

## **CAPITOLO SECONDO**

### **PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI**

---

#### **A) ASPETTI GENERALI INTRODUTTIVI**

##### **LA SCOMPARSA DELL'ISTERIA**

##### ***THE DESTINY OF HYSTERIA***

**Alberto Sonnino\* e Filippo Strumia\*\***

*\*Dirigente medico I livello DSM ASL RM/B, Psichiatra, Psicoanalista  
Membro della Società Psicoanalitica italiana*

*\*\*Dirigente medico I livello DSM ASL RM/B, Psichiatra, Psicoanalista  
Membro dell'Associazione Italiana Psicologia Analitica*

---

LA SCOMPARSA DELL'ISTERIA

---

**Riassunto**

I destini dell'isteria e della psicoanalisi sembrano intimamente connessi. Da un'origine comune, che ha trovato nell'opera di Freud il terreno fertile che le ha prodotte, l'una come malattia a pieno diritto, l'altra come disciplina psicologica, si è giunti alla frammentazione che le ha caratterizzate negli ultimi anni. Infatti, così come l'isteria, scomparsa dalle attuali nosografie, è stata suddivisa in diverse diagnosi, perdendo il carattere di unitarietà, la psicoanalisi ha visto proliferare dal suo seno vari modelli, distinti e addirittura contrapposti. Gli Autori tentano di analizzare le ragioni di tale frammentazione, con una particolare attenzione al ruolo che in questo ha assunto la rimozione della sessualità.

**Parole chiave:** *isteria, psicoanalisi*

**Abstract**

The stories of hysteria and psychoanalysis seem to be linked. In the first half of 20<sup>th</sup> century, in fact, hysteria was the most studied disease, and the unity of the syndrome was linked to the unity of psychoanalytic thought. In the second half of the century we recognise a fragmentation of history into many different pictures, and we assist at a fragmentation of psychoanalytic thought. The Authors make an effort to individuate the reasons of this process. They stress, in particular, the role played by repression of sexuality in the fragmentation of hysteria.

**Key words:** *hysteria, psychoanalysis*

**PRIMA PARTE (di A. Sonnino)**

L'origine della psicoanalisi, come è noto, è intimamente connessa con l'isteria. Sembra quasi che l'una debba all'altra un riconoscimento particolare: grazie all'isteria Freud ha preso l'avvio per la costruzione del proprio apparato teorico e grazie alla psicoanalisi l'isteria è potuta uscire da una condizione di assoluta svalutazione da parte del mondo scientifico, venendo considerata, fino a quegli anni, una non rispettabile e non dignitosa *simulazione* piuttosto che una malattia.

Dunque un legame stretto e antico che si fonda anche su una sorta di reciproca riconoscenza e che sembra oggi venire riconfermato anche dal destino, curiosamente analogo, che l'isteria e la psicoanalisi stanno condividendo.

Infatti, così come la diagnosi di isteria è scomparsa nelle più recenti classificazioni, dal DSM III-R e dall'ICD10, avendo subito un vero e proprio "smembramento" in diverse altre configurazioni nosografiche, perdendo così quella identità che l'ha contraddistinta per oltre un secolo nel rispetto di una riconoscibilità specifica (SAJA, SONNINO, STRUMIA, 1998), anche la psicoanalisi è andata incontro, soprattutto negli ultimi anni, ad un destino analogo, subendo uno "sfiocciamento" progressivo, frutto della creazione di più modelli teorici, assai diversi uno dall'altro, tanto da essere contrapposti, antitetici, così da giustificare l'interrogativo se esista oggi una o più psicoanalisi (WALLERSTEIN, 1988). Non a caso, infatti, gli analisti contemporanei si stanno interrogando proprio sulla specificità della psicoanalisi rispetto alle psicoterapie, come del resto i numerosi lavori pubblicati, i seminari ed i gruppi di studio su tale dibattito dimostrano.

I più maliziosi, nel tentativo di spiegare questo processo di trasformazione dell'impalcatura teorica e metapsicologica della psicoanalisi, fanno riferimento, oltre che ad una naturale evoluzione del modello originario, consentita soprattutto dall'allargamento dei suoi campi di applicazione (i bambini, le psicosi, i gruppi, le istituzioni), anche alle esigenze di un mercato diverso, condizionato dall'epoca che viviamo, pronto a fare confronti e valutazioni i cui parametri di riferimento contemplano la durata della cura, i costi economici, la visibilità dei risultati e la necessità di ridurre al minimo l'impegno personale del paziente che è sempre più alla ricerca di strategie deresponsabilizzanti e poco onerose sotto tutti i punti di vista.

