

Il mondo dell'isteria

Adriana Prela*

SOMMARIO. – Esporrò il grande contributo di Freud non solo nell'ambito della neuropatologia, della psichiatria, e della medicina in generale, ma mostrerò come egli con la sua ricerca clinica abbia aperto una strada nuova rispetto alla comprensione della psicopatologia. Prenderò in esame alcune teorie sulla genesi dei sintomi dell'isteria e descriverò il viaggio scientifico di Freud che ha aperto una nuova prospettiva portando gradualmente alla nascita della psicoanalisi. Un contributo importante è la teoria del codice multiplo di Bucci con i tre principi distinti di organizzazione dell'esperienza. Il modello viene applicato alla clinica e determina il trattamento, ha dunque lo scopo di spiegare e di intervenire sul mondo dell'isteria. Anche il modello della Bucci ha degli aspetti critici e ha delle ricadute evidenti che vedremo in questo lavoro. Un contributo enorme è quello di McWilliams, a proposito del disturbo istrionico di personalità. Il sintomo strutturale assume qui la posizione che gli spetta nella spiegazione e nella cura della psicopatologia. Nella sua opera c'è un passaggio importante: si procede da una spiegazione di mono causalità lineare verso una casualità multi fattoriale. Una volta letto questo articolo, si vedrà che è necessario fornire nuovi contributi alla comprensione dei processi psichici, e per fare questo occorre una rivisitazione delle teorie psicoanalitiche.

Parole chiave: epistemologia; complessità; psicopatologia; isteria; sintomo.

La nevrosi isterica

‘Se gettiamo per terra un cristallo, questo si frantuma, ma non in modo arbitrario; si spacca secondo le sue linee di sfaldatura in pezzi i cui contorni, benché invisibili, erano tuttavia determinati in precedenza dalla struttura del cristallo. Strutture simili, piene di strappi e fenditure, sono anche i malati di mente’ (Freud, 1932, p. 465).

Il termine isteria (Freud, 1888, p. 43; dalla parola greca che sta per utero) risale ai tempi più antichi della medicina. L'isteria o dipendeva dall'utero oppure era finzione, il suo stato veniva considerato frutto di simulazione e di

*Psicologa, Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia.
E-mail: adrianaprela@hotmail.com

esagerazione, indegno dell'osservazione clinica. Questa patologia era associata a problemi del mondo femminile, e qualora venisse osservata la sintomatologia isterica nei maschi, venivano create nuove diagnosi come 'nevrastenia' o 'shock da bombardamento'. Il cuore della diagnosi, oggi, non può essere ridotto alla simulazione; occorre in ogni caso che il professionista sappia individuare la sintomatologia isterica senza fermarsi all'apparenza.

Una migliore comprensione della malattia ha inizio con gli studi di Charcot e con la scuola della Salpêtrière (Breuer, Freud, 1892, p. 143; Freud, 1888, p. 69), Janet, P. (1882), Bernheim, Breuer e altri medici studiavano l'isteria con l'ipnotismo (Janet, 1882). A Nancy, la scuola di Lièbeault e di Bernheim si poneva in antagonismo con Charcot. Nel mondo della psichiatria alla fine dell'800 l'ipnosi era assai diffusa. Charcot conduceva le sue fondamentali ricerche sulle grandi nevrosi e si concentrò in particolare sull'isteria. L'attacco isterico come egli lo descrisse consisteva in quattro fasi: la fase epilettiforme, la fase dei movimenti ampi, la fase delle attitudini passionali e la fase del delirio terminale, oltre a un'ampia varietà di sintomi fisici, un insieme di sintomi eterogenei all'interno di una stessa diagnosi. In questo modo tutti i sintomi fisici rientravano nel grande attacco isterico: l'isteria fungeva da copertura per l'incomprensibile. Facevano parte del quadro clinico dell'isteria anche le stigmate.

Charcot, nei suoi studi clinici considera l'isteria una degenerazione congenita del cervello; per lui l'ereditarietà è la vera causa dei grandi attacchi isterici e la malattia è il risultato di un'intossicazione da mercurio. Queste idee di Charcot non erano ben accette a Vienna. Nel frattempo Freud aveva fatto domanda per una borsa di studio che gli consentisse di proseguire gli studi in neuropatologia. Il suo desiderio venne esaudito, fu inviato a Parigi con una borsa di studio che avrebbe dovuto mettere in discussione le teorie di Charcot, ma le cose presero un'altra piega (Freud, 1885-86, p. 5). Egli si immerse nello studio dell'ipnotismo, imparò la tecnica ipnotica e inizialmente la difese trovandovi spunti promettenti per il futuro della terapia delle nevrosi. Al contrario, l'autorevole professor Meynert (Meynert, 1889, p. 686) e altri celebri medici dell'epoca mossero critiche all'ipnosi escludendone qualsiasi valore terapeutico e scientifico: 'le guarigioni non dimostrano nulla, anzi hanno esse stesse bisogno di essere dimostrate.' (Freud, 1889, p. 97)

L'ipnosi rimase per i medici a Vienna un procedimento inefficace e un intervento pericoloso. Freud finì per contrapporsi al venerato maestro Meynert. In seguito aprì il suo studio professionale iniziando ad applicare la procedura e producendo nei pazienti l'ipnosi con l'obiettivo di liberali, guarirli dai sintomi. Con la suggestione si mirava ad un effetto immediato: 'Se la terapia ipnotica è rivolta solo ai sintomi, e non ai processi patologici, essa segue la via che tutte le altre terapie sono obbligate a praticare' (Freud, 1891, p. 120). Freud nel 1889, per perfezionare la sua tecnica ipnotica, passò alcune settimane alla scuola di Nancy. La teoria della suggestione ela-

borata da Liébeault e dai suoi seguaci Bernheim, Beaunis, Liégeois (Freud, 1888) sosteneva che tutti i fenomeni ipnotici fossero effetti psichici e idee suscitate nel paziente dall'ipnotizzatore mentre sia per Charcot che per Freud questa tesi era da rifiutare.

Mi interrogo circa l'ipnosi e l'epistemologia ad essa sottesa. Le teorie formulate rispondono ai criteri della complessità umana? Il primo passo del trattamento ipnotico consiste nel provocare uno stato ipnotico, in un secondo tempo si trasmette all'ipnotizzato una suggestione. Lo strumento primo con cui si opera è la suggestione: il trattamento ipnotico consiste nell'ordinare, durante lo stato di ipnosi, la scomparsa dei sintomi del paziente. Il trauma sepolto nell'inconscio viene in qualche modo restituito, e a che cosa? In mancanza di coscienza – poiché l'ipnosi avviene in stato di trance – se in qualche modo viene restituito un sapere, si tratta del sapere del terapeuta. Freud era consapevole che l'ipnosi soddisfacesse tutti i requisiti di una terapia causale diretta, in accordo con l'epistemologia positivista dell'epoca, e secondo una logica del tipo causa-effetto.

