzazione della personalità», che poteva manifestarsi attraverso quadri sintomatologici diversi. Tale tendenza venne ulteriormente sviluppata da Otto Kernberg, il quale, nel 1967, pubblicò un lavoro in cui per la prima volta il termine *borderline* veniva associato chiaramente al concetto di organizzazione di personalità.

Con l'espressione "organizzazione di personalità *borderline*" Kernberg identificava un gruppo di pazienti che presentavano una notevole varietà di sintomi, che comprendevano un'ansia libera e fluttuante, fobie multiple, sintomi ossessivo-compulsivi, reazioni psicotiche, brevi disturbi dissociativi, preoccupazioni ipocondriache, spunti paranoidi e disturbi del controllo degli impulsi quali bulimia, promiscuità sessuale, abuso di sostanze e atti autolesivi. Per Kernberg, comunque, il quadro sintomatologico non costituiva l'aspetto caratterizzante del disturbo *borderline*: gli aspetti chiave di questa condizione andavano ricercati

nell'analisi strutturale della personalità, che permetteva di evidenziare quattro elementi fondamentali.

1. *Debolezza dell'Io*. Tale situazione si esprime in una scarsa tolleranza all'angoscia, nella difficoltà del controllo degli impulsi e nella mancanza di adeguati canali sublimatori.
2. *Processi di pensiero primario*. Sebbene l'analisi di realtà sia mantenuta, questi pazienti mostrano una tendenza ad un pensiero simil-psicotico in situazioni poco strutturate o sotto la sollecitazione di eventi stressanti e/o di intensi stati affettivi.
3. *Meccanismi primitivi di difesa*. È questo l'aspetto più innovativo della formulazione di Kernberg. Secondo quest'autore, il meccanismo di difesa fondamentale della personalità borderline è costituito dalla *scissione*. Sul piano clinico gli effetti principali della scissione sono evidenziabili nella tendenza ad avere comportamenti palesemente contraddittori, ai quali si associa la presenza di immagini di sé altrettanto contraddittorie e rapidamente oscillanti. L'impressione che spesso si ha nel dialogare con questi pazienti è quella di trovarsi di fronte a un caos.
4. *Relazioni interpersonali (relazioni oggettuali) disturbate*. È questa un'altra caratteristica importante introdotta da Kernberg. I pazienti borderline, a causa della scissione, presentano una spiccata tendenza a catalogare le altre persone secondo criteri dicotomici del tipo "tutti buoni" o "tutti cattivi", oscillando continuamente tra idealizzazione e svalutazione.

In seguito, grazie agli studi psicoanalitici all'inizio degli anni '70, il concetto di borderline non fu più definibile da una sindrome clinica ben definita, ma poteva presentare una sua espressività sintomatologica alquanto eterogenea. Proprio l'allargamento dei criteri clinico-diagnostici, comunque, dette l'impulso a migliorare ulteriormente la definizione di ciò che, ormai, veniva ampiamente accettato come uno specifico disturbo di personalità.

Da tutte queste considerazioni è facile evincere come la discussione su questo argomento sia tutt'altro che conclusa, anzi, in merito a questa continua evoluzione dei criteri diagnostici, è utile accennare al DSM-IV. Qui il paziente borderline è descritto come «*colui che intraprende relazioni interpersonali pervasive e in-*

stabili», come indicato da almeno cinque dei seguenti elementi: sforzi frenetici di evitare abbandoni reali o immaginari; relazioni interpersonali intense; disturbo dell'identità e, quindi, distorsioni persistenti dell'immagine di sé (sentimenti di non esistenza o di incarnare il male); impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (abuso di sostanze); ricorrenti minacce, gesti o comportamenti autodistruttivi; affettività instabile; marcati cambiamenti d'umore; sensazione cronica di vuoto; rabbia immotivata e intensa, o mancanza di controllo della rabbia; ideazione dissociativa o paranoide transitoria.

