



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)**

**Corso di Laurea Magistrale in**

**PSICOLOGIA CLINICO – DINAMICA**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**PERSONALITÀ ISTERICO-ISTRIONICA: PSICOANALISI E  
NEUROSCIENZE**

**Hysterical Personality: state of the art between diagnosis with PDM-2  
and current scientific literature**

**Relatrice:**

**Prof.ssa Arianna Palmieri**

**Laureando:**

**Leonardo Serafini**

**Correlatore:**

**Prof. Enrico Mangini Laureando**

**Matricola: 2054497**

**Anno Accademico 2022/2023**

## INDICE

<b><u>ABSTRACT</u></b> .....	5
<b><u>INTRODUZIONE</u></b> .....	7
<b><u>EMBODIMENT</u></b> .....	10
<u>Introduzione alla Personalità Isterica</u> .....	15

### **I CAPITOLO PRIMO: LETTERATURA PSICOANALITICA E PERSONALITÀ ISTERICO-ISTRIONICA .... ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.8**

<b><u>1.1 Isteria, gli inizi</u></b> .....	Errore. Il segnalibro non è definito.8
<u>L'isteria prima di Freud</u> .....	18
<u>L'Isteria e la nascita della Psicoanalisi</u> .....	23
<b><u>1.2 Personalità Isterica</u></b> .....	Errore. Il segnalibro non è definito.
<u>Carattere Isterico</u> .....	28
<u>Stile Cognitivo</u> .....	32
<u>Isteria e Istrionismo</u> .....	33
<u>Difese</u> .....	39
<b><u>1.3 Psicodinamica Eziologica</u></b> .....	42
Compesso Edipico e debolezza identitaria .....	42
Kohon, lo stadio isterico femminile e la divalenza .....	45
La mancanza precoce dell'oggetto primario .....	47
<b><u>1.4 Fenomenologia dell'esistenza isterica</u></b> .....	49
L'Istante .....	51
L'Apparenza .....	52
La Dipendenza .....	53

### **II CAPITOLO SECONDO REVISIONE SISTEMATICA NEUROSCIENTIFICA SULLA PERSONALITÀ ISTERICO-ISTRIONICA ..... 54**

<b><u>2.1 Isteria e Neuroscienze</u></b> .....	54
Personalità e Neuroscienze .....	54
<b><u>2.2 Metodo</u></b> .....	57
Screening ed eleggibilità .....	58
<b><u>2.3 Risultati</u></b> .....	60

Wang, 2004.....	64
Wang, 2020.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
Svanborg, 2000.....	69
<b><u>2.4 Discussione</u></b> .....	<b>71</b>
Dipendenza da stimoli esterni ed eccitabilità corticale .....	71
Differenza di genere nella glicemia.....	73
Scarsa validità della diagnosi nosografica.....	75
<b><u>CONCLUSIONE</u></b> .....	<b>80</b>
<b><u>BIBLIOGRAFIA</u></b> .....	<b>85</b>



## **ABSTRACT**

Il presente elaborato di tesi offre indaga lo stato dell'arte del disturbo di personalità isterico-istrionico. L'indagine è svolta su due livelli diversi di osservazione: la psicoanalisi e le neuroscienze. Da una parte, adottando una prospettiva incarnata della patologia di personalità, che rifiuta una scissione tra mente e corpo verso un punto di vista che considera l'umano come unità somatopsichica indivisibile, viene esplorato il disturbo di personalità isterico-istrionica nella sua espressione sull'organo cerebrale. In particolare, è stata svolta una revisione sistematica che aveva l'obiettivo di raccogliere tutti i contributi scientifici trattanti questo disturbo di personalità nei suoi correlati biologici. Utilizzando le linee guida prisma con i suoi criteri di inclusione ed esclusioni sono stati selezionati tre articoli scientifici ritenuti idonei allo scopo della revisione. Il numero esiguo di pubblicazioni scientifiche sull'argomento obbliga una riflessione sulla natura e validità del costrutto diagnostico, il quale si mostra poco studiato dal punto di vista neuroscientifico. La tesi si espande ulteriormente in un'osservazione della personalità isterico-istrionica da un punto di vista psicoanalitico. Uno sguardo psicoanalitico su questa particolare personalità comprende una descrizione delle origini della teorizzazione dell'isteria da parte di Freud e Breuer (1895) che coincide con l'introduzione della psicoanalisi in occidente. Inoltre, viene analizzata la personalità isterico-istrionica nel suo funzionamento psicologico difensivo, nella psicodinamica da cui ha origine e nella sua descrizione fenomenologica per fare luce sul vissuto in prima persona. Nel complesso, il presente elaborato ha quindi l'obiettivo di proporre una visione completa e coerente dell'attuale stato dell'arte del Disturbo di Personalità Isterico-Istrionico.