Dopo un certo arco di tempo Freud cessò di praticare la tecnica ipnotica, in favore del metodo catartico di Breuer che utilizzava l'ipnosi per risvegliare i ricordi del tempo passato in cui il sintomo si era manifestato per la prima volta. Breuer era un medico affermato e insieme a Freud proseguì lo studio dei processi psichici durante l'attacco isterico. Freud arrivò a contestare la teoria eziologica di Charcot, superando il fattore ereditario con una svolta epocale. Centrale nell'osservazione di Freud rispetto alla causa è il fatto che essa non risieda nell'ereditarietà, ma in anomalie della vita sessuale. Egli giunse all'eziologia dell'isteria attraverso l'osservazione di pazienti isteriche in condizione ipnotica, analizzando il contenuto dell'attacco isterico indotto dallo stato ipnotico. Aveva riscontrato dei traumi incestuosi durante il processo dell'ipnosi.

Tra Freud e Bleuler, entrambi grandi clinici, esisteva un netto dissenso nel concettualizzare l'isteria e la loro cooperazione era tutt'altro che facile. Ai fini di una migliore comprensione del tema, descriverò di seguito lo stato di coscienza normale (senza sintomi) e gli stati patologici (con i sintomi).

Secondo Breuer (1893; discusso in Freud, 1893, p. 422) 'base e condizione' dell'isteria era la presenza di particolari stati di coscienza di tipo traumatico con limitata capacità di associazione, stati per i quali Breuer propose il nome di 'stati ipnoidi'. Egli sostenne un'isteria ipnoide; non riconobbe al fattore sessuale alcun ruolo nell'eziologia dell'isteria. La sessualità quale fonte di traumi psichici veniva rifiutata da Breuer, ipotizzando un meccanismo psichico di tipo dissociativo: 'In essa una rappresentazione diventerebbe patogena per il fatto che essa, accolta in uno stato psichico particolare, è rimasta fin da principio esclusa dall'Io' (Freud, 1893, p. 422).

Freud sosteneva un'isteria da difesa: il ricordo rappresentava il ritorno dell'evento che aveva causato l'attacco isterico, il ritorno del trauma psichi-

co. Si trattava di un ricordo inconscio o, meglio, appartenente al secondo stato di coscienza. Se l'isterico voleva dimenticare un evento, se reprimeva o inibiva una rappresentazione, questi atti psichici finivano nel secondo stato di coscienza, mentre il ricordo di essi ritornava come attacco isterico. Durante l'attacco il paziente si trovava completamente o parzialmente nel secondo stato di coscienza, mentre quando egli era nello stato di coscienza normale vi era l'amnesia dell'attacco; nel primo caso, i pazienti rivivevano in modo allucinatorio lo stesso avvenimento che aveva provocato il primo attacco. Freud credeva che vi fosse un rapporto causale tra l'evento determinante e il fenomeno patologico. Egli si accorse che non era sempre così, a volte, la connessione era chiara ovvero il trauma psichico causava direttamente l'isteria. In altri casi tra il fatto originale e il fenomeno patologico vi era solo una relazione simbolica.

La causa della nevrosi traumatica non è la lesione fisica, ma il trauma psichico. 'Può agire come trauma qualsiasi esperienza provochi gli affetti penosi del terrore, dell'angoscia, della vergogna, del dolore psichico' (Freud, 1892, p. 177).

La visione freudiana ritiene che la patologia sia il risultato di un processo attivo della psiche, considerando la rimozione il processo mentale centrale nell'isteria. Anche il concetto di conversione isterica è importante in Freud. Egli parla di conversione isterica intendendo uno stato affettivo intenso, inaccettabile per l'Io cosciente, che viene rimosso poiché non è riuscito a trovare una scarica adeguata e defluisce nell'innervazione somatica (conversione). Secondo questa concezione, l'isteria si genera mediante la rimozione di una rappresentazione insopportabile per effetto di difesa.

Gli 'Studi sull'isteria', frutto del lavoro comune di Freud e Breuer (1892-95), sono un contributo prezioso per la clinica e per la medicina in generale. Essi comprendono cinque casi clinici, il primo caso è scritto da Breuer ed è il celebre caso di Anna O.

L'esperienza di Breuer si esaurisce con questo caso, descritto oltre dodici anni dopo la cura. Breuer terminò affermando: 'da allora (1882) gode (1895) perfetta salute', tuttavia Anna O in seguito ebbe varie ricadute e venne anche ricoverata; fu lo stesso Breuer ad osservare il ritorno della sintomatologia: l'effetto terapeutico fu dunque temporaneo. Attualmente alcuni ritengono che il caso clinico di Anna O non sia tanto riconducibile ad un quadro clinico di isteria quanto piuttosto a un disturbo dissociativo di personalità.

Tra i quattro casi clinici descritti da Freud, spicca quello della Signora Emmy Von N., un quadro tipico d'isteria. Freud riconosce come non sia facile decidere tra una diagnosi di isteria o di altre forme di nevrosi. Questa paziente si prestava all'ipnosi con la più grande facilità e raggiungeva la piena suggestionabilità dei sonnambuli. Freud applicò su di lei il metodo catartico di Breuer: il trattamento durò circa sette settimane, una terapia breve volta ad

eliminare i sintomi. Scrive Freud: 'L'attacco isterico si deve forse interpretare come un tentativo di compiere la reazione al trauma (Freud, 1892 p. 156). Il paziente ha subito un trauma psichico che non è stato abreagito, la terapia ipnotica consiste nel farglielo rivivere, sotto ipnosi, costringendolo questa volta a completare la sua reazione. Lo stato della paziente migliorò in breve tempo, ed egli concluse la terapia ipnotica. Il benessere durò per parecchi mesi ma si ebbero in seguito altre crisi. Durante il suo lavoro Freud intuì che non tutti i pazienti si potevano ipnotizzare, come nei casi di Miss Lacy e di Elisabeth von R; questa difficoltà gli richiese un ripensamento del lavoro terapeutico e lo condusse ad abbandonare l'applicazione della psicoterapia ipnotica per ottenere dal paziente la rievocazione di episodi dimenticati. L'ostacolo lo spinse a considerare questa stessa difficoltà come un momento costitutivo dell'isteria: 'da questa nuova difficoltà mi salvò il ricordo di aver visto Bernheim fornire la prova che i ricordi del sonnambulismo sono soltanto apparentemente dimenticati nella veglia, e che si possono ridestare mediante un leggero ammonimento, dato insieme a una pressione della mano a indicare un diverso stato di coscienza' (Freud, 1893, p. 266). Il procedimento di Bernheim fu il nuovo modello tecnico di Freud ed egli lo applicò per la prima volta con Miss Lacy R. Secondo la concezione freudiana, il paziente soffrirebbe di un trauma, o di una serie di traumi sessuali infantili.

