

L'ISTERIA: DEFINIZIONE FORMALE E TENTATIVO DI APPROCCIO FENOMENOLOGICO. RICONSIDERAZIONI PSICOPATOLOGICHE

L'importanza dell'isteria nella psicopatologia moderna presenta diverse sfide. La prima consiste in demitificare il concetto come qualificazione diagnostica maschilista; la seconda, in evitare il suicidio scientifico dato che ogni tentativo di definizione e ridefinizione sembra insufficiente per la complessità del lavoro che comporta.

Il nostro compito in una psicoterapia sarà capire l'isteria come fatto sociale, come patologia non esclusivamente femminile o come manifestazione relazionale che risale alle origini antropologiche della cultura. Sarà fondamentale tener presente che i fenomeni di massa, anche se diffusi e generali, possono contaminare i rapporti moderni. Per l'attuale psichiatria le pratiche e le abitudini definiscono i limiti dei comportamenti patologici. Da quanto ricaviamo dall'esperienza, alcune condotte sono considerate più o meno gravi a seconda del loro impatto nella società. Come ben ha descritto M. Foucault nella sua *Storia della Follia*, la società ha sempre determinato ciò che è normale o meno. Questa tragedia psicopatologica si è resa più visibile nell'isteria che in qualsiasi altra osservazione diagnostica. Infatti, nel DSM IV il concetto sembrerebbe essere scomparso nel vortice del 'disturbo di personalità'. Da difesa inesorabile della selezione naturale nel processo evolutivo l'isteria è diventata un'anomalia più o meno severa con il trascorrere del tempo. Anzi, la parola stessa deve essere usata con molta cautela per non cadere nella banalità delle accezioni che credono di mostrarne, quasi sempre in modo sbagliato, il suo vero significato.

Cercherò dunque di esaminare gli aspetti che ritengo più importanti del termine 'isteria', le sue molteplici manifestazioni, il problema di un possibile approccio clinico e la sua rilettura dal punto di vista della psicoterapia gestaltica. Come la si può considerare oggi, cento anni dopo la fondazione della psicanalisi che sposta con Freud il peso della teoria a due etiologie conseguenti, il Trauma Sessuale e La Significazione Edipica? Per la psichiatria generale l'isteria è senza dubbio un insieme di sintomi che rispondono a diverse espressioni che un'unica diagnosi non può spiegare in modo soddisfacente. Solo se si sminuzza la sua complessità e si intende il sintomo come parte del soggetto e non come il soggetto stesso si potrà avviare un approccio di tipo fenomenologico.

Prima di iniziare la 'dissezione' del concetto dovremmo risalire alle sue origini. Nel tardo Settecento e primo Ottocento l' 'hyster' entrò a far parte dell'universo psicopatologico. In quei giorni 'la pratica e l'abitudine' indicavano con molta precisione il comportamento adeguato delle classi medie e alte della società. Relegati alla sopravvivenza, i settori sociali bassi restavano fuori da ogni osservazione (L. Strauss, *Il crudo e il cotto*). Così, l'ampliamento al ruolo dei sessi di ciò che si intendeva per 'comportamento appropriato' determinava non solo l'etichetta, ma anche un modo di esprimere le emozioni. Nel suo capolavoro *Dracula* B. Stoker a ben delineato il funzionamento dell'idea del 'corretto' e del 'desiderabile'. I principali personaggi

femminili del libro, Mina e Lucy, sono puniti per aver manifestato i loro desideri, che solo potevano essere segretamente confessati tra amiche. Ci sono poi 'le mogli del principe', libere di esprimere dei desideri la cui consumazione verrà autorizzata soltanto dal principe. Queste mogli sono state già punite nel senso che sono morte in vita. La storia espone un problema sociale molto importante del suo tempo: l'uomo è il regolatore dell'Intenzionalità di Contatto femminile e la società è regolatrice dell'Intenzionalità di Contatto in quanto tale. Si tratta di un esteso 'campo' che definisce il 'che' e il 'come', non solo nell'età vittoriana.