This thesis aims to investigate the state of the art of hysterical-histrionic personality disorder. The investigation is carried out on two different levels of observation: psychoanalysis and neuroscience. On the one hand, by adopting an embodied perspective of personality pathology, which rejects a split between mind and body towards a point of view that considers the human as an indivisible somatopsychic unit, hysterical-histrionic personality disorder is explored in its expression on cerebral organ. In particular, a systematic review was carried out with the aim of collecting all the scientific contributions dealing with this personality disorder and its biological correlates. Using the Prisma guidelines with its inclusion and exclusion criteria, three scientific articles deemed suitable for the purpose of the review were selected. The small number of scientific publications on the topic forces a reflection on the nature and validity of the diagnostic construct, which appears to be little studied from a neuroscientific point of view. The thesis further expands into an observation of the hysterical-histrionic personality from a psychoanalytic point of view. A psychoanalytic look at this particular personality includes a description of the origins of Freud and Breuer's (1895) theorization of hysteria which coincides with the introduction of psychoanalysis in the West. Furthermore, the hysterical-histrionic personality is analysed in its defensive psychological functioning, in the psychodynamics from which it originates and in its phenomenological description to shed light on first-person experience. Overall, this paper therefore has the objective of proposing a complete and coherent vision of the current state of the art of Hysterical-Histrionic Personality Disorder.

## INTRODUZIONE

Il presente elaborato è volto a fornire una globale ed integrata fotografia della Personalità Isterico-Istrionica, a partire dalla definizione che ne viene data nel Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017). Questa tesi, snodandosi in due capitoli, tenterà di riunire le principali conoscenze sulla Personalità Isterico-Istrionica da un punto di vista psicoanalitico ed esistenziale integrato ad un approccio incarnato nel corpo biologico, in particolare vengono raccolte le conoscenze neuroscientifiche della letteratura sull'argomento.

Questo elaborato parte da una descrizione della Personalità Isterico-Istrionica in senso psicoanalitico. Sono stati raccolti e selezionati i maggiori contributi sull'argomento da parte di psicoanalisti. Partendo da un approccio storico alla condizione isterica sono state descritte le prime tracce nella storia dell'uomo del disturbo isterico, dall'Antico Egitto alla Grecia Antica, per poi spostarsi nell'Europa di fine Ottocento, dove l'isteria ha rappresentato quella condizione e mistero scientifico che ha permesso la nascita della Psicoanalisi con Freud e i suoi *Studi sull'Isteria* (1892-95), insieme a Breuer.

Successivamente si passa ad una descrizione della Personalità Isterica che ha una sua origine negli scritti di Wittels (1930) e di Reich (1933) che sono integrati con le descrizioni e le osservazioni di Easser & Lesser (1965), Shapiro (1965) e Semi (1989). Ne viene fuori un ritratto completo psicoanalitico del carattere isterico che include le principali caratteristiche di questa personalità: gli atteggiamenti sessualizzati, la seduzione, la suggestionabilità, lo stile impressionistico tra gli altri. Viene poi analizzato il sistema

difensivo della personalità isterica grazie ai contributi di Rupert-Schampera (1995) che illustra le difese principali e la loro origine nella psicodinamica infantile, di McWilliams (2011) e di Scalzone (1999).

La descrizione passa poi alla psicodinamica eziologica della personalità isterico-istrionica. In questa sezione vengono illustrate tre teorie psicoanalitiche riguardo l'origine in ambito infantile e familiare della configurazione di personalità. Queste teorie sono state scelte per dare una completezza alla complessità di questa personalità. Si passa quindi da una comprensione dell'Edipo connesso allo sviluppo di una identità debole, insicura e superficiale, tipica della personalità isterica (Horowitz, 1977; Hollender, 1971) per poi approfondire sulla presenza di uno specifico stadio isterico di divalenza nello sviluppo psichico delle bambine, che non viene superato dalle future isteriche (Kohon, 1984). Si completa la parte della psicodinamica eziologica con la descrizione dell'impatto che una carenza di cure materne, comune agli individui con personalità isterico-istrionica, ha sulla relazionalità dell'isterica. Khan (1974) espone, dunque, l'atteggiamento sessualizzato di relazione come una risposta precoce alla carenza di cure materne a discapito dello sviluppo delle funzioni dell'Io.