Le obiezioni che spesso vengono poste dai pazienti, a cui si propone un'analisi classica, quando notano che altri sono in trattamento

---

psicologico con una frequenza di sedute ridotta rispetto ai criteri estrinseci del modello psicoanalitico e per di più con un setting considerato meno frustrante, se non addirittura più gratificante, ne sono una conferma.

Dunque, se le leggi di mercato favoriscono le psicoterapie finalizzate ad un rapido miglioramento dell'adattamento, anche la psicoanalisi a volte sembra aver prestato ascolto a questo tipo di richiamo, così da generare dal proprio seno modelli la cui tecnica si basa più sull'accoglimento empatico, sull'interazione partecipe, sulla necessità di fornire risposte il cui significato è nella direzione dell'esperienza emozionale correttiva, lasciando così poco spazio ai criteri intrinseci dell'analisi classica: la centralità dell'Edipo e le interpretazioni sistematiche delle resistenze all'interno di una configurazione transferale. Da tutto ciò, come molti sostengono, consegue inoltre il fatto che il modello "conflittualista" pulsionale, fondato sulla metapsicologia teorizzata da Freud, avrebbe fatto il suo tempo, rimanendo solo come oggetto di studio per gli storici della psicoanalisi.

E qui troviamo un altro anello di congiunzione con l'isteria se pensiamo che oggi la ricerca in campo psicofarmacologico ha permesso la sintesi di molecole che sapientemente il mercato ha potuto collocare in diretta corrispondenza con i disturbi più puramente psichici, dove cioè ogni correlazione con l'organicità non trova appigli: le fobie, i rituali ossessivi, il gioco d'azzardo, il deficit di attenzione e l'infelicità esistenziale. La crisi d'ansia, così magistralmente descritta dalla psicopatologia classica, come dallo stesso Freud, diventa oggi un Disturbo da Attacchi di Panico, aderendo così alle esigenze dell'industria farmaceutica che ha potuto lanciare sul mercato il farmaco specifico, dopo aver coniato una nuova diagnosi per un vecchio disturbo.

Ma per l'isteria il farmaco risolutore non è stato ancora inventato. L'isteria, nel suo *camaleontismo* (GADDINI, 1984), si comporta come un abile animale che sa sfuggire ai suoi predatori: si mimetizza, si nasconde, non si lascia intrappolare e allora può anche essere cancellata dalla moderna nosografia, non serve, anzi è scomoda, ricordando al ricercatore e all'industria farmaceutica i loro limiti, la loro impotenza.

Dunque l'isteria sa mettere in crisi la psicofarmacoterapia, ma anche con la psicoanalisi non sembra essere meno tenera, rivendicando sempre un forte impegno da parte dell'analista, costretto, a volte suo malgrado, a rifarsi alla metapsicologia più classica per una comprensione effettiva del suo nucleo patologico.

Ci parla infatti Sacerdoti (1988) della "tendenza di questi pazienti di suscitare, attraverso un transfert erotizzato, non solo reazioni

---

controtransferali particolari, ma anche movimenti transferali nell'analista"; chiedendosi poi più avanti: "Ma non è, anche proprio perciò, l'isteria una condizione che stimola la rimozione stessa dell'analista? E non potrebbe spiegare forse, tutto ciò il perché in letteratura continuiamo a oscillare tra il considerare *inesistente* l'isteria e il considerare *superati* punti fondamentali della dottrina psicoanalitica, che proprio l'analisi dell'isteria ha costretto a comprendere?"

Dunque se l'isteria sfugge al controllo psicofarmacologico, l'isterico solleciterebbe movimenti transferali e quindi rimozioni nell'analista. Ma "rimozioni" di quali configurazioni conflittuali potremmo, a questo punto, chiederci? A nostro giudizio qui si colloca un altro denominatore comune alla psicoanalisi e all'isteria se pensiamo che ciò che sta progressivamente sfumando dalla teoria è proprio la sessualità, il conflitto sessuale, la centralità dell'Edipo con il suo potenziale psicopatogenetico.