Dalla prospettiva moderna non è difficile capire come S. Freud abbia associato l'isteria con una sessualità traumatica. La letteratura rappresenta molto bene questo periodo, le difficoltà e le conseguenze che comportava l'espressione dei desideri personali. Non solo B. Stoker ci si è interessato, ma anche tanti altri come M. Proust, E. Bronthé, H. de Balzac, ecc. Come ha messo in rilievo la didattica di J. Zinker, non si considerava 'rispettabile' la manifestazione pubblica delle emozioni. Nel libro di Stoker le reazioni emozionali maschili saranno ugualmente punite perché l'espressione del desiderio è ritenuta di per sé come un comportamento basso. Il principe stesso è prova di quest'indivisibilità tra il desiderio e il buio. Così il 'povero' marito di Mina sarà tentato e poi ridotto ad una schiavitù sessuale in cui le contraddizioni e la colpa danneggiano più di quanto lo fanno le mogli del principe.

Questo era senz'altro il momento ideale per lo sviluppo di una teoria più o meno convincente sull'isteria in corrispondenza, sin dall'inizio, con la teoria sessuale di Freud. Il condizionamento sociale alla simulazione che i fondatori della psicanalisi osservarono nelle loro consultazioni spiega perché l'isteria sia stata una specialità della psicopatologia femminile nelle origini della psicoterapia. Le donne costituivano la maggior parte dei consultanti della scuola freudiana di quei giorni e in qualche modo erano i primi 'topi' del laboratorio psicanalitico. La simulazione dei sintomi fu la principale causa di confusione e speculazione che spinse i padri della psicanalisi alla ricerca di qualche 'certezza' sui fondamenti neurologici dell'isteria. Le teorie psicobiologiche degli anni 70 la considerano come un'espressione media di nevroticismo, ma con un livello estremamente elevato di estroversione in più del 60% dei casi studiati (Eysenck 1970), con una ipoattivazione corticale concomitante con una notevole mancanza di inibizione vegetativa (Cloniger 1978) e con un'inibizione dell'emisfero dominante con la conseguente sedazione o incomprensione dei segnali somatico-motori di carattere endogeno (Henry 1981).

Negli anni 90 J. Vallejo contribuisce alle definizioni diagnostiche del DSM IV. Parlerà di una lesione senza etiopatogenia lesionale o defisitaria in cui prevalgono dei sintomi simulatori con benefici secondari nella formazione di un ruolo che richiede l'assistenza e l'attenzione (degli altri). Dalla Psicoterapia della Gestalt in poi questo diventa un aspetto significativo quando si cerca di identificare una forma molto confluyente di espressione nel rapporto con gli altri e nello sviluppo dell'intenzionalità. La definizione si riferisce anche ad un gruppo di sintomi di forte repressione o inibizione associate di solito a storie di abuso o maltrattamento nel contesto di un intenso conflitto psicologico. Siccome il paziente non è consapevole della simulazione del

sintomo (oggi il criterio non è assoluto), non la si può considerare come un'espressione finta nel senso di 'intenzionalità di finzione' (Disturbo di Munchausen o malattia *sine materia*).

Ora, come si sono radicati questi sintomi nella nostra storia antropologica? In che modo diventa patologico ciò che all'inizio è un mezzo di difesa della selezione naturale? Questo punto rivela un altro lato dell'adattamento creativo, l'espressione di come le 'difese' divengono sintomo quando sono estemporanee o si trovano fuori contesto. Se si osservano i meccanismi di accoppiamento o corteggiamento nelle speci più evolute di primati, si constaterà che una quantità elevata di energia viene messa nell'esagerazione delle qualità sessuali per attirare l'altro sesso: quanto più grande è l'esagerazione o la simulazione, tanto più grande è il successo riproduttivo. Le opportunità di riproduzione diminuiscono negli individui meno esagerati per cui essi dovranno 'imparare' ad esagerare le qualità naturali se vogliono conservare il loro status sociale e avere una loro discendenza. Questo comportamento studiato dalla biologia moderna ci insegna che non solo i più forti o i più belli hanno delle possibilità, ma anche coloro che agiscono come tali. La condotta dei primati con gli individui in età non-riproduttiva per vecchiaia o malattia è regolarmente ma non spontaneamente solidaria. Qualcosa di simile accade con le femmine dedicate alla cura della prole. Siccome i capigruppo mettono alla prova i presunti malati o inabili, l'esagerazione o la simulazione sono di vitale importanza per la sopravvivenza futura. Evidentemente gli esseri umani abbiamo 'imparato' anche noi dai nostri antenati e dalla nostra storia evolutiva... Risulta anche chiaro che una prole garantita trasforma la discendenza in parte non-riproduttiva del gruppo, a carico, 'impedita' nel senso strettamente funzionale e utilitaristico. Ciò significa che anche la prole (e le femmine) potevano acquisire delle capacità di simulazione contro l'abuso dei maschi adulti. Nel suo inizio questo modo di agire adattivo ha più a che fare con la creatività al servizio dell'evoluzione che con un disturbo della condotta. In effetti, l'evoluzione umana è un processo lungo e continuo i cui comportamenti estremi sono l'unica scelta di fronte al rischio di discontinuità della specie.