L'obiettivo terapeutico di Freud consisteva nel raggiungere i ricordi, le rappresentazioni patogene che erano portate fuori dalla coscienza e dalla memoria ed erano cadute nell'oblio: queste dovevano venire alla coscienza, diventare coscienti sotto la pressione della sua mano.

L'obiettivo è il medesimo per Freud: aggirare l'ipnosi e raggiungere la regione dell'organizzazione patogena che ha in sé l'origine del sintomo. Si tratta di abreagire il trauma, cioè di ri-traumatizzare il paziente.

Freud a volte oscillava rispetto alle sue scoperte, da una parte pensa di aver capito il meccanismo psichico dell'isteria, dall'altra scriveva: 'ma quanto siamo lontani oggi dalla possibilità da una cosiffatta comprensione perfetta dell'isteria' (Freud, 1892, p. 393). E ancora: 'nuove esperienze dovranno dirci, speriamo presto, se con questa tendenza ad allargare il concetto della difesa estendendola a tutta l'isteria io non corra pericolo di cadere nell'unilateralità e nell'errore (Freud, 1893, p. 422).

Mentre faceva esperienza clinica con la tecnica utilizzata da Bernheim, Freud ammetteva a sé stesso che esistesse la possibilità del fallimento nel procedimento della pressione della mano, anche perché non sempre si otteneva la reminiscenza. Rispetto alle guarigioni gli venne il dubbio che ad agire non fosse tanto il meccanismo del ricordo del trauma, il portare a consapevolezza quello che era accaduto nella realtà, bensì la suggestione. Anche la tecnica di Bernheim venne per ciò sostituita.

Per queste e altre ragioni, Freud procedette trovando la strada per quella che sarebbe stata la sua specifica tecnica, le associazioni libere. Rispetto

all'ipnosi, vi era una innovazione del modo di lavorare, se pure non sufficiente: come vedremo la clinica darà un colpo devastante alla teoria.

Mentre egli proseguiva con le scoperte, riscontrava nuove difficoltà nella pratica clinica: doveva lottare contro la forza psichica dei pazienti che si opponeva, al raggiungimento dei ricordi rimossi. Freud aveva la certezza di conoscere la realtà del paziente; i suoi interventi erano diretti verso un luogo remoto. Egli credeva che il compito della forza psichica fosse quello di impedire il ritorno delle rappresentazioni patogene. Scrive di trovarsi in principio davanti a questa forza come davanti a un muro e che la penetrazione nel mondo del paziente dipenda dal superare questa fortezza, la resistenza all'associazione: 'il paziente resiste, si difende dalle mie interpretazioni'. Si accorgeva che il sintomo 'resisteva' alla parola, resisteva alla cura e intuiva che ci fosse un legame quasi indistruttibile del soggetto con il suo sintomo.

In Freud, la sessualità aveva un ruolo centrale, sia a livello teorico che nella pratica clinica, nell'eziologia non solo dell'isteria ma anche della psicopatologia in generale.

Egli intendeva l'inconscio come un luogo in cui convergevano per rimozione tutti i pensieri non accettati dalla coscienza e fonte di angoscia per l'Io. Successivamente essi riaffioravano e i sintomi di conversione erano l'espressione inconscia tramite il corpo delle emozioni rimosse.

Procedendo con lo sviluppo della sua teoria, Freud abbandonò la teoria del trauma reale e la sostituì con una teoria fantasmatica nella quale la realtà non aveva valore. Arrivò ad affermare che alla base dell'isteria vi fosse una duplice fissazione: problemi orali ed edipici. Secondo la sua ipotesi teorizzata con il Complesso di Elettra, nella prima infanzia la bambina ha bisogno di cure materne assidue; resta delusa dalla madre che non riesce a farla sentire sicura, appagata e apprezzata. Il bambino – sotto la spinta della rivalità col padre – incontra l'oggetto materno, ma proprio a causa della proibizione paterna lo sostituisce con un altro oggetto. La bambina si trova da principio nella stessa posizione del maschio: è oggetto delle cure materne e al tempo stesso oggetto del desiderio della madre; si accorge rapidamente che la madre desidera qualcosa che lei in quanto bambina non ha e di non essere l'oggetto in grado di soddisfare il desiderio materno. Si rivolge al padre come nuovo oggetto, in precoce 'concorrenza con la madre', che era stata fino poco prima il suo oggetto. Freud sosteneva che la bambina 'attende dal padre il dono fallico' e il rapporto madre-figlia si rivelava in tal modo notevolmente complesso, a tal punto che Freud parlava di 'catastrofe'. Lo sviluppo dello [psichismo?] femminile procedeva per grandi separazioni implicando la separazione dall'oggetto in grado di soddisfare fantasmaticamente le attese della bambina; oggetto che essa doveva attendere dal padre per uscire dalle 'panie' del rapporto con la madre. In conclusione, la bambina sarebbe riuscita a separarsi dalla madre unicamente svalutandola e rivolgendo il proprio amore verso il padre.

Nella letteratura psicoanalitica si parla di isterici ‘sani’ e ‘malati’. I pazienti isterici ‘sani’ sono definiti da una varietà di aggettivi, come ‘buoni’, ‘fallici’ e ‘autentici’. Una quantità maggiore di definizioni è stata applicata a quelli che rientrano nel secondo gruppo ‘isterici orali’, ‘isterici buoni’, ‘isteroidi’ e ‘personalità infantili’ (Gabbard, 2015, p. 540).

Un punto critico centrale riguarda il riduzionismo freudiano: ‘quando una teoria assolutizza una specifica caratteristica della natura umana, per giusta che possa apparire all’interno di una coerenza logica data, si cade inevitabilmente nel riduzionismo (Minolli, 2015, p. 34). L’esaltazione della libido è ritenuta essere uno dei grandi limiti dell’approccio freudiano: si crede che essa non consideri la vera essenza di una persona. Vi sarebbe, inoltre, una mancata valorizzazione dell’ambiente. Mi sembra che senza prendere in considerazione l’altro e l’esperienza con l’altro non si possa avere una teoria della psicopatologia: tutto ciò che è essenziale per iniziare a capire la natura umana e la psicopatologia, parrebbe assente in Freud.