I contributi teorici degli ultimi anni, infatti, vertono sempre di più sull'individuazione delle frustrazioni orali come momenti cruciali per la patogenesi dei disturbi psichici. Pensiamo alla sempre maggiore attenzione volta alle risposte ambientali, alla necessità di un accudimento sufficientemente buono, all'importanza del rapporto con il seno ed al ridimensionamento progressivo del ruolo del padre, delle angosce di castrazione e quindi del potere seduttivo della costellazione edipica (v. LIMENTANI, 1991 sulla scarsa attenzione delle teorie verso la figura del padre).

Già nel 1963, Marmor, nel suo articolo sull'importanza dell'oralità negli isterici, segna una svolta significativa in questo senso e le posizioni di autorevoli analisti espresse nel dibattito "Hysteria Today (LAPLANCHE, 1974), ribadiscono come l'isteria sia da considerare piuttosto una condizione difensiva da più arcaici e destrutturanti livelli di organizzazione psichica, negando al complesso edipico quella centralità che Freud gli aveva assegnato.

Dunque cambiano i modelli psicoanalitici andando verso una "desessualizzazione" della teoria (KOHON, 1984) e contestualmente l'isteria scompare come diagnosi specifica e definita dalle nosografie contemporanee. E, come abbiamo accennato, sono forse proprio le esigenze di mercato a condizionare tali mutamenti, in un caso per avvicinarsi di più alle richieste dei pazienti e nell'altro forse proprio perché l'industria farmaceutica non può disporre di risposte adeguate lì dove la diagnosi dovesse essere quella di "nevrosi isterica".

Ma stiamo parlando di cambiamenti, di trasformazioni, della psicoanalisi e della diagnosi di isteria, non della loro scomparsa.

---

Pensiamo a quanti pazienti isterici vengono oggi diagnosticati e quindi trattati farmacologicamente come depressi, come ansiosi, come fobici o come psicotici, riuscendo però a mettere quasi sempre in scacco il medico, rimanendo insensibili alle cure più energiche ricorrendo a veri e propri meccanismi di *allucinazione negativa* degli effetti farmacologici di sostanze altrimenti fortemente attive. Tutto ciò pur riuscendo comunque a sedurre il medico come solo l'isterico sa fare, manifestando proprio ciò che più cattura il suo interesse. L'isteria, infatti, nel corso della sua storia, si è caratterizzata anche per questa intrinseca capacità di adattarsi alle aspettative di chi è interessato alle sue vicende, presentandosi come fenomeno demoniaco sollecitando esorcisti, come malattia organica per catturare i neurologi o sotto forma di disagio esistenziale per sedurre i filosofi (NAMNUM IN LAPLANCHE, 1974).

Dunque, alla base della sua presunta scomparsa, nonostante il suo forte potere seduttivo, troviamo nell'isteria l'abilità di sfuggire ad ogni controllo, soprattutto da parte dell'industria farmaceutica, mentre dal versante della psicoanalisi, a cui l'isteria deve la sua nascita come malattia, si è assistito al progressivo ridimensionamento nella teoria dello spazio occupato dalla sessualità, elemento irrinunciabile per comprendere, o se vogliamo, per catturare il significato dell'isteria.

Ma, a nostro giudizio, il problema centrale dell'isteria resta il conflitto sessuale, edipico e la psicoanalisi a tale centralità non può rinunciare, soprattutto per comprendere questa particolare patologia, a meno di rischiare una "rimozione" di se stessa e dei propri strumenti.

Scriva Green (1997): "Con il passare del tempo, e in seguito all'apparizione delle descrizioni riguardanti l'esistenza di un'isteria orale che implicava una fissazione pregenitale importante, l'isteria è stata oggetto di un progressivo smembramento. Queste descrizioni hanno gettato un ponte tra la teorizzazione freudiana dell'isteria, con il suo classico livello genitale, e la reinterpretazione che ne ha fatto Melanie Klein mettendo in luce l'importanza dei meccanismi d'identificazione proiettiva e d'identificazione introiettiva d'origine orale.

A partire da quel momento la fissazione al seno materno è apparsa con maggiore evidenza nell'interpretazione del transfert nelle isteriche. Rimango comunque dell'opinione che, qualunque sia la fenomenologia dei sintomi che l'isteria manifesta (inclinazione tossicofilica, disturbi del comportamento alimentare con alternanza di fasi d'anoressia e di bulimia, comportamenti addittivi verso gli oggetti, etc.) essa rimane legata, a mio avviso, ad un conflitto fondamentale nei rapporti tra l'amore genitale e la sessualità".