In conclusione, del capitolo psicoanalitico si è scelto di descrivere l'esistenza isterica attraverso un'analisi fenomenologica. La fenomenologia contiene un approccio soggettivo che esprime la psicopatologia nel modo in cui è vissuta dalla prospettiva soggettiva dell'individuo. Ritengo che questo speciale sguardo verso l'unicità esperienziale del soggetto percipiente possa arricchire e completare il quadro che questa tesi vuole comporre riguardo la Personalità Isterico-Istrionica. Attraverso i contributi di Binswanger (1961), Galimberti (1979) e Borgna (1999) sono stati ampliati i nuclei tematici principali dell'esistenza isterica: l'istante, l'apparenza e la dipendenza.



Il secondo capitolo completa la descrizione della Personalità Isterico-Istrionica aggiungendo il punto di visto biologico neuroscientifico approcciato da un punto di vista di embodiment che mette in continuità lo psichico con il corporeo, rifiutando la divisione cartesiana mente-corpo. In particolare, attraverso una Revisione Sistemica della letteratura sui correlati neurali del Disturbo di Personalità Isterico-Istrionico secondo le linee guida PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2021) si è raccolta la letteratura esistente di tipo neuroscientifico su questa personalità, i risultati mettono in evidenza una forte dipendenza di questi paziente verso gli stimoli esterni e una differenza di genere in termini di adattamento sociale.

Inoltre, questa Revisione Sistemica ha messo in evidenza, a causa del bassissimo numero di articoli scientifici a riguardo, i limiti della diagnosi nosografica categoriale del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) che impediscono una chiara definizione del costrutto e quindi inibiscono le ricerche a riguardo. Si suggerisce, quindi, l'adozione di un approccio diagnostico di tipo dimensionale e descrittivo come da PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) per un maggiore spazio all'unicità dell'individuo e alle sfumature della patologia che vengono perse utilizzando categorie sintomatiche rigide.

## **Embodiment**

L'embodiment rappresenta un approccio teorico innovativo nell'ambito della psicologia che mette in evidenza l'importanza fondamentale dell'interazione tra la mente e il corpo umano. Secondo questa prospettiva, l'esperienza umana, la percezione e la comprensione del mondo sono fortemente influenzate dai processi corporei, sensoriali e motori. Come sostengono Lakoff e Johnson (1999), "il modo in cui comprendiamo e interpretiamo il mondo è fondamentalmente radicato nel nostro modo di esperire il nostro corpo e nel nostro modo di essere fisicamente nel mondo". La teoria dell'embodiment ha radici in diverse discipline, tra cui la filosofia, la psicologia, le neuroscienze e le scienze cognitive.

Le prime idee sull'importanza del corpo nella formazione della mente risalgono agli antichi filosofi greci, come Aristotele, che riconosceva l'importanza delle esperienze corporee nella percezione e nel pensiero. Aristotele si discosta dalla visione platonica riguardo l'esperienza della conoscenza del mondo. Platone distingue il mondo delle Idee dal mondo sensibile nei termini di intelligibilità, immutabilità, eternità e immaterialità e per il fatto che è il risultato di una visione puramente intellettuale e non concreta. In questo modo l'impalcatura teorica di Platone garantisce una struttura ontologica del mondo sensibile mantenendo una costanza fenomenica indipendente dalla variabilità e dalla complessità in cui le cose si manifestano nel mondo naturale. Per Platone le cause della realtà sensibile andrebbero ricercate non in ciò che è visibile ma in ciò che è invisibile e che non si presenta come dato immediatamente accessibile ai nostri organi di senso. Questa visione che separa l'anima, la forma, della cosa dal suo corpo, materia, non viene sposata da Aristotele, il quale teorizza una dinamica indivisibile tra forma e

materia nella quale la forma realizza sé stessa a partire dalla e attraverso la materia preposta a quella specifica forma.

In questa formulazione l'anima (la forma) assume una concezione funzionale connettendosi ad una materia sensibile specifica la quale acquisisce pari valore rispetto alla forma. Il corpo diventa quindi l'unico strumento e dimostrazione dell'anima la quale non può realizzarsi se non attraverso di esso. In questo modo Aristotele si dichiara a favore dell'unità biologica del vivente: la concezione di vivente nei termini di corpo organico dotato di anima, e quindi di vita, intimamente organizzato e strutturato, testimonia, seppur su un piano strettamente biologico, la presenza di un legame indissolubile tra anima e corpo. Questa rivalorizzazione ontologica del corpo biologico e l'idea di un'unità indistinta e indissolubile tra anima e corpo si ritrova anche con Merleau-Ponty (1962) nella sua concezione di soggetto come esistenza totalmente incorporata, "il corpo non è semplicemente un oggetto che possediamo, ma è un'incarnazione attiva che costituisce la nostra presenza nel mondo".