Spero che gli psicoanalisti che ancora oggi seguono la lettura freudiana dell’isteria abbiano il coraggio di oltrepassarla. I motivi che mi spingono all’obiezione, sono molti, ma desidero segnalare alcuni punti deboli che a mio parere richiedono massima attenzione. Credo che in Freud vi sia una spiegazione troppo semplice del mondo del paziente, la cui realtà deve corrispondere, deve rientrare nello schema della teoria. Nella visione freudiana vige un’idea semplice della psicopatologia, che non corrisponde alla realtà complessa del paziente.

Per chiarire uno degli inciampi freudiani va sottolineato come lo sviluppo della sessualità femminile (e anche quello della sessualità maschile) non segua il percorso previsto da Freud. In primo luogo, credo che sarebbe giusto iniziare a parlare di sviluppo psicofisico, tenendo presente che la malattia e la formazione dell’essere umano non possono essere spiegate con la vita sessuale.

Cito Daniela De Robertis: ‘Il concetto di libido e il punto di vista economico sono due referenti che Freud eredita dal contesto storico del suo tempo, espressione dell’epistemologia positivista e fisicalista cui Freud aderisce’ (De Robertis, 2004, p. 86). Riflettendo sul concetto di libido noto una contraddizione nel cuore della teoria dell’isteria: Freud sostiene che le cause della formazione dei sintomi isterici siano da cercare nell’ambito della vita psichica, ma allo stesso tempo ingenera un equivoco che accompagnerà la sua teoria per sempre, affermando ossia che il fattore biologico e la vita sessuale debbano spiegare il disagio psichico, la vita psichica. Credo che i traumi e gli abusi sessuali non abbiano il potere di sviluppare sintomi isterici, che non esista una relazione diretta tra il sintomo e il rimosso. All’interno della ricerca ipnotica (che non è ricerca psicoanalitica) Freud si accorse della componente sessuale dell’isteria. Mi pongo alcune domande alle quali la teoria della libido non credo possa

rispondere e avanzo delle critiche rispetto alle fondamenta della psicoanalisi, evidenziando le sue lacune sin dai primi passi. Riporto a tale proposito una posizione che condivido: 'La meta-psicologia freudiana, per la natura stessa dei suoi costrutti di base (quali energia psichica, pulsione, di investimento e così via) non appare suscettibile di validazione empirica' (cit. Solano, 2001, p. 231).

Desidero porre alcune domande, utili per decostruire l'approccio freudiano. Come può la psicopatologia avere origine dalla libido? Come può lo sviluppo psicofisico dipendere dalla libido?

Un ulteriore sostegno alle mie affermazioni rispetto all'impossibilità del fattore libidico come spiegazione della sintomatologia isterica ha a che fare con un altro 'errore' del padre della psicoanalisi, quello di trasferire le perversioni delle isteriche, osservate durante l'ipnosi, al mondo dell'infanzia. L'essere umano si può pervertire e sia la ricerca ipnotica che quella clinica lo dimostrano con la scoperta desideri incestuosi, dell'Edipo, ecc. Credo che il concetto di fissazione doppia, orale ed edipica, nell'isteria non regga, come pure che non si possa parlare di isterici orali e fallici.

Ritengo che la teoria della libido non sia stata fondata in maniera convincente, che si sia trattato di una generalizzazione impropria. Mi pongo un'altra domanda rispetto alle zone erogene che nella concezione freudiana danno luogo a diverse nevrosi. Come si può stabilire il tempo della fissazione in una data zona partendo dalla clinica? Se mai queste zone esistessero, penso che nessuno possa individuare il momento esatto della fissazione stabilendo un punto di inizio se non 'a priori'. La ragione mi porta a contestare con forza il concetto delle zone erogene. Mentre sto per concludere questa parte, formulo le ultime domande: in base a quale criterio Freud decide la scansione temporale della psicopatologia? Da dove si inizia? Viene naturale l'ulteriore domanda: cosa c'è di reale, di vero, di coerente, di concreto nella teoria freudiana? In base a queste domande e argomentazioni, fatali per la teoria della libido, penso che si possa ritenere che la realtà psichica sia molto differente da quello che pensava Freud, e che sia necessario fornire nuovi contributi alla psicoanalisi.

La teoria del codice multiplo e la psicosomatica

Prima di iniziare a esaminare il modello emozionale della Bucci, mi soffermerò brevemente sul costrutto di alessitimia (si parla di funzionamento alessitimico) e sulle sue conseguenze dirette sulla salute. In questo modello viene proposto un cambiamento di prospettiva, da un modello centrato sull'inibizione, per il quale la persona reprime, inibisce o nega le emozioni, ad uno basato sull'assenza di parole. Al centro di questo approccio, sta un difetto di espressione emotiva come base di disturbi somatici. Secondo tale

visione il soggetto alessitimico ha difficoltà anche a identificare le proprie emozioni, è incapace di provarle e di esprimerle, in sintesi appare carente nella dimensione cognitiva-esperienziale ed interpersonale mentre si presentano i disturbi somatici.

La parola a-lessi-timia, di derivazione greca, da *alfa*-privativo, *lexis*-parola, *thymos*-emozione: mancanza di parole per le emozioni. La persona quindi non ha parole per le emozioni, o meglio non riesce ad esprimerle.

‘L’alessitimia viene concettualizzata come un disturbo della regolazione affettiva’ (Solano, 2001). I diversi disturbi fisici e mentali (il modello di psicopatologia) si caratterizzano da scarsa espressione emotiva, o da livelli eccessivi di emozione espressa. Alla base si ha la presenza di un’emozione non sufficientemente elaborata, pensata, ‘digerita’, che può portare a una inibizione dell’espressione emotiva, oppure a carenze della regolazione emotiva. Secondo Luigi Solano, Wilma Bucci ‘pur non facendo esplicito riferimento al concetto di alessitimia, ha proposto un modello di costruzione degli schemi emozionali che implica la possibilità di interruzione o blocco delle connessioni al loro interno dovuto a carenze nella relazione di accudimento primario’ (Solano, 2001, p. 212).

Anche Porcelli fa un’osservazione simile: ‘per chi ha familiarità con la letteratura psicosomatica apparirà evidente come questo modello sia vicinissimo al costrutto di *alexithymia* ed al concetto di ‘disregolazione affettiva’, se il termine *alexithymia* può essere tradotto ‘emozioni senza parole’, il modello di somatizzazione della Bucci può diventare ‘stati somatici senza simboli’ (Porcelli, 1997, p. 152).

All’inizio, la Bucci ha elaborato un modello evolutivo, chiamato ‘teoria del codice duale’ sostituito in seguito con la ‘teoria dell’elaborazione dell’esperienza’, detta diversamente ‘teoria del codice multiplo’. L’autrice estende la base solida freudiana (pensiero primario e secondario) per includere tre (e non due) sistemi di pensiero.