---

**SECONDA PARTE (di F. Strumia)**

La scomparsa della diagnosi di isteria comporta delle conseguenze nella pratica clinica di ogni giorno su cui ci soffermeremo nella seconda parte del nostro intervento.

La prima conseguenza, a nostro avviso, è che alcuni tipi di paziente non possono essere capiti, e quindi trattati in modo coerente, se si prescinde dal nucleo conflittuale che costituisce l'essenza del loro problema, intorno al quale si organizza il corredo sintomatologico e le cangianti e tumultuose manifestazioni cliniche. Quello che può accadere cioè, in questi casi, è di rimanere disorientati da un punto di vista diagnostico. È molto frequente, nella storia clinica di questi pazienti, notare un numero sorprendente di diagnosi, spesso in contraddizione fra di loro, ed un numero spettacolare di prescrizioni farmacologiche, sempre con effetti bizzarri e poco soddisfacenti. Un altro aspetto rilevante è che, in queste situazioni, cambia rapidamente ed in modo radicale il giudizio di gravità sulle condizioni attuali. Si possono verificare occasioni di disaccordo o anche di contrasto fra colleghi sul giudizio di gravità. Un collega ad esempio può essere convinto della necessità di effettuare un TSO, mentre un altro ritiene che il paziente possa essere tranquillamente lasciato a casa, poiché sta "manipolando la situazione" e le sue manifestazioni cliniche non devono "essere prese alla lettera". Errori diagnostici e contrasti clinici fra colleghi, ovviamente, possono accadere in tutte le situazioni cliniche e non solo nei casi di isteria. A noi sembra, tuttavia, che nel caso dell'isteria - qualora si prescinda da questa diagnosi - l'errore diventi sistematico. Inevitabile. Poiché il punto di vista fenomenologico descrittivo in questi casi è troppo miope, non coglie il problema e trascina il clinico su un terreno scivoloso ed instabile.

Passiamo ad illustrare brevemente delle situazioni cliniche, allo scopo di focalizzare questi problemi.

Carlo S. è un ragazzo di 24 anni, si presenta all'appuntamento di prima visita al DSM e tace di fronte al clinico. Gli pongo delle semplici domande (come si chiama, dove abita ecc...) e risponde dopo una lunga pausa e dopo aver sistematicamente ripetuto le mie domande. "Come mi chiamo? Come mi chiamo? Mi chiamo.....mi chiamo...Carlo". La lentezza e vaghezza del suo eloquio è esasperante. L'espressione mimica è rigida ed esprime perplessità. La fronte è aggrottata in modo accentuato ed egli ha l'abitudine di chiudere gli occhi frequentemente, soprattutto quando risponde alle domande. Gira lo sguardo per la

---

stanza, non guarda mai il medico negli occhi. Gli chiedo come mai è venuto da noi e non sa rispondere. Appare smarrito e perplesso. Mi trovo in forte imbarazzo di fronte a lui. La prima impressione clinica è quella di uno stato psicotico acuto con predominio della perplessità e della disorganizzazione del pensiero, con la presenza di probabili dispercezioni. Molti elementi ricordano il quadro clinico che la psichiatria classica denominava “stato d’animo delirante”, Wahnstimmung. La perplessità e l’impressione di “sospensione del giudizio” dei fenomenologi mi orientavano in tal senso. Il paziente rifiuta il ricovero e dubito sulla necessità di un TSO. Mi dà il numero di telefono della madre che, chiamata, accorre prontamente. Riferisce che Carlo, dopo essere andato a vivere da solo qualche mese prima, è recentemente tornato a casa poiché il suo lavoro di operaio non rendeva abbastanza. Non ha alcuna storia psichiatrica. Negli ultimi tempi appare cambiato, si è isolato, non vede amici, è taciturno, criptico, incomprensibile. Riferisce una situazione familiare tranquilla, le due sorelle maggiori sono sposate e vivono con la nuova famiglia. Il paziente è recentemente tornato a casa e vive coi genitori. La madre casalinga, ed il padre piccolo imprenditore edile, gran lavoratore e sostegno economico per tutta la famiglia. La madre nega decisamente, per quanto ne possa sapere, eventuale uso di droghe. Il quadro clinico mi appariva di difficile decifrazione. Mi sono orientato, erroneamente, su un’ipotesi di stato psicotico acuto. La madre si è offerta di assistere il figlio da vicino ed ha chiesto esplicitamente che non fosse ricoverato in TSO. Affido il paziente alla madre, prescrivo due milligrammi di risperidone, per poi aumentarlo gradualmente, e benzodiazepine.