Secondo alcuni autori, traumi infantili quali la trascuratezza da parte dei genitori, abusi sessuali, gravi violenze domestiche, e, in minor misura, separazioni, perdite significative e confusione nell'ambiente in cui vive il bambino, sarebbero la causa del disturbo. L'enfasi posta su tali esperienze infantili permette di considerare la strenua ricerca di rapporti interpersonali (la "fame di oggetto") e l'instabilità affettiva come una ricerca di "cure genitoriali" carenti. Inoltre, gli studi familiari hanno permesso di cominciare a valutare l'importanza delle esperienze traumatiche nella patogenesi borderline: in questa prospettiva i gravi disturbi del carattere di questi pazienti sarebbero l'espressione dell'effetto di ripetuti e continui traumi provenienti da strutture e relazioni familiari gravemente compromesse.

• Isteria o sindrome borderline?

Negli ultimi anni l'attenzione per l'isterico si è indebolita nella letteratura psicoanalitica, ma si sono anche riscontrati molti casi di isteria, come se nella comunità dei terapeuti si facesse strada una richiesta inconscia di riconsiderare tale forma di nevrosi. Bollas avanza l'ipotesi che l'ascesa della personalità borderline negli anni Cinquanta abbia costituito un movimento isterico all'interno della stessa comunità psicoanalitica. Può essere successo che la psicoanalisi abbia desessualizzato il proprio linguaggio e le proprie teorie introducendo il significante "borderline", che si è poi tradotto

in una rimozione del termine “isteria”. Poiché gli isterici cercano di diventare gli oggetti del desiderio dell'altro, può essere accaduto che abbiano percepito il desiderio dell'analista per il borderline e abbiano presentato il Sé in questo modo, utilizzando la loro peculiare capacità mimetica, molto tempo prima che la comunità clinica celebrasse questo termine. Anche Green riconosce la legittimità di un paragone tra isteria e stati limite, poiché sono entità cliniche entrambe proteiformi, che richiedono di non riferirsi tanto alle manifestazioni sintomatiche, quanto piuttosto a un quadro concettuale che permetta di descrivere i movimenti strutturali che le sottendono. Green è dell'opinione che l'isterico manifesta una tendenza regressiva ma labile verso l'oggetto della pulsione, contingente, spostabile, sostituibile; mentre il ‘caso limite’, dopo vari tentativi regressivi, di cui può far parte anche la dimensione isterica, si aggrappa a un polo, a un oggetto non sostituibile e, anzi, necessario alla sopravvivenza dell'individuo.

• Bibliografia

- Albarella C., “Isteria e ritualità: un nesso tra clinica e civilizzazione”, *Riv. Psicoanal.*, 45, 1999
- Albarella C., “Metamorfosi dell'isteria: identità femminile e sessualità”, *Riv. Psicoanal.*, 47, 2001
- Albarella C., Racalbutto A., *Isteria oggi*, Borla, Roma 2004
- Barbetta P., *Anoressia e isteria*, Raffaello Cortina Milano 2005
- Bernheim H., *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Adamant Media Corporation, Paris 2001
- Bollas C., *Isteria*, Raffaello Cortina, Milano 2001
- Briquet P., *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hysterie*, J-B Ballière&Fils, Paris 1859
- Cardena E., “The domain of dissociation”, in J. S. Lynn, J. W. Rhue (a cura di), *Dissociation. Clinical and theoretical perspectives*, Guilford, New York 1994.
- Carusi A., *Psicoanalisi e ricerca sull'Infanzia*, Scriptaweb, Napoli 2006.
- Civita A., “Introduzione”, in J.-M. Charcot, *Lezioni alla Salpêtrière*, tr. it. e cura di F. Mariani, A. Civita, Guerini, Milano 1989