Merleau Ponty attua un capovolgimento epistemologico in un'epoca in cui la concezione prevalente era quella di un'immagine disincarnata del mondo: ne *Il Visibile e l'Invisibile* (2003) concepisce la percezione come strumento di accesso naturale al mondo. In questo senso, il corpo viene concettualizzato come base operativa di ogni altra attività cognitiva oltre la sensazione, come il fondamento ontologico di ogni esperienza del soggetto, dalla percezione all'esperienza dello spazio, del tempo, degli altri e della stessa soggettività. Lo sguardo si allarga dall'oggetto esperito includendo così anche il soggetto che esperisce inteso come unità organica generatrice del mondo.

Un'altra influenza importante sull'embodiment proviene dalla neuroscienza cognitiva e dalle teorie dell'apprendimento motorio. Le scoperte in queste discipline hanno evidenziato come il corpo e i processi sensoriali-motori siano intimamente legati alla percezione e alla comprensione. Come affermano Varela, Thompson e Rosch (1991), "i processi cognitivi non possono essere separati dai processi corporei e sensoriali che forniscono la base per l'esperienza stessa". Con il termine "azione incarnata" gli autori spiegano come la cognizione dipenda dall'esperienza che deriva dall'avere un corpo con molteplici capacità sensomotorie e che, queste, sono loro stesse incarnate in un contesto biologico, psicologico e culturale. Nell'azione incarnata viene enfatizzato come i processi motori e sensoriali, percezione e azione, sono intrinsecamente inseparabili nella cognizione vissuta.

Lakoff e Johnson (1999) adottano un approccio sperimentale alla cognizione che si basa su un legame costitutivo tra la cognizione e l'esperienza sensomotoria. Secondo il loro approccio, le strutture concettuali significative emergono dalla natura strutturata delle esperienze corporee e sociali e dalla nostra capacità innata di proiettare in modo immaginario gli aspetti ben strutturati delle nostre esperienze corporee e interazionali su strutture concettuali astratte. Il pensiero razionale sarebbe quindi l'applicazione di processi cognitivi molto generali a queste strutture di esperienza.

L'embodiment si estende anche all'esperienza emotiva. Le emozioni non sono solo stati interni della mente, ma coinvolgono anche risposte e manifestazioni fisiche. Come afferma Damasio (1994), "le emozioni non possono essere separate dai processi corporei e neurologici che le sottostanno". Le emozioni si manifestano attraverso reazioni fisiologiche, espressioni facciali, gesti e posture corporee. Queste risposte corpo-

ree svolgono un ruolo cruciale nella nostra esperienza emotiva e influenzano la nostra percezione e interazione con il mondo.

Secondo il punto di vista di Damasio, le emozioni sono delle reazioni di bio-regolazione che puntano a promuovere quegli stati fisiologici che assicurano la sopravvivenza e, in particolare, quella modalità di sopravvivenza che noi esseri umani identifichiamo con benessere. Queste reazioni sono una collezione di pattern di risposte chimiche e neurali elicitate da stimoli emotivamente competenti, ovvero stimoli o situazioni percepiti o rievocati dalla memoria che attivano evolutivamente i repertori di azioni interni ed esterni che noi chiamiamo emozioni. Il cervello creerà associazioni tra altri oggetti ed eventi dell'esperienza individuali con quelli che producono naturalmente una risposta emotiva portando allo sviluppo di stimoli emotivamente competenti che popolano quasi tutto il nostro ambiente e che dipendono dall'evoluzione, dalla nostra storia personale e dal contesto.

Dopo che questi stimoli provocano la cascata emotiva, la risposta emotiva colpisce il cervello e il corpo. Queste risposte alterano lo stato dell'ambiente esterno, lo stato delle viscere, del sistema muscolo-scheletrico, e guidano un corpo, preparato da questi cambiamenti funzionali, ad eseguire varie azioni o comportamenti complessi. Le emozioni provocano cambiamenti a livello cerebrale, per esempio la tristezza o la felicità hanno un effetto sulla quantità di nuove immagini create dalla mente e sullo span attenzionale; si può includere un effetto delle emozioni anche sui pensieri, i quali contribuiscono alla rappresentazione di noi stessi e degli altri e alle scelte di comportamento nell'ambiente.