Il paziente non risponderà affatto al trattamento farmacologico, neppure cambiando molecole. Continuerà ad apparire criptico e perplesso. Questa condizione clinica si ripeterà nel tempo ed il paziente andrà incontro a ricoveri in SPDC e cliniche private con diagnosi di episodi psicotici acuti, diagnosi formulate da numerosi colleghi. Alcuni elementi restano sorprendenti e attirano la nostra attenzione. Il primo riguarda il comportamento: appare troppo adeguato e congruo considerando il presunto grado di perplessità e disorganizzazione del pensiero. Il paziente si è presentato puntualmente anche in prima visita, mentre presentava un quadro clinico che non pareva compatibile con un comportamento organizzato. Il secondo elemento riguarda l’angoscia. Il paziente è sorprendentemente poco angosciato in relazione alla perplessità che esprime e che si accompagna regolarmente ad intensa angoscia.

---

Il quadro clinico resta difficile e in sostanza frainteso fino al giorno in cui la sorella maggiore del paziente, espressamente invitata, decide finalmente di dire la verità sul paziente e sulla famiglia. Racconta un grave segreto familiare e viola in questo un tabù. Per anni e ripetutamente le due sorelle sono state oggetto di abuso sessuale da parte del padre con la implicita complicità della madre. La sorella teme che il paziente stesso sia stato oggetto di abuso. È stato comunque fatto assistere ad episodi sessuali incestuosi. Questo racconto inatteso e fondamentale rivoluziona la nostra comprensione del quadro clinico. Colloqui psicologici sistematici, alla luce di queste notizie, evidenziano il problema del paziente. L'impossibilità di fronteggiare la figura paterna, odiata visceralmente ma anche intensamente ammirata per la sua potenza professionale di self made man ed il suo strapotere sessuale. Il paziente al confronto si sente inerme e schiacciato in un'ambivalenza insolubile. Il tentativo di svincolo nel lavoro di operaio sulle orme del padre è fallito. Sconfitto è tornato a casa ad odiare ed ammirare il padre, desiderando l'aiuto materno e disprezzando con tutto il cuore la complicità passiva della madre. Il quadro clinico e la sua peculiare sintomatologia appare dunque comprensibile se si riesuma il concetto di tornaconto. Il sintomo è fra l'altro l'unico modo possibile per conservare potere sui genitori, facendoli preoccupare, facendoli confondere (così come sono confusi i clinici che si sono occupato di lui), vendicandosi in modo sottile, mettendoli anche in situazioni impossibili, così come essi hanno fatto con lui. Al tempo stesso il sintomo della perplessità è più comprensibile se si ricorre al concetto di riduzione del campo di coscienza, ed al concetto estensivo di dissociazione isterica. La nostra idea è che questo paziente non possa essere capito e trattato adeguatamente se si prescinde da queste riflessioni, cioè se si prescinde dalla diagnosi di isteria e se ci si rivolge solo al punto di vista del DSM-IV.

Il secondo caso clinico che presentiamo è quello di Francesca P. , una donna giovane e bella di 35 anni. La signora è sposata da pochi anni con un uomo che non ha lavoro stabile. Viene da una famiglia che definisce "problematica" senza meglio specificare. È moderatamente seduttiva, vestita in modo attraente ma senza eccessi. Riferisce di sentirsi molto depressa, lamenta anche vertigini soggettive. L'elemento che caratterizza il nostro incontro è il contrasto fra la seduttività e l'ostentato disprezzo per ogni nostro sforzo di capirla ed eventualmente aiutarla. Al termine del colloquio riferisce di essere in psicoterapia con una psicologa, richiede una terapia antidepressiva che assumerà e che non sortirà alcun