- Cotugno B., *Il paziente Borderline*, F. Angeli, Milano 2000
- De Vanna M., Cauzer M., Marchiori R., *Il misterioso pianeta dell'ipocondria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2002
- Deganis A. (a cura di), *I disturbi alimentari: un progetto integrato comunitario*, Franco Angeli, Milano 2005
- Easser B. R., Lesser S.R., "La personalità isterica: una riconsiderazione", in F. Scalzone e G. Zontini (a cura di), *Perché l'isteria*, Liguori, Napoli 1999
- Ellenberger H. F., *La scoperta dell'incoscio*, Bollati Boringhieri, Torino 1976
- Fagiani M. B., *Lineamenti di psicopatologia dell'età evolutiva*, Carocci, Roma 2002
- Ferro F. M., Riefolo G., *Isteria e campo della dissociazione*, Borla, Roma 2006
- Freud S., *Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica fra i sessi*, in *Opere di Sigmund Freud (OSF)*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1978
- Freud S., *Biografia*, in *OSF*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1991
- Freud S., *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, in *OSF*, vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino 1967
- Freud S., *Compendio di psicoanalisi*, in *OSF*, Bollati Boringhieri, Torino 1987
- Freud S., *Il metodo psicoanalitico freudiano*, in *OSF*, vol. IV, Bollati Boringhieri, Torino, 1987
- Freud S., *Il tramonto del complesso edipico*, in *OSF*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1981
- Freud S., *Inibizione, sintomo e angoscia*, in *OSF*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1989
- Freud S., *L'educazione sessuale dei fanciulli*, in *OSF*, vol. IV, Bollati Boringhieri, Torino 1967
- Freud S., *L'ereditarietà e l'eziologia delle nevrosi*, in *OSF*, vol. II, Bollati Boringhieri, Torino 1968
- Freud S., *Sessualità femminile*, in *OSF*, vol. X, Bollati Boringhieri, Torino 1979
- Freud S., *Studi sull'isteria*, in *OSF*, vol. XI, Bollati Boringhieri, Torino 1979
- Freud S., *Trattamento psichico (trattamento dell'anima)*, in *OSF*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1967
- Freud S., *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in *OSF*, vol. IV, Bollati Boringhieri, Torino 1967

- Galimberti U., *Dizionario di psicologia*, Utet, Torino 2006
- Godino A., Toscano A., *Ipnosi: storia e tecniche*, Franco Angeli, Milano 2007
- Gordon R. A., *Anoressia e bulimia*, Raffaello Cortina, Milano 1991
- Green A., “Il chiasma: i casi limite visti dalla 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
- Infrasca R., *Accadimenti nell’infanzia e psicopatologia dell’adulto*, Edizioni Scientifiche Ma. Gi, Roma 2003
- Kaech R., “L’isterismo da Charcot in poi”, *Rivista Ciba*, 37, 1952
- Knibiehler Y, Fouquet C., *Les femmes et les medecins*, Hachette, Paris 1983
- Kristeva J. *Le nuove malattie dell’anima*, Borla, Roma 1998.
- Lynn S. J., Rhue J. W. (a cura di), *Dissociation. Clinical and theoretical perspectives*. New York, Guilford 1994
- Mangini E., *Lezioni sul pensiero freudiano*, Led, Milano 2001
- Marmor J., “L’oralità nella personalità isterica”, in F. Scalzone e G. Zontini (a cura di), *Perché l’isteria*, Liguori, Napoli 1999
- Masciangelo P. M., “Su Freud per il dopo Freud. Una riflessione metapsicologica”, in Semi A. A. (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano 1988
- Mattioli G., Scalzone F. (a cura di), *Attualità dell’isteria. Malattia desueta o posizione originaria?*, Franco Angeli, Milano 2002
- Miraglia F., *Per una cultura del nascere*, Rubbettino Ed., Soveria Mannelli 2005
- Putrella F., “Il modello freudiano”, in: Semi A.A. (a cura di), *Trattato di psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano 1988
- Racalbuto A., “Dalle origini alla costellazione edipica: il ‘femminile’ e il conflitto d’alterità”, *Riv. Psicoan.*, 1, 2004, p. 50
- Rousselle A., *Sesso e società alle origini dell’età cristiana*, Laterza, Roma-Bari 1983
- Sacerdoti G., *Isteria, Trattato di psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano 1989
- Semi A. A., “Sull’isteria e l’identificazione isterica”, *Riv. Psicoan.*, 41, 1995
- Shorter E., *Storia del corpo femminile*, tr. it. di M. Manzari, Feltrinelli, Milano 1984
- Sissa G., *La verginità in Grecia*, Laterza, Roma-Bari 1992
- Turolla A., *La questione isterica*, Cleup, Padova 1984
- Vegetti Finzi S., “La psicoanalisi come sovversione del sapere”, in Id., *Storia della psicoanalisi*, Mondadori, Milano 1986
- Zetzel E., “The so called good hysteric”, *Int. J. Psycho-Anal.*, 17, 1967, p.