L'approccio dell'embodiment ha importanti implicazioni per la psicologia clinica, poiché mette in evidenza l'interconnessione tra mente, corpo ed esperienza soggettiva. Comprendere l'incorporamento può fornire una nuova prospettiva per la comprensione e il trattamento dei disturbi psicologici. "L'embodiment richiede una prospettiva olistica, in cui l'esperienza umana è compresa come l'interazione dinamica tra mente, corpo e ambiente." (Varela et al., 1991). L'individuo è considerato come un sistema integrato di processi cognitivi, emotivi, corporei e relazionali. Ciò implica che i disturbi psicologici devono essere affrontati considerando l'interazione tra mente e corpo come un'interazione ineliminabile tra fattori che si influenzano a vicenda in ogni momento e, quindi, mette in risalto le limitazioni di utilizzare ancora un'impostazione che li definisce come distinti.

Infatti, è evidente come nelle patologie mentali sia di enorme importanza la capacità di autoregolazione e quindi la consapevolezza e la regolazione delle sensazioni corporee e delle emozioni. È importante anche sottolineare come durante il trattamento di un paziente con patologia mentale, le sensazioni corporee possono fornire importanti indizi per comprendere i disturbi psicologici e possono essere esplorate in terapia per accedere ai significati soggettivi (Ogden et al., 2006).

In conclusione, l'embodiment rappresenta una prospettiva teorica che sottolinea l'importanza dell'interazione tra la mente e il corpo umano. L'esperienza corporea e sensoriale gioca un ruolo cruciale nella nostra percezione, emozione, linguaggio e cognizione. Come afferma Gallagher (2005), "l'esperienza e l'azione sono immerse nel corpo e si svolgono attraverso il corpo". Comprendere l'embodiment ci permette di approfondire la nostra comprensione della natura umana e di sviluppare nuove prospettive e applicazioni in vari campi della psicologia

## **Introduzione Personalità Isterico-Istrionica**

All'interno del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) la personalità isterico-istrionica si trova nell'asse P del manuale diagnostico dedicato alle personalità. I pazienti con questo stile di personalità vengono descritti come preoccupati dalle problematiche legate al genere, alla sessualità e al potere. Appaiono a livello manifesto come persone appariscenti, alla ricerca di attenzione e seduttive; ciononostante, a livello inconscio presentano una grande insicurezza legata ad una auto-percezione di debolezza, di mancanza e di inferiorità a causa del proprio genere sessuale (McWilliams, 2011). Una dinamica comportamentale caratteristica di questa personalità è l'utilizzo di un atteggiamento eccessivamente sessualizzato a scopo difensivo, in quanto protegge da sentimenti di debolezza e impotenza nei confronti dell'altro per conquistare una sensazione di forza e trionfo nei confronti dell'altro genere sopravvalutato. Questa sessualità così appariscente è vissuta in maniera ambivalente: questi pazienti, infatti, non si sentono a proprio agio in situazioni di intimità sessuale e si trovano in conflitto con questa paura della sessualità agita e le loro tendenze seduttive esibizionistiche, questo conflitto porta ad una cronica difficoltà ad incontrare l'altro in modo intimo e soddisfacente a causa di una mancanza di corrispondenza tra i bisogni di relazione e accudimento e i mezzi sessualizzati per ottenerlo.

Si deve sottolineare la presenza di sottocategorie all'interno della personalità isterico-istrionica. Infatti, vari contributi di autori psicoanalitici (Zetzel, 1965; Kernberg, 1992) hanno evidenziato la presenza di diverse tipologie di personalità isterica, che si divide in isterica e istrionica a seconda del livello di funzionamento dell'Io. Ad un livello nevrotico corrisponde una personalità isterica caratterizzata da difese più mature, sintomi ego-distonici e un maggiore controllo comportamentale causato da un mi-

gliore senso di realtà. Ad un livello borderline e psicotico corrisponde la personalità istrionica, questa variante esprime le caratteristiche della personalità isterica in modo più eccessivo e drammatico. Essendo ad un livello basso di funzionamento le difese saranno più immature con forti tendenze all'agito, all'autolesionismo e, in generale, ad una peggiore capacità di distinguere il mondo interno dal mondo esterno (Zetzel, 1968).

Questa personalità, nonostante il comportamento fortemente orientato alla relazione e dotato di una grande appariscenza e drammatizzazione, possiede una grande sensibilità all'eccitamento, spesso auto-prodotto. Questa forte sensibilità comprende un nucleo di tipo schizoide caratterizzato da una tendenza al ritiro e alla solitudine che caratterizza un vuoto nucleare dell'esperienza soggettiva del paziente isterico-istrionico. Questo vuoto strutturale è causato da un'estrema difficoltà di incontro con l'altro e di esporre il proprio vero Sé, se sviluppato e individuato, senza provare vergogna o paura di essere giudicato o attaccato.