---

effetto. Quello che caratterizza questo caso clinico e la ragione per cui ne parliamo è il decorso successivo. La paziente, abbandonato il DSM, continua a rivolgersi a numerosi specialisti, consulta anche maghi ed esorcisti, come poi racconterà. Nasce un figlio. Dopo breve tempo è ricoverata nell'SPDC di zona con diagnosi di Depressione Maggiore e trattata con antidepressivi ad alto dosaggio senza trarne alcun beneficio. In seguito è ricoverata in una clinica psichiatrica dove permarrà per sei mesi, con diagnosi di "Disturbo ossessivo compulsivo" e trattata con antidepressivi e neurolettici. La ragione di questa diagnosi deriva dal fatto che la paziente ha raccontato che le vengono in mente dei dubbi riguardo al figlio, talora le viene la paura di poterlo gettare dalla finestra in un atto impulsivo. In effetti durante il lungo ricovero la sintomatologia appare assai intensa e conserva il carattere ossessivo compulsivo. La paziente appare tormentata dallo psichismo parassita. La terapia non sortisce alcun effetto, anzi, la paziente si lamenta coi colleghi perché si sente "sempre peggio". Dopo il ricovero un altro specialista consultato prescrive neurolettici atipici, anch'essi senza effetto. Tornata al DSM, rifiuta la proposta di colloqui psicologici sistematici ed accetta, anche se controvoglia, di parlare talora con lo psichiatra che continua, fra l'altro, a disprezzare. Dopo qualche colloquio finalmente emergono delle notizie fondamentali. Anche Francesca, come le sorelle di Carlo, è stata oggetto di ripetute violenze sessuali da parte del padre. Non ha mai raccontato queste cose, neanche al marito. Riferisce senso di colpa e disgusto di sé. Racconta, a questo punto, la propria vita intima. Racconta una storia di conquiste ripetute con seduttività e pseudoipersessualismo ma con grave inibizione del piacere sessuale, anorgasmia, e quasi costante rifiuto della penetrazione. Dopo aver raccontato queste cose diventa molto più accessibile ed accetta una psicoterapia con una psicologa del servizio. Durante i colloqui di questo periodo è possibile ricostruire parte della sua storia clinica. L'elemento che compare più evidente è il carattere plastico della sua sintomatologia e la sottile suggestionabilità. Nonché il ruolo centrale della sessualità. La diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, a nostro avviso, ha influenzato la paziente in modo tale che ella ha sviluppato un quadro clinico del tutto coerente con questa diagnosi. L'etichetta di depressa, ha accentuato la natura depressiva della propria condizione fino a sviluppare o mimare un quadro di depressione maggiore, franco e grave. Di che cosa soffre, dunque, questa difficile signora? Di isteria. Se omettiamo questa diagnosi, nessuna voce del DSM-IV sia sull'asse I che sull'asse II rende giustizia della condizione clinica e coglie il problema. Nessuna voce del DSM-IV aiuta il clinico nella terapia. Anzi, le etichette

---

cliniche aiutano la paziente a sviluppare sintomi ed organizzare lo psichismo su falsi quadri clinici che mettono i paraocchi ai sanitari in un circolo vizioso di autoconferme.

Il terzo caso clinico è quello della signora Carla M., donna di 52 anni. Si presenta accompagnata dal marito che la guida nella stanza, essendo la paziente non vedente per gravi complicanze del glaucoma. Racconta la triste storia della progressiva perdita della vista. È fortemente depressa. Chiede aiuto in modo insistente. Riferisce intensa conflittualità col marito che descrive come violento e incongruo. Mostra di disprezzarlo molto. Lo deve però accettare perché “cieca e sola”. Accetta volentieri la terapia farmacologica con citalopram e benzodiazepine, che sostituisce la venlafaxina con cui era trattata in precedenza. Mi oriento sul citalopram per la completa assenza di effetti anticolinergici, a fronte del glaucoma. La terapia non darà alcun effetto. La paziente se ne lamenta e nel tempo appare sempre più visibile un atteggiamento seduttivo nei miei confronti, anche se discreto e incentrato su una richiesta di alleanza contro le angherie del marito ed una intensa richiesta di compatimento. Al termine di un colloquio, giunta a casa, ingerirà un numero imprecisato di compresse di citalopram e sarà ricoverata all’SPDC per il TS. Dirà in seguito che ha fatto quel gesto perché: “Il dottore è stato sgarbato”.