Nella ‘teoria dell’elaborazione dell’esperienza’ l’attività della mente è risultato di tre distinti sistemi di immagazzinamento ed organizzazione delle informazioni, delineate progressivamente nel corso dello sviluppo. Il bambino per formare i propri schemi emotivi dipende dall’altro, la cui presenza funge per lui da organizzatore della vita simbolica. Secondo la Bucci, gli schemi emotivi, affettivi, emozionali si iniziano a formare all’interno dei sistemi non verbali e hanno la caratteristica di essere sempre attivi, rendendo possibile l’elaborazione in parallelo delle informazioni. Le modalità di elaborazione delle informazioni e delle categorie dell’esperienza sono: i) sistema non verbale-non simbolico: le modalità di funzionamento di questo sistema si distinguono dagli altri due sistemi. Il sistema subsimbolico è di natura continua, non categoriale; ii) sistema non verbale-simbolico. A questo livello di organizzazione e funzionamento di pensiero, i simboli sono immagini e possono essere organizzati in schemi. I simboli in questo

modello sono entità discrete e possono essere ricondotte a categorie ed essere combinate in un numero infinito di possibilità dotate di significato; iii) sistema verbale- simbolico, è il codice del linguaggio e della logica. Nel modello della Bucci le parole sono simboli che possono essere combinate in un numero illimitato di modi. Il sistema verbale immagazzina le informazioni e si organizza seguendo le regole del linguaggio e della logica formale. Quindi utilizza le parole per organizzarsi e comunicare con gli altri e con sé stessi, per dirigere e regolare il comportamento. Il funzionamento di questo sistema può essere considerato analogo al pensiero del processo secondario di Freud.

Solano esplicita un altro dato: 'la teoria del codice multiplo deriva dai modelli cognitivi attuali ma va oltre poiché pone l'accento sul ruolo delle emozioni nella cognizione umana e sugli aspetti complessi della tradizione delle esperienze emotive nelle forme verbali'. In questo paradigma, le emozioni vengono viste come schemi immagine-azione e si distinguono da altri schemi cognitivi nell'essere parzialmente dominati da sistemi di elaborazione motori e viscerali. Il sistema non verbale e verbale con i loro specifici principi organizzativi, si collegano tra loro attraverso i nessi referenziali. Il processo referenziale mira ad essere una misura del ciclo referenziale, che connette i contenuti analogici, in parallelo, dei sistemi non verbali con il formato 'a canale singolo', sequenziale, simbolico del codice verbale. Secondo l'autrice lo sviluppo emotivo normale dipende dall'integrazione dei processi somatici, sensoriali e motori negli schemi emotivi, il fallimento di questa integrazione causa i disturbi emotivi. Il livello più profondo di dissociazione implica la mancanza di formazione di queste connessioni fin dall'inizio. La Bucci parla di un blocco delle connessioni all'interno degli schemi non verbali o tra le rappresentazioni non verbali e le parole. 'La Bucci (1997) propone che la situazione di alessitimia possa implicare una dissociazione tra le rappresentazioni emotive di tipo analogico, globale, presenti soprattutto nell'emisfero destro, e quelle codificate da immagini e parole presenti nell'emisfero sinistro' (cit. Solano, 2001, p. 227). L'autrice sostiene che tutte le forme di somatizzazione implicano dissociazioni a livelli differenti di gravità fra pattern somatici e motori di attivazione e rappresentazione simbolica degli oggetti all'interno degli schemi emotivi. Lo sviluppo emotivo normale dipende dall'integrazione dei processi somatici, sensoriali e motori negli schemi emotivi, per cui è il fallimento di questa integrazione responsabile dei disturbi emotivi. Le sindromi come ipocondria e conversione isterica implicano la focalizzazione su particolari organi corporei che risultano danneggiati e che questa particolare sezione corporea funge da simbolo che organizza lo schema emotivo quando l'oggetto primario dello schema viene dissociato al servizio delle difese. I sintomi isterici riguardano un'attivazione subsimbolica più estesa delle tracce a livello delle rappresentazioni viscerali, motorie e sensoriali. Secondo la Bucci, i

sintomi somatici e agiti possono essere visti in alcuni casi come adattivi e progressivi.

Vediamo l'applicazione diretta nella pratica clinica con delle ricadute nella stanza d'analisi. Consideriamo le mie obiezioni rispetto alla ricerca empirica: in questo caso abbiamo l'assolutizzazione del concetto di Alessitimia e della disregolazione emotiva, che tendono ad estendersi trasversalmente per consegnare alla clinica la chiave della comprensione di tutta la patologia somatica e mentale. È chiaro che vi sia una generalizzazione indebita. Partendo dalla mia esperienza posso disconfermare questo modello clinico. Il modo in cui viene svolta la ricerca, con delle semplici ipotesi che assumono dei poteri esplicativi illimitati rispetto alla psicopatologia, mi lascia perplessa.

C'è una epistemologia positivista che domina la ricerca: anche il modello della Bucci non si distacca da essa. Il nostro è il tempo della complessità e una spiegazione di tipo causa effetto non è senza conseguenze per la psicoterapia.

Coerente con questo modello di sviluppo sano e psicopatologico, lo psicoterapeuta assume la funzione di un nuovo oggetto primario per il paziente. Seguendo questo modello, la cura consiste quindi nel riparare la dissociazione emotiva, ricostruire gli schemi emotivi dissociati. In questo approccio il sintomo somatico è dotato di significati emotivi (in verità non esiste lo sviluppo del significato emotivo semmai esiste quello cognitivo, gli schemi cognitivi, essendo il sintomo fuori del controllo della coscienza, senza significato di per sé). Il sintomo corporale del paziente adulto nel qui ed ora viene ricondotto nel là ed allora; il terapeuta deve riparare il difetto dell'infanzia, e per farlo va a focalizzare l'intervento di cura nel là ed allora del trauma del paziente, ma in questo modo non si ripristina la salute psicofisica. Il modello della Bucci non si può seguire come un modello di psicopatologia generale.

Dopo avere riflettuto molto, espongo alcuni punti del mio pensiero sul disagio psicofisico (non disagio fisico e mentale): esso deve essere inserito in un processo evolutivo; non esiste solo uno sviluppo fisico (peso, altezza, cioè il corpo) bensì soprattutto uno sviluppo psicofisico. È in via di formazione un processo di costruzione dell'identità. Ogni formazione dell'essere richiede un lunghissimo periodo ecco perché un trauma unico o cumulativo, un difetto di espressione emotiva come base di disturbi somatici, non può spiegare la psicopatologia. Una piccola patologia può diventare una grande.