Se torniamo ai nostri giorni e all'isteria, vedremo che quella 'forte mancanza di inibizione vegetativa' o i 'segnali somatico-motori di natura endogena' non sono altro che l'espressione corporea del sintomo: un corpo che si manifesta lì dove le parole risultano insufficienti per definire un'angoscia verbalmente intraducibile o un'intenzionalità priva di fiducia in un contatto soddisfacente. L'individuo che si esprime istericamente parte da un'esigenza adizionale che, per una mancanza di consapevolezza ('awareness'), per un estemporaneo bisogno di relazionarsi 'con gli altri' secondo i vantaggi della 'simulazione' o per un 'cumulo di desideri repressi' farà lavorare il suo corpo in modo che non ci sia più rimedio che ammalarlo. I padri della psicoterapia dicevano che 'ciò che viene represso si potenzia'. Comunque, il problema è *come* sorgono e *quali* sono le conseguenze somatiche col trascorrere del tempo, come malgrado l'energia adoperata il corpo non raggiunge felicemente il suo scopo. Il tentativo fallito di un contatto che non potrà mai essere 'pieno' è il 'nucleo' stesso dell'isteria dato che un contatto pieno è soltanto possibile nell'espressione genuina dell'intenzionalità: al confine del contatto la simulazione è una barriera

inesorabile. Il cumulo di contatti insoddisfacenti è indubbiamente un terreno ideale per il conflitto psicologico e relazionale. Questa è purtroppo la realtà di un 'contatto' isterico.

Se volessimo capire l'insieme dei sintomi che comprende l'isteria da un punto di vista fenomenologico dovremmo cercare di stabilire com'è l'esperienza del soggetto nella sua espressione isterica. Solo l'esame di ogni sua fase permetterà di riarticolare l'impatto del sintomo nel tessuto moderno di relazioni. Ma cos'è un'espressione isterica, come la si misura o la si verifica nel contesto della pratica clinica e della diagnosi? Bisogna tener presente che la simulazione —che presenta grandi vantaggi e benefici secondari— non esclude lo spazio terapeutico, piuttosto il contrario. Questo è un microcosmo esperienziale dove vengono testati gli stessi meccanismi che il soggetto sviluppa nei suoi rapporti quotidiani. Il pre-contatto scontato è dunque un 'capitale' di cui disporrà il terapeuta della Gestalt. Nel nuovo rapporto il 'vantaggio' della 'simulazione del soggetto che si esprime in modo isterico' gli mostrerà la via da seguire. La pratica clinica della psicoterapia gestaltica è in grado di gestire le difficoltà e frustrazioni del contatto incompleto e insoddisfacente...

Il nostro presente non offre meno problemi di quelli già identificati nell'età vittoriana. La 'dissoluzione' della simulazione nella marea della cultura postmoderna ha escluso l'isteria dalla didattica e dalla pratica della clinica moderna. La simulazione e le sue conseguenze sono intese ormai come un aspetto più culturale che psicopatologico. La natura della clinica gestaltica permette di comprendere il sintomo come un contributo e non come un 'qualcosa' che deve essere rimosso. Si partirà dal sintomo isterico per la cocreazione di un modello non-simulatorio di contatto. Anzi, ciò che è un 'vantaggio' nelle relazioni quotidiane del soggetto sarà anche il 'vantaggio' del terapeuta al momento di rendere manifesta la frustrazione delle esperienze incomplete del soggetto: il profitto e la risignificazione del sintomo costituiscono il primo passo della cocreazione terapeutica.