Tutti i pazienti isterici-istrionici condividono, secondo il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) una medesima storia familiare caratterizzata da un genitore dello stesso sesso deludente e/o assente e un genitore del sesso opposto eccessivamente presente e iperstimolante. Questa configurazione familiare porta con sé difficoltà e complessità a livello delle identificazioni genitoriali che favoriscono una debolezza identitaria di base caratteristica dell'adulto isterico-istrionico.

In generale, la personalità isterico-istrionica rappresenta l'attuale arrivo di un discorso sul genere e la sessualità, in particolare femminile, che va avanti da tutta la storia umana. L'isteria, infatti, rappresenta la condizione in cui corpo, psiche e cultura si intersecano originando delle sintomatologie sempre diverse in base al tempo storico in cui ci



si trova. Ricordiamo gli attacchi isterici e le conversioni al tempo di Freud, una sintomatologia che ora non si trova più in Occidente ma che, cambiando la forma, si adegua alle aspettative sociali sul genere, il sesso e il corpo della donna. Questo aspetto rende questa diagnosi estremamente inafferrabile, come inafferrabile è la persona isterica nella sua identità, nei suoi desideri e nella sua autenticità.

# CAPITOLO 1: LETTERATURA PSICOANALITICA E PERSONALITÀ ISTERICO-ISTRIONICA

## 1.1 Isteria, gli inizi

### L'Isteria prima di Freud

Non vi è dubbio sul fatto che la Psicoanalisi nasca con l'osservazione e lo studio di Freud dell'isteria. Ciononostante, la nascita dell'isteria non equivale al primo periodo di pubblicazione delle opere di Freud che formano la base della teoria psicoanalitica; infatti, Horowitz (1977) parla di quattro mila anni in cui la condizione isterica è stata presente e documentata. Le prime tracce dell'isteria sono da individuare nell'antico Egitto, il documento noto come i *Kahun Papyrus*, dall'antica città egiziana Kahun, risale al 1900 a.C. Un trattato che descrive una serie di stati patologici, tutti attribuiti alla collocazione dell'utero all'interno del corpo. In questo documento, sotto la voce "Disturbi dell'Utero" compare un elenco di sintomatologie sovrapponibili a quelle che Freud avrebbe classificato come sintomi isterici: cecità, paralisi, dolori ai denti e alla bocca, dolori in tutto il corpo. Secondo gli egiziani, la causa di questi sintomi era una "fame" dell'utero o un suo cambiamento di collocazione nel corpo, di conseguenza la terapia consisteva nel nutrire l'utero affamato o nel ricollocarlo nel posto dal quale si era spostato con l'utilizzo di specifiche spezie e piante aromatiche. Questa concezione dell'utero arriva in Grecia e la possiamo ritrovare con Ippocrate nel suo *Corpus Hippocraticum*: qui troviamo il primo utilizzo del termine isteria come patologia causata dall'utero (*hystera*). Anche qui gli stessi tipi di sintomi venivano attribuiti ad uno spostamento o cambiamento dell'utero e ad una deprivazione sessuale, in particolare Ippo-

crate descrive come lo spostamento dell'utero in determinati punti del corpo provocasse convulsioni, rigidità e disturbi respiratori. Infine, ritengo che sia di grande interesse inserire il culto di Esculapio, il dio della medicina, a causa della similitudine con l'atmosfera psicoterapeutica di questo culto. Il culto di guarigione di Esculapio in Grecia era praticato nei templi di Esculapio, situati sempre in località caratterizzate da bellezza naturale per fornire un ambiente piacevole alle pazienti. Dopo un sacrificio al dio e il digiuno, la paziente veniva posizionata su un divano in una delle stanze intorno al tempio principale per riposare. La cura sarebbe arrivata direttamente dal dio Esculapio, il quale sarebbe apparso in sogno alla paziente. Nella maggior parte dei casi il dio appariva in sogno e curava le pazienti con le sue parole o con la manipolazione della zona patologica. Spesso la paziente, durante il sonno, sentiva una stimolazione sul corpo da parte di serpenti. È interessante la grande somiglianza con il setting psicoterapeutico, infatti nelle tavole scolpite di questi templi era messo in evidenza il divano sul quale la paziente riposava e, soprattutto, veniva dato molto valore, per la riuscita del trattamento, ad una forma di pagamento per il dio e i suoi adepti che poteva consistere in sacrifici, oggetti artistici o metalli preziosi.