Nella mia concettualizzazione i contenuti hanno un ruolo che non va trascurato nella clinica, nel loro insieme delineano l'identità. Uso una metafora, quella dell'albero. I rami dell'albero sono i comportamenti che si vedono più facilmente, in cui entrano anche i sintomi fisici; i rami sono ben radicati nel tronco che entra a far parte integrante del nostro Io, che a sua volta è radicato sotto terra, la parte più profonda. Ma c'è un unico albero.

L'isteria nel manuale diagnostico e statistico 5

Io credo che sia utile iniziare a trattare questa parte riportando alcune critiche formulate al manuale diagnostico e statistico (DSM) 5.

‘Il DSM è un manuale diagnostico, e in medicina diagnosi significa identificazione di una malattia e possibilmente delle sue cause. In psichiatria, non essendo note le cause dei disturbi mentali il concetto di diagnosi si riferisce solo alla prima parte della definizione di una malattia’ (Porcelli, 2014, p. 432)

‘Le forme di disagio che da sempre la psichiatria cerca di catturare e descrivere continuano a subire ridefinizioni e ricollocazioni nel quadro nosografico e questo è vero per l'isteria. Nel DSM-5 è stata fatta la scelta di non usare il termine nella classificazione dei disturbi, è ciò è coerente con l'intenzione di fare del manuale uno strumento esclusivamente descrittivo, con criteri oggettivi, distaccato da qualsiasi concezione teorica’ (Fontana, 2015, p. 85).

‘Tuttavia pur al massimo possibile della ‘ateoricità’ è evidente che la necessità di mantenere la diagnosi al minimo livello di interferenza teorica sul piano esplicito dei disturbi osservabili non è ideologicamente neutra poiché presuppone la dicotomia fra ciò che è medico (ossia organico) e ciò che non lo è (ossia psicologico) ricadendo ancora una volta nel vecchio dualismo mente-corpo (Porcelli, 2014, p. 436).

Secondo Migone (2013), l'approccio ‘ateorico’, di adesione al solo criterio descrittivo è un aspetto fondamentale del DSM-III, del DSM-IV e anche del DSM-5. L'impostazione ‘ateorica’ del DSM consiste nel mettere da parte le teorie eziopatogenetiche affidando la diagnosi dei disturbi psicopatologici esclusivamente ai sintomi osservabili dal clinico. Per ciò il DSM-III, tra le altre cose, dovette eliminare i termini isteria e nevrosi, perché troppo legati a ipotesi teoriche, ad esempio psicoanalitiche. L'impostazione ‘ateorica’ è stata mantenuta anche per i disturbi di somatizzazione.

Secondo Fontana il punto di svolta è avvenuto nel passaggio dal DSM-II al DSM-III, perché il primo contemplava ancora la nevrosi isterica di conversione e di tipo dissociativo, e la personalità isterica. Charcot, Janet, Bernheim, e Freud hanno dato un contributo enorme rispetto al mondo dell'isteria. Credo che è uno dei grandi meriti di Freud sia quello di aver preso sul serio questi pazienti con l'intento di capire il loro disagio.

Molti sintomi fisici che appartengono al disturbo dissociativo di personalità, al disturbo ossessivo-compulsivo, all'ipochondria, al disturbo borderline e ad altri disturbi venivano inclusi nel grande attacco isterico, il che ha comportato una confusione diagnostica comprendendo anche l'attacco epilettico nella sintomatologia isterica.

Gabbard afferma: ‘Nella moderna psichiatria esiste un ampio consenso nel ritenere che i sintomi isterici di conversione e il disturbo isterico di per-

sonalità non siano correlati né da un punto di vista clinico, né da un punto di vista psicodinamico. Sebbene sintomi di conversione si possono riscontrare in pazienti con disturbo isterico di personalità, possono essere presenti anche in diverse altre diagnosi del carattere'. (Gabbard, 2015, p. 540).

Molti sintomi fisici, dice ancora Gabbard, sono comuni a diversi disturbi psichici, ma altri però sono tipici di una forma di psicopatologia.

Nell'isteria, la sofferenza psichica si manifesta in modo particolare attraverso la somatizzazione. Siamo in presenza di un corpo che esprime attraverso la somatizzazione il disagio psichico nel qui e ora.

Scrive Freud: 'Nei pazienti da me analizzati vi era sanità psichica fino a quando al loro Io non si era presentata un'esperienza, una rappresentazione, una sensazione che aveva un affetto talmente penoso, che il soggetto aveva deciso di dimenticare, convinto di non avere la forza necessaria a risolvere, per lavoro mentale, il contrasto esistente tra questa rappresentazione incompatibile e il proprio Io' (Freud, 1894, p. 123).

Freud intuisce che i sintomi non si producono in modo spontaneo e che dipendono dalla formazione psichica patogena, rappresentazioni che vengono considerate come un corpo estraneo dalla Coscienza. I sintomi fisici somatici hanno un ruolo prezioso, indicano con certezza la presenza della psicopatologia, del disagio psichico.

È presente uno stato persistente di ansia. Sono pazienti che dormono poco, molto sofferenti, c'è una fatica cronica a terminare la giornata. Chiedono aiuto spesso per i loro sintomi somatici, per esempio il dolore e la paralisi di un arto. Hanno delle preoccupazioni, paure invalidanti. Una mia paziente molto sofferente esclamo: 'la mia paura più grande è quella di impazzire'.

A questo punto del mio lavoro, vorrei soffermarmi sulla teoria della conversione isterica.

Nella visione Freudiana il meccanismo di conversione indica un processo lineare di causa effetto, cioè la somma di eccitamento in quanto forza biologica può essere deviata, trasformata in qualcosa di somatico, ma non eliminata. Io noto che non c'è processo, c'è una rappresentazione patologica ferma nel passato, a sé stante, e che ritorna dopo anni producendo un sintomo.

Sostengo che non sia sufficiente per il DSM-5 affermare che tutte le malattie sono multifattoriali, oppure negare il fattore psicologico come spiegazione della psicopatologia in favore al fattore biomedico.

Nel paradigma di quella della psichiatria che ha come riferimento il DSM-5 il sintomo fisico viene considerato 'identificazione di una malattia'. Per la medicina è sufficiente dare peso solo al sintomo fisico, senza il bisogno di una comprensione totale della malattia/psicopatologia; questa posizione scientifica ha almeno due ricadute sulla psichiatria: non è immune dai errori diagnostici e non può pensare di guarire la svariata sintomatologia

solo con il farmaco. I farmaci alleviano solo i sintomi, ma non possono procurare la guarigione della psicopatologia. La cessazione definitiva dei sintomi non si ottiene con la terapia farmacologica.