La simulazione è una risorsa efficace in materia di benefici secondari. Anche se ottiene dagli altri solidarietà, attenzione e persino attrazione, il prezzo da pagare è alto. Il contatto con gli 'altri' non ha luogo, almeno in modo soddisfacente. Infatti, quasi sempre incompleto, esso si stabilisce piuttosto con un'apparenza poiché colui che simula entra in contatto dall'impossibilità di essere sé stesso. La solidarietà, l'attenzione o l'attrazione sono rivolte verso l'individuo che gli altri credono sia l'individuo. Il paradosso è che dalla prospettiva isterica non vi è alcuna possibilità reale di rendere sincera la propria intenzionalità. Per il soggetto ciò che non funziona nel contatto è 'l'altro', che non lo capisce o non lo stima in modo sufficiente. È dunque 'l'altro' che deve cambiare o essere cambiato, anche sostituito. Nel paradosso isterico la compulsione di una ricerca soddisfacente di contatto porta i soggetti a ripetere con dei nuovi 'altri' le stesse delusioni dell'esperienza. Cambiano cioè gli interlocutori di tali esperienze, ma non il modello esperienziale. Siccome quel modello si rinforza progressivamente i sintomi che all'inizio si potevano mettere in atto presentano finalmente degli aspetti somatici reali. Nell'isteria coesistono un corpo che soffre per il dolore o l'insensibilizzazione e una mente tenace nella ripetizione...

Come può allora il soggetto usare le esperienze frustranti non come bagaglio esperienziale di crescita, ma come memento del fatto che ‘quello che non si è risolto dal punto di vista pratico o affettivo deve essere risolto a tutti i costi...?’ (Definizioni di Ellis 1962).

L’esperienza frustrante è una parte fondamentale della crescita del nostro Self. Un bambino che non inciampa non acquisisce autonomia nell’equilibrio. Il contributo più ricco della maturità è la scoperta dell’impossibilità di realizzare tutti i desideri. Confondere ciò che si vuole con ciò che si sente è un modo aberrante di evitare la frustrazione attraverso la sovrapposizione della Funzione Personalità con la Funzione Id. Il risultato ne sarà un apprendimento introiettivo che mira ad evitare l’esperienza di perdita. La sua non-accettazione comporta insoddisfazione dato che solo i contrasti esperienziali ci permettono di vivere la soddisfazione come tale. La perdita arricchisce le possibilità di vivere pienamente. Perdita e guadagno sono inestricabilmente legati al processo stesso della maturità. Si potrebbe dire che l’assimilazione esperienziale isterica rimane sempre ‘zoppa’, il piacere vi è inevitabilmente sostituito dal ‘godimento’ nel tentativo di evitare il rischio del dolore o del rifiuto. L’obiettivo sembra essere (è) più importante che il rapporto. Potremmo pensare il soggetto di espressione isterica come un bambino che è riuscito a convincere gli altri affinché lo sostengano (sempre) per evitare l’inciampo. Non è certo un concetto ingenuo, è il soggetto colui che si installa in modo ingenuo nel suo rapporto con gli altri e sacrifica così parti della sua natura, della sua autonomia e soprattutto dei suoi desideri autentici. Il nevroticismo isterico risulta dalle conseguenze di una simulazione continuata nel tempo, non dalla simulazione stessa. Effettivamente, se torniamo ai primati, l’individuo che sopravvive mediante la simulazione raggiunge l’obiettivo di non essere ‘abusato’ dal gruppo dominante. Però, raramente potrà esprimere il carattere genuino dei suoi desideri senza correre il rischio di essere scoperto. Essere scoperto comporta anche l’espressione di un desiderio o intenzionalità impraticabile dal soggetto abituato a simulare, a discredere al successo del contatto senza simulazione. La manifestazione vera e propria dell’intenzionalità è una forza di natura erotica mentre la simulazione porta in sé la paradossale ‘macchia’ tanatica.

Secondo le parole stesse di una donna di gran bellezza che tratto da qualche tempo e ha cambiato coppia ripetutamente: “non sono io il problema con gli uomini, sono gli uomini che non considerano che per stare con una donna come me devono pagare un prezzo adeguato al fatto di avermi...io non sopporterò affatto un uomo che non mi faccia sentire come una regina, preferisco ‘morire’”). Oppure di un altro paziente giovane, carino e abbastanza ricco: “perché dovrei soffrire? Ho tutto per non soffrire, non capisco perché debba subire ‘questo’. Ho fatto tutto abbastanza bene o forse manca qualcosa di cui non mi sia reso conto?”.