Qualche tempo dopo si scopre, avendo contattato l’oculista, che la paziente non è affatto cieca. O meglio, il glaucoma di cui ella realmente soffre è sotto controllo e non è per nulla compatibile col quadro di amaurosi che la paziente presenta. Nonostante ciò è sempre accompagnata al braccio e fa uso del bastone. La sua identità sociale si costruisce intorno alla condizione di non vedente. Nei colloqui inoltre si evidenzia uno stato di cronica inibizione sessuale e di disgusto per “le cose sporche”, come ella le chiama.

Come facciamo a non dire che Carla soffre di isteria? Ogni altra diagnosi suona ipocrita, come quando si adottano eufemismi quali “audioleso” per sordo. Ma mentre in questo caso può esserci una ragione di delicatezza, nel caso dell’isteria chiamarla in altro modo - o meglio frantumare la diagnosi in aspetti diversi sui due assi - sembra fonte di confusione e di una diffusa abitudine alla ipocrisia diagnostica. Credo che molti di noi scriverebbero in cartella una diagnosi complessa del DSM-IV e che nel corridoio direbbero al collega: “È isterica”.

Veniamo dunque alla conclusione del nostro discorso. Dove è finita la diagnosi di isteria? Nei corridoi. Nei discorsi fra colleghi, un po’ di

---

nascosto. Non si può parlare apertamente di isteria perché non è nello spirito del tempo.

Gli dei morti diventano malattie, diceva Jung. Cosa accade delle malattie morte, come l'isteria? Tornano ad essere dei. Cioè tornano ad essere delle entità sfuggenti e non facilmente riconoscibili, che influenzano tuttavia il nostro comportamento clinico ed il nostro immaginario senza che ce ne accorgiamo. Cioè fanno quello che gli antichi attribuivano agli dei e che temevano: ci possiedono.

I concetti di centralità della sessualità e del conflitto edipico non sono il cuore della nostra riflessione clinica perché sono rimossi essi stessi. È più facile parlare di sessualità in termini affettivamente efficaci e convincenti nella società puritana della Vienna di Freud. È più difficile oggi perché la pseudoliberazione sessuale dà l'illusione che i conflitti sessuali siano stati superati una volta per tutte, per via generazionale. In realtà quella in cui viviamo non sembra essere quello che appare: la società libera e tollerante che, in quanto tale, non dà più spazio alla pseudoipersessualità con inibizione dell'isteria ottocentesca. Notiamo, invece, una società che appare essa stessa pseudoipersessuale, ma di fatto inibita nella capacità di godere davvero della sessualità. E della carica di trasgressione e scandalo che la sessualità porta con sé. Anche qui notiamo che la malattia morta, l'isteria, è tornata ad essere una potente e temibile dea che esercita per vie invisibili la sua fascinazione, anche collettiva e non solo individuale, e che quindi, come gli dei antichi, ci possiede.

### **Bibliografia**

GADDINI E., "Se e come sono cambiati i nostri pazienti", *Riv. di Psicoanalisi*, XXX, n.4, 1984

GREEN A. (1997), "Il Chiasma: i casi limite visti dalla prospettiva dell'isteria. L'isteria vista retrospettivamente a partire dai casi limite". Trad. it. in *Perché l'isteria*, a cura di F. Scalzone e G. Zontini. Liguori editore, Napoli 1999

LAPLANCHE J., "Hysteria Today". *Int. J. Psychoanal.*, 55, 1974, 459-469

LIMENTANI A., "Neglected fathers in the aetiology and treatment of sexual deviations". *Int. J. Psychoanal.*, 72, 1991, 573-584

KOHON G. (1984), "Riflessioni su Dora: il caso dell'isteria". Trad. it. in *Perché l'isteria*, a cura di F. Scalzone e G. Zontini. Liguori editore, Napoli 1999

MARMOR J., "Orality in the hysterical personality". *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 1, 1963, 656-671

NAMNUM A., In "Hysteria today" a cura di J. Laplanche. *Int. J. Psychoanal.*, 55, 1974, 459-469

SACERDOTI G., "Isteria". In *Trattato di Psicoanalisi*, a cura di A. A. Semi, vol. II, R. Cortina editore, Milano 1988

SAJA A., SONNINO A., STRUMIA F., "Appunti sulla nosografia dell'isteria", *Giornale Italiano di Psicopatologia*, vol. 4, n. 3, 1998

WALLERSTEIN S.R., "One psychoanalysis or many". *Int. J. Psychoanal.*, 1988