Dal momento che la realtà psicopatologica è la medesima, a prescindere dalle differenti impostazioni teoriche, sostengo che occorra collaborazione tra la psicoanalisi e la psichiatria, e direi anche con discipline affini come la neurologia, neurobiologia, neuropsichiatria, ecc., con lo scopo di migliorare il sapere teorico e la conoscenza della psicopatologia con delle implicazioni positive sul lavoro clinico.

La diagnosi psicoanalitica, il disturbo di personalità istrionica

In quest'ultima parte del mio lavoro mi dedicherò al contributo di N. Mc Williams (una psicoanalista insuperabile per certi versi). L'autrice descrive il disturbo della personalità isterica. Gli isterici sono socievoli, ipersensibili, la loro emotività appare superficiale ed esagerata. Quando esprimono delle emozioni spesso danno alle parole un carattere drammatico, inautentico, e i loro sentimenti possono mutare rapidamente (labilità affettiva isterica). Questi pazienti hanno un grado elevato di angoscia e i loro sentimenti possono mutare rapidamente. Possono essere, tuttavia, persone affettuose e interessate agli altri. Si mostrano frequentemente sedutivi e manipolatori, suggestionabili, facilmente influenzati da opinioni altrui. Sono inclini a esibirsi, sebbene inconsciamente si vergognino del proprio corpo, tendono a porsi al centro dell'attenzione pur sentendosi soggettivamente inferiori agli altri. Nelle persone isteriche, l'*acting out* è generalmente controfobico: si avvicinano a ciò che inconsciamente temono, ad esempio il comportamento seduttivo messo in scena quando temono il sesso. Le persone con struttura isterica dato il loro temperamento intenso e fortemente esposto alla sovrastimolazione, sono facilmente sopraffatte. Anche il manuale diagnostico psicodinamico (PDM) 1 (2006) va nella stessa direzione, i pazienti con disturbo di personalità isterica si mostrano preoccupati dalle problematiche legate al genere, alla sessualità e al potere. Si considerano fragili, pieni di difetti a causa del proprio genere sessuale, attribuendo scarso valore alle persone dello stesso sesso, mentre quelle dell'altro sesso sono potenti, eccitanti. Usano la sessualità, l'unico potere che pensano di avere, non in modo espressivo ma difensivamente; le donne temono gli uomini e i loro abusi di potere, non è facile godere dell'intimità sessuale con loro ed è possibile che soffrano di vaginismo e di assenza di orgasmo. Gli isterici non sono apatici e indifferenti, sono capaci di affascinare gli altri e temono l'intrusione, lo sfruttamento e il rifiuto.

Secondo la mia ricerca clinica una dinamica centrale dell'isteria è la seguente. L'isterico a un livello profondo, ha un'immagine di sé fragile, debole, bisognosa, e un'immagine dell'altro sesso forte, potente, distruttiva,

da cui si genera la difficoltà a mantenere rapporti profondi, duraturi e soddisfacenti. A mio avviso, dietro la 'teatralità' dell'isterico, dietro alla sua onnipotenza, a livello più profondo (l'identità inconscia) c'è un bisogno insaziabile di attenzione e di affetto (ricevere amore, richiesta continua di essere voluti, di essere accolti), una ricerca costante e esasperata della soddisfazione di questi bisogni assoluti ed esasperati che muove tutto l'essere come se chiedesse all'altro 'guardami e fammi esistere'. Tutto ciò non è sotto il controllo della coscienza. È importante cogliere che dietro alla recitazione, a uno stile impressionistico, c'è una solitudine estrema e totalizzante da combattere. Sappiamo dalle ricerche che l'isterico svaluta le persone del suo stesso sesso, e idealizza l'altro sesso.

Ora mi soffermo ad analizzare le cause dello sviluppo dell'isteria secondo l'approccio della McWilliams (2011). L'autrice partendo dai racconti dei pazienti, mette a fuoco alcune cause che aumentano la probabilità di sviluppare una personalità isterica. Situazioni isterogene comuni sono le famiglie in cui la bambina sia consapevole della preferenza che uno o entrambi i genitori nutrono per il fratello, o percepisca che i genitori avrebbero voluto un figlio maschio. La bambina può anche diventare consapevole che il padre e gli altri maschi della famiglia hanno molto più potere della madre, di lei stessa e delle sorelle. Quando la bambina cresce, si accorge che il padre si allontana da lei e sembra provare disagio per lo sviluppo della sua sessualità. Di conseguenza si sente rifiutata a causa del suo sesso, ma percepisce anche che la femminilità ha un potere sugli uomini.

Si è osservato anche che i padri di molte donne isteriche erano al contempo minacciosi e seduttivi. Un padre affettuoso che al tempo stesso intimidisce la figlia è un oggetto eccitante, e nel contempo fa paura, crea un tipo di conflitto avvicinamento-evitamento. La bambina imparerà che le persone del suo stesso sesso hanno meno valore. Un'ulteriore causa esterna che contribuisce alla formazione della struttura isterica interna, e che accresce la diffusione maggiore dell'isteria tra le donne, viene attribuita a due fattori: i) in tutte le culture gli uomini hanno più potere delle donne; ii) in tutte le culture gli uomini si occupano meno delle cure primarie dei figli e la loro assenza li rende più eccitanti, idealizzabili in confronto alle donne.

I diversi fattori di rischio predittivi, di cui ho appena fatto una breve sintesi, nella concezione della McWilliams determinano il disturbo della personalità isterica. Effettivamente, tutte le circostanze famigliari e culturali proposte dalla McWilliams sono generalmente favorevoli alla insorgenza della psicopatologia. Tra i fattori atti a favorire lo sviluppo della personalità isterica il fattore culturale è determinante. A mio avviso alla base di questa logica rimane una casualità lineare, esterna e unidirezionale, mentre ritengo che le cause specifiche rendano sempre incerto l'esito e che non si possano prevedere i precisi effetti; intendo cioè che la forma della psicopatologia dipende in prima linea dal soggetto. Nella mia concettualizzazione c'è un

soggetto libero e attivo, non passivo. La psicopatologia non va mai ricercata nel trauma per quanto traumatica e devastante sia stata l'esperienza vissuta. La mia ipotesi è che nelle condizioni di vita non vi sia nulla che determini dall'esterno la forma della psicopatologia, ma possa determinare l'avvio dei processi psicopatologici. Deduco cioè che nelle condizioni familiari proposte dall'autrice, possiamo avere in futuro un funzionamento (disturbo di personalità) di tipo isterico, ma possiamo anche non averlo. Partendo dalla ricerca clinica, non è possibile stabilire ipoteticamente l'effetto, ossia la previsione del risultato è solo ipotetica. Penso che la legge della probabilità non possano spiegare la psicopatologia con certezza, anche perché il rapporto non può essere mai casuale, diretto, unilaterale. Affermo che la disposizione ereditaria, il fattore culturale, e il fattore sessuale, devono essere relativizzati, e messi in secondo piano.