Questi sono gli aspetti che rendono così sfuggente o frustrante l’esperienza di contatto e che il soggetto di espressione isterica rinforzerà in ogni nuova situazione relazionale. La possibilità di entrare in contatto senza alcun vantaggio è terrificante per lui o almeno evitabile. Questa forte ‘resistenza introiettiva o a volte proiettiva’ ha fatto sì che molte scuole di psicoterapia degli anni sessanta e settanta dichiarassero l’isteria incurabile. L’idea non solo è perdurata nella scuola

francese (e anche un po' in quella inglese), ma il termine è stato addirittura 'sradicato' dal linguaggio clinico moderno. "Non esiste ciò che non può essere spiegato o capito, sminuzzato e classificato..." Il solo tentativo di ridefinire un concetto così vasto è molto rischioso, ancor più da un approccio fenomenologico.

Il disturbo isterico è sostenuto dalla personalità isterica e da una serie di pratiche e costumi che nella società moderna sono 'ben visti' sempre che non portino il soggetto ad un insuccesso nei suoi obiettivi di manipolazione. Nessuna persona che gioca con il vantaggio simulatorio si riconosce angosciata se la sua manipolazione a un relativo successo. Il corpo sarà l'unico a protestare e diverrà l'unico assistente del terapeuta quando si cerca di portare il soggetto di espressione isterica ad uno stato di 'awareness' della frustrazione implicita nel successo. Se la simulazione è il primo indizio di nevrosi per il terapeuta, il sintomo organico è il primo indizio di sofferenza per il soggetto. Ciò significa che il disordine nel processo di contatto che emerge inevitabilmente dalla simulazione manipolatoria produrrà dei sintomi fisici. Ci si riesce nella manipolazione, ma fallisce la soddisfazione del rapporto. Non c'è contatto pieno e possibile —nel senso che richiede la soddisfazione di completezza— per un soggetto che non può essere sé stesso né esprimere la vera natura della sua intenzionalità.

CONCLUSIONI GENERALI

Le manifestazioni sintomatiche dell'espressione isterica sono ovviamente relazionali. Tuttavia, alcune forme apparentemente individuali -come l'angoscia accresciuta da problemi economici reali o immaginari- assumono un carattere relazionale quando le si intende come una perdita di vantaggio a cui il soggetto è legato per stabilire la sua modalità di contatto. Il mezzo da lui impiegato per sostenere tale vantaggio non è tanto importante quanto la ripetizione dell'intenzionalità che punta ad un 'riconoscimento affettivo chiaro e incondizionato', ad una approvazione senza alcun rischio di perdita o squalifica, approvazione immaginaria, idealizzata e profondamente individualista.

La simulazione come sintomo emblematico nella diagnosi differenziale dell'isteria non è però sinonimo assoluto di questa patologia. Succede lo stesso con alcune manifestazioni somatoformi raramente convertive. Le espressioni fisiche previste —non convertive nella maggior parte dei casi— sono piuttosto legate ad un'esaltazione del proprio corpo o alla necessità di migliorarlo, soprattutto in ciò che si conosce come 'disturbo somatomorfo indifferenziato'.

L'isteria non dev'essere considerata esclusivamente attraverso i sintomi, ma anche attraverso l'intenzionalità relazionale. Dobbiamo accettare che i sintomi di simulazione acquisiscono una forza somatica proporzionale al grado di ripetizione di esperienze insoddisfacenti. L'agire isterico si rinforza con la ripetizione e diviene disagio a seconda dell'insuccesso del rapporto, che raggiunge un target più basso ma trascura la soddisfazione in quanto tale.

Nell'esperienza isterica non conta tanto il rapporto con l'altro come il risultato che 'deve' venir fuori da quel rapporto. Il soggetto tende ad un'astrazione affettiva in cui gli aspetti frustranti della relazione sono aboliti per far posto a ciò che si può ottenere con la seduzione. Paradossalmente, questo comportamento cerca il sostegno affettivo dell'altro'. Secondo l'ipotesi di J. Lacan "il mio desiderio è il desiderio dell'altro". Naturalmente J. Lacan ignorava la confluenza come resistenza di contatto...

La dinamica isterica punta ad evitare la perdita e la frustrazione ma include nella sua modalità tutto ciò che si vuole evitare.