Spostandoci dalle prime tracce di sintomatologia e trattamento dell'isteria nella storia, torniamo nell'Europa di fine Ottocento. L'interesse per la condizione isterica si situa in un panorama scientifico culturale in cui dilagava un ottimismo per il progresso scientifico, l'idea di stare vivendo l'alba di un'era di conquiste e scoperte scientifiche che avrebbero rivoluzionato il mondo occidentale. È infatti in quel periodo che furono inventati gli analgesici e i sedativi, i quali rappresentavano la vittoria dell'uomo sulla sofferenza fisica: è intuibile il grado di fervore e onnipotenza che i cittadini europei di fine Ottocento vivevano rispetto ad un potenziale orizzonte di possibilità e traguardi an-

cora non del tutto immaginabili. In questo clima di cieca fiducia verso la scienza, si sviluppa parallelamente un crescente interesse verso i fenomeni oscuri, quelli non completamente spiegabili dall'invincibile ragione. Fenomeni come l'ipnosi e l'isteria, l'avvento degli spiritismi, il magnetismo, riflettono una "crisi della ragione" che si rifletteva nell'incapacità di spiegare pienamente questi fenomeni, come i sintomi isterici, che non possono essere ricondotti e individuati nell'apparato organico. È qui che la psicoanalisi trova il suo terreno fertile, quel campo del sapere che evidenzia il limite del potere della ragione, nei lapsus, nella sessualità infantile e nei sintomi isterici; tutto questo risulterà in uno storico capovolgimento in cui il soggetto cartesiano si trova influenzato e controllato da fenomeni che invadono il suo campo d'azione rendendolo non più padrone in casa propria.

All'epoca l'isteria era nota da molto tempo, la concezione più diffusa la attribuiva esclusivamente al sesso femminile e, in particolare, all'insoddisfazione sessuale. È, infatti, nella parola isteria che si trova la parola utero (isteron); questa connotazione ha irrigidito per molto tempo la teorizzazione dell'isteria come riscontrabile solo nel genere femminile e legato esclusivamente a motivazioni, cause e spiegazioni di tipo sessuale, in particolare alla frustrazione di desideri sessuali. Ciononostante, già a quel tempo era condivisa l'idea che la fenomenologia isterica fosse connessa al contesto socioculturale, infatti, era noto come le possessioni demoniache riscontrate nel Medioevo riflettessero condizioni isteriche, così come le estasi mistiche del passato e le manifestazioni ipocondriache al tempo di Freud (Freud, 1922). Era quindi già noto come l'isteria si mostrasse sotto diverse forme in base al contesto socioculturale.

Nella medicina del tempo, non si può escludere il contributo di Pierre Briquet, il quale ipotizzava per l'isteria una causa organica su possibile base ereditaria, sulla quale

si innescavano emozioni o conflitti che rappresentavano elementi scatenanti. È evidente, quindi, come ancora prima di Freud, la concezione dell'isteria ospitasse una connessione tra psiche e soma, tra mentale e organico, tra emozioni e desideri e il corpo biologico. Questo aspetto rappresenta il cuore della condizione isterica, e quindi il cuore della psicoanalisi, che trova come terreno di espansione quei fenomeni irriducibili nella sola biologia del corpo.

Questo terreno in cui la pura ragione era adombrata da fenomeni inspiegabili sul piano biologico ospitava la pratica dell'ipnosi. Importante ricordare che la pratica ipnotica fu utilizzata in quegli anni da Ambroise Liébeault, medico che a Nancy curava i pazienti meno abbienti con l'ipnosi: secondo lui, la causa del successo dell'ipnosi sui sintomi era la suggestione. Secondo Liébeault un'idea indotta nel corso dell'ipnosi rimaneva un'idea fissa e inconscia dopo il risveglio, per questo motivo era intuibile come alcuni sintomi derivassero dalle suggestioni inconsapevoli che dovevano essere eliminate attraverso delle controsuggestioni (negazioni del sintomo) prodotte durante lo stato ipnotico, questo era definito da Liébeault "ideodinamismo". Questo focus sull'importanza della suggestione venne condiviso da Hyppolite Bernheim che insegnava medicina a Nancy, il quale suggerì, nel suo *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique* del 1886, che fosse la suggestione responsabile del meccanismo ipnotico e che, quindi, ci fosse una proprietà del cervello attivata da esso, la suggestionabilità. Questo concetto era visto in modo diverso da Jean Martin Charcot, il quale attribuiva la suggestionabilità esclusivamente alle pazienti isteriche, le uniche quindi ad essere ipnotizzabili. Dal suo lavoro di primario della Salpêtrière in un reparto ospitante pazienti "convulsivi", patologie neurologiche e patologie isteriche, Charcot, neurologo, adottava una concezione medica dell'isteria. Ne individuava un'origine organica, senza dif-