Sembra che la McWilliams dia più importanza all'isteria femminile. Oggi, ma credo da sempre, si può ritrovare questa forma di malessere anche negli uomini. Anche perché si stanno antropologicamente e culturalmente riducendo le distinzioni tra maschio e femmina.

Conclusioni

Le teorie poggiano sui presupposti epistemici, che riguardano cioè la modalità in cui si forma la nostra conoscenza. Il positivismo sosteneva che il reale fosse il depositario della verità. Il maestro voleva raggiungere il distacco razionale della conoscenza, ciò spiega a mio avviso la neutralità nella stanza d'analisi in relazione al paziente. La posta in gioco è grande: è il metodo stesso di conoscenza.

È noto come Freud difendesse la sua teoria della libido: chi la pensava diversamente veniva espulso dall'associazione psicoanalitica. Cito solo, ad esempio, uno delle celebri autorità al tempo di Freud: Jung, che muoveva delle critiche a tali teorie suggerendo di non assolutizzare la libido. Cito anche Daniela De Robertis: 'Per Freud che punta tutto sulla libido come grandezza quantitativa attinente l'energia delle pulsioni, tutti gli investimenti attraverso cui l'individuo si relaziona e partecipa al mondo provengono da moti pulsionali scaricati, rimossi o sublimati' (De Robertis, 2004). La teoria della libido doveva essere onnicomprensiva, doveva spiegare pertanto anche la psicosi, in realtà Freud non lavorò mai con questo tipo di pazienti. Saper tenere a mente quale teoria ci guida nel momento in cui lavoriamo con il paziente, qual è l'epistemologia sottostante e la *Weltanschauung* dell'autore, ci permette di non assolutizzare le teorie ed essere critici rispetto alle loro idee conclusive. Anche perché come scrive Minolli: 'La teoria è come un faro nella notte, che aiuta a mantenere la rotta e guida nel mare in tempesta' (Minolli, 2009, p. 68).

Ritengo che la meta-psicologia freudiana per la sua stessa natura (principio organizzatore: la libido) non sia mai stata adeguata per spiegare la sanità e la psicopatologia.

Un'altra considerazione si riferisce alla ricerca empirica, in particolare alla ricerca che si limita alle misurazioni geometriche e meccaniche della conoscenza scientifica, in accordo alla metodologia metafisica Cartesiana. Il primo passo che deve fare la ricerca è uscire dalla logica causa-effetto. Questo tipo di ricerca causale non risponde alle complesse leggi dello sviluppo.

Le osservazioni di cui sopra mi inducono a ritenere che il vecchio paradigma positivista sia fortemente presente nella ricerca empirica (anche in quella psicoanalitica) in generale e che continui a ridurre la realtà attraverso le sue misurazioni manipolative che ci restituiscono di conseguenza un risultato falso, illusorio dell'esperimento, non veritiero poiché i pazienti che si sottopongono all'esperimento si comportano diversamente dalla vita reale. In questo tipo di ricerca che scompone le variabili, la complessità umana non viene presa in considerazione e il risultato dei dati ne sarà sempre inficiato. Si tratta di contrastare concretamente il vecchio metodo di ricerca e ciò conviene alla ricerca dal momento che il positivismo e il determinismo semplice non giovano a nessun clinico in quanto sono riduttivi. La psicopatologia non può essere liquidata con una spiegazione lineare.

Il celebre Edgar Morin (1982) richiama in campo la complessità umana, invita ad allargare il proprio orizzonte conoscitivo. Morin ed altri che si rifanno alla complessità umana, invitano le varie discipline a rivedere il loro sapere. Secondo questo autore ciascuna disciplina dovrebbe interrogarsi sui propri dogmi e ciò rappresenta una sfida aperta per la comunità scientifica all'interno della psicoanalisi.

BIBLIOGRAFIA

- Breuer J., Freud, S. (1888). Prefazione alla traduzione di "Della suggestione" di Hippolyte Bernheim.
- Breuer J., Freud, S. (1892). Teoria dell'attacco isterico. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151-72.
- De Robertis, D. (2004). Declinazione dell'amore in Freud in rapporto agli attuali orientamenti psicoanalitici. *La Pratica Analitica*, II, n. 2.
- Fontana, M. (2015). L'isteria ai tempi del DSM-5: diagnosi obsoleta o risorsa per la clinica? *Ricerca Psicoanalitica*, 26, 1:85-100.
- Freud, S. (1886). Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1888). Isteria. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1889). Recensione a "L'Ipnatismo" di August Forel. *OSF*, Vol. I, Boringhieri, Torino, 1967. 82.
- Freud, S. (1892-94). Estratti dalle note alla traduzione delle "Lezioni del martedì" di Charcot. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.

- Freud, S. (1892-94). Prefazione e note alla traduzione delle 'Lezioni del martedì della Salpêtrière' di J. M. Charcot. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1892). Abbozzi per le 'Comunicazione preliminare'. *OSF*, vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud, S. (1893). Meccanismo psichico dei fenomeni isterici. *OSF*, vol. II, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud, S. (1894). Le neuropsicosi da difesa. *OSF*, vol. II, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud, S. (1938). La scomposizione della personalità psichica. *OSF*, vol. XI, Lezione 31. Boringhieri, Torino, 1979. pp. 465.
- Gabbard, G.O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Janet, P. (1882). L'etat mentale des hysteriques, in Lalli N. (a cura di) *La passione sonnambolica*, Liguori Napoli, 1996.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Tr. it. Casa Editrice Astrolabio, Roma, 2012.
- Meynert, T. (1889). *Wien med. Wschr.*, vol. 39, 686.
- Migone, P. (2013). Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e scienze umane*, n. 3. Volume XLVII: 567-592.
- Minolli, M. (2015). *Essere in divenire, la sofferenza dell'individualismo*, FrancoAngeli, Milano.
- Minolli, M., (2009). *Psicoanalisi della relazione*, Franco Angeli, Milano.
- Morin, E. (1982). *Scienza con coscienza*, trad. ital., Franco Angeli. Milano, 1984
- PDM Task Force (2006). *PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico*. (tr. it. Raffaello Cortina Editore, 2008)
- Porcelli, P. (2014). I disturbi di somatizzazione nel DSM-5, *Psicoterapia e scienze umane*, 48, 3: 431-452.
- Solano, L. (2001). *Tra mente e corpo* (capp. VII, VIII E IX), Raffaello Cortina Editore, Milano.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 22 dicembre 2022.

Accettato: 28 marzo 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:745

doi:10.4081/rp.2024.745

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.