Le esperienze di manipolazione sono inquietanti non solo per la relazione ma anche per il soggetto isterico in particolare. Le sue manifestazioni più comuni sono polarizzate in una 'visione catastrofica' del futuro immediato —in cui è possibile anticiparsi al rischio di perdita—, o nella dipendenza affettiva di un 'altro' che (si) permette di essere manipolato. Questi sintomi relazionali compaiono più o meno tardi dato che sono precocemente preceduti da sintomi psicosomatici. Il 'rendersi conto' è severamente relegato e subordinato per la sua natura sovversiva di fronte alle esigenze e agli obiettivi del soggetto. Tali disordini corrispondono ad una bassa risposta corticale, ad un'iperventilazione vegetativo-motoria o vertigini, a dei disturbi del sonno, ecc. Espressioni come la nevrosi, l'estroversione, l'impulsività o l'estrema suscettibilità diventano delle caratteristiche comportamentali con cui il soggetto definisce sé stesso o viene definito dai suoi.

La ragione per la quale il termine più controverso nella storia della psicoterapia si sia dissipato nel tempo costituisce il capitolo più curioso della storia della psicopatologia. I padri della psicanalisi non pensarono che un concetto così semplice —lo era se non veniva allontanato dalla teoria sessuale— si sarebbe autodivorato. Sebbene avessero intuito che l'isteria era universale, non hanno capito che i fenomeni di massa nella comunicazione la tornerebbero così quotidiana da sembrare un modello sociale più che una forma di sofferenza psicologica. L'esempio più evidente ne è la tendenza a vedere gli idoli popolari dello sport, del cinema o della politica come delle persone di successo sempre felici. L'accettazione generale della manipolazione con cui questi idoli agiscono sulla realtà per mantenere il loro status e lo spostamento sociale dei valori di permanenza per valori di sostituzione non contribuiscono a far capire che l'isteria non è meno rischiosa per il fatto di essere massiva. La dinamica sociale e la cultura sono dei sostegni determinanti per il soggetto che cerca di realizzare le sue espressioni di contenuto isterico (Ullman e Krasner, 1.969-75) (Martin 1978).

I due gruppi di sintomi descritti dal DSM IV si suddividono in sei manifestazioni dissociative e sette somatomorfi. L'idea di un insieme di sintomi che rispondono a diversi stimoli emozionali può essere immediatamente confutata quando si osserva che l'aura somatomorfa è la prima e precoce risposta alla frustrazione di un contatto pieno. Questo avviso somatico è normalmente anestetizzato dal soggetto che rafforza i suoi meccanismi di difesa 'conosciuti' per provare nuove

esperienze che spera soddisfacenti. I sintomi si ripetono o si rinforzano, il corpo è il primo a parlare e anche l'ultimo.

È possibile raggruppare l'amnesia dissociativa, la fuga dissociativa ed il disturbo dissociativo non specifico come tre comportamenti che manifestano una chiara incapacità di assorbire la frustrazione. Il bagaglio esperienziale del soggetto che presenta tali manifestazioni ha automatizzato la risposta all'evitamento del dolore. Essa deriva dai ripetuti tentativi di negazione delle idee e dei ricordi traumatici il cui carattere progressivamente dissociativo risulta dalla ripetizione del meccanismo.

Per quanto riguarda i sintomi somatomorfi, sia gli indifferenziati sia quelli di conversione, la risposta somatica è anche un modo esplosivo di esprimere il disagio relazionale attraverso l'unico sbocco non (del tutto) controllato dall'individuo. Gli stati più complessi della dissociazione 'resistono' qualsiasi espressione emozionale di carattere scismatico rispetto alla realtà tollerata dal soggetto. Ciò che sembra un puzzle invita a tralasciare l'isteria, ma se consideriamo i sintomi somatomorfi e dissociativi come la rivelazione continua della frustrazione di contatto potremo capire che in realtà non lo è.

Se si intende il sintomo come un inevitabile avviso della certezza di insoddisfazione ripetuta, si potrà avviare il soggetto nel primo passo verso l'accettazione del rischio così evitato e temuto. Il paziente parlerà del sintomo e questo gli consentirà di esprimere, anche per mezzo della simulazione o dell'amplificazione, il suo disagio o angoscia, la sua frustrazione e paura intuitiva di fronte agli insuccessi venturi.

Sintomatologia più comune:

Disturbi dissociativi.

Amnesia dissociativa	Blocco della memoria traumatica
Fuga dissociativa	'Fughe' amnesiche dall'ambito traumatico
Disturbo dissociativo di identità	Personalità adattabili alle necessità.
Disturbo di depersonalizzazione	Sconoscenza di sé stesso
Disturbo dissociativo di possessione	Trance, possessione di tipo mistico
Disturbi con componenti dissociativi	Disturbo post-traumatico o di stress acuto

Disturbi somatomorfi.