ferenze di genere sessuale, con una serie stabile di sintomi come la paralisi, l'anestesia, l'iperstesia, la contrattura, il restringimento del campo visivo, il dolore in regione ovarica. Charcot produsse una dettagliata descrizione e classificazione dell'isteria, suddividendola in diversi tipi come la "grande isteria" o le "formes frustes" (Mangini, 2001). Nonostante questo forte ancoraggio all'organico, condivideva una concezione dell'isteria accomunabile a quella dell'ideodinamismo di Bernheim, in cui emerge dal paziente, durante una suggestione, un gruppo coerente di idee associate che si stabilisce nella mente e si esprime all'esterno sul corpo (Ellenberger, 1976). Charcot nel 1887 descrisse l'attacco isterico e le convulsioni evidenziando quattro periodi sintomatologici. Una fase iniziale prodromica caratterizzata da malesseri come vomito, malinconia, allucinazioni visive, crampi, palpitazioni, obnubilamento della vista. Un secondo periodo epiletticoide che richiama l'attacco epilettico con una fase tonica, una clonica e una di risoluzione. In questa fase gli arti superiori e inferiori sono protagonisti insieme a modifiche della respirazione e in generale una tonificazione del corpo compresa immobilizzazione, arrossamento del volto e rotazione verso l'alto dei bulbi oculari a cui segue una fase clonica di oscillazione degli arti fino a un rilassamento conclusivo. Il terzo periodo è caratterizzato da una straordinaria potenza motoria risultante in contorsioni che inducono associazioni con atteggiamenti sessuali estatici legati ad un contenuto ideativo o emotivo; tipico in questa fase il famoso "arco isterico" ma anche movimenti di lotta e di rabbia a vuoto, in questo senso si parla di varietà demoniaca dell'isteria. Un quarto periodo caratterizzato da allucinazioni in cui la paziente mette in atto una scena a cui ha assistito o crede di stare assistendo. Infine, nel periodo terminale sono presenti contratture dolorose di circa quindici minuti in cui la paziente mostra maschere di dolore accompagnate da urla.

Il contributo di Charcot fu determinante per Freud, il quale apprese direttamente da lui e dalle sue lezioni durante il suo soggiorno a Parigi nel 1885. Colpito da questi spettacoli di ipnosi in cui l'isterica perdeva e riacquisiva la propria sintomatologia, Freud iniziò da queste scene, misteriose per la ragione positivista del tempo, ad approfondire ciò che l'ipnosi evidenziava esplicitamente: l'esistenza di influenze sui sintomi, e in generale sul comportamento manifesto dell'uomo, che operano al di sotto del controllo cosciente e minano quell'onnipotenza, promossa dal culto e dalla fede nella scienza del tempo, che albergava nell'uomo europeo ancora per poco.

### **L'Isteria e la nascita della Psicoanalisi**

*Studi sull'isteria* (1892-95) rappresenta il primo passo per la progressiva costruzione del metodo psicoanalitico. Gli Studi sono scritti a quattro mani da Sigmund Freud e Joseph Breuer, medico molto noto a Vienna, fondamentale figura di appoggio e protezione per il giovane Freud. All'interno di questo testo, il caso di Anna O. è di centrale importanza rappresentando la prima paziente isterica negli scritti freudiani diventando un caso "simbolo", tanto che fu utilizzato da lui per introdurre la psicoanalisi presso gli studiosi americani nel 1909 nel Massachusetts (Mangini, 2001). Tra il 1880 e il 1882 Anna O. fu in terapia con Breuer. Breuer vedeva Anna O. tutti i giorni per due anni, e le sue descrizioni di questi incontri rappresentano un modello dell'esattezza scientifica tedesca e un approccio perfettamente coerente con lo spirito positivista del tempo. Allo stesso tempo questo testo che rappresenta il "mito originario" della psicoanalisi possiede degli elementi estremamente moderni e "anti-scientifici". Nonostante la ricchezza e la precisione della descrizione degli incontri con Anna, manca totalmente un approccio

storico anamnestico alla paziente. La modernità di questo approccio sta nell'inconsapevole focus narrativo sull'*hic et nunc* della situazione terapeutica e nella "contaminazione" del resoconto da parte delle sensazioni e dei sentimenti di Breuer verso Anna che mettono a galla l'impossibilità da parte dell'analista di parlare del paziente senza parlare di sé stesso (Mangini, 2001).

Anna era la secondogenita di quattro figli di una famiglia ebrea abbiente. I suoi problemi iniziarono dopo che il padre contrasse sintomi di una malattia polmonare che continuò fino alla sua morte nove mesi dopo. Breuer descrisse questa