Disturbo di somatizzazione	Sintomi durevoli di tipo immaginario
Disturbi somatomorfi indifferenziati	
Disturbi di conversione	Sintomi deficitari e sensoriali
Disturbi di dolore cronico	Dolore senza origine, dolore senza dolore
Ipocondria	Sintomi immaginari, paura
Disturbo corporale dismorfico	Difetti immaginari o amplificati
Disturbo somatomorfo non differenziato	Esaltazione approvatoria del proprio corpo

Compulsione a ripetere l'esperienza di evitamento della frustrazione.

Il ciclo sintomatico percorre una sequenza che non è matematica ma si ripete comunque con poche variabili. L'intenzione di contatto parte da un'eccitazione carica di esperienze frustranti già vissute di abuso mentale o fisico in età precoce e/o da frustrazioni adulte da cui si dissocia la dinamica della propria manipolazione simulatoria. Apnea lieve, vertigini e tachicardia lieve costituiscono le prime manifestazioni somatiche. Dall'esperienza di contatto frustrante emergono (prima in modo velato o superficiale) la rabbia, l'intolleranza e la tristezza. L'assimilazione che ne risulta rafforza di solito i meccanismi di manipolazione con una risposta anestetica (per quanto riguarda il riconoscimento della perdita e la valutazione del rapporto frustrato). Il ciclo ricomincia integrando nuovi (e più efficienti) difese che cercano di aumentare l'efficacia simulatoria. I sintomi somatoformi tendono ad essere maggiori in ogni nuova esperienza relazionale.

Ciclo di ripetizione

Intenzionalità di contatto =>
 Manipolazione simulatoria=>
 Sintomi somatomorfi =>
 Frustrazione di contatto, incompletezza=>
 Manifestazioni emozionali=>
 Assimilazione parzializzante, amnesia, anestesia =>
 Riavvio del processo esperienziale =>

VERSO UN APPROCCIO CLINICO

Naturalmente, le motivazioni del soggetto durante la consultazione terapeutica saranno tangenziali e dissuasive rispetto alla manifestazione del suo disagio. Ci si potrebbe aspettare che nel suo discorso prevalga la descrizione delle sue virtù e qualità così come la delusione che prova nei suoi rapporti che "non stimano nè condividono i suoi standards". In questa prospettiva di luogo e forma la cocreazione della clinica gestaltica si inizia col rendere visibile la vera intenzionalità dell'individuo. Si cerca di capire *come* e *dove* il paziente smette di essere 'sé stesso' per privilegiare il risultato del rapporto a scapito della relazione stessa. Una sottovalutazione dei sintomi potrebbe far entrare il terapeuta nel circolo di ripetizione e frustrazione del soggetto, affermando la sua resistenza di contatto o rinforzando i suoi meccanismi relazionali nevroticizzanti. Lo strumento più efficace della cocreazione terapeutica è la constatazione comune tra terapeuta e paziente dell'immensa soddisfazione che procura un contatto derivato da una manipolazione carica di aspetti simulatori e di quali sono gli obiettivi a breve termine che, una volta soddisfatti, offuscano il rapporto in quanto tale. L'innovazione sarà riprodurre nell'esperienza terapeutica un modello di contatto soddisfacente in cui la simulazione

non è necessaria, tutto ciò di fronte ad una malattia apparentemente inesistente, immaginaria o tutt'al più estinta o socialmente giustificabile.

La risignificazione dell'intreccio di relazioni dove si sviluppa il comportamento isterico ci costringe a pensare in una società 'isterogenica'. È quasi naturale che il concetto di 'isteria' scomparisse dalla moderna didattica psichiatrica. Tutto sembrerebbe indicare che l'unico problema con i principi isterici è il fatto che essi non funzionano. Per quanto riguarda il comportamento generale della seduzione compulsiva, l'esacerbazione dell'estroversione e la manipolazione simulatoria, le si continuerà ad applaudire nella società postmoderna. Il contributo più significativo della psicoterapia della Gestalt è la comprensione del processo al di là del sintomo o del sintomo come espressione indivisibile del processo. La cocreazione terapeutica consiste, ancor più nel caso dell'isteria, in riattraversare vecchie strade in cui si possano trovare nuove esperienze di completezza.

Dott. Sergio G. La Rosa
Buenos aires
Dicembre 2009 – Gennaio 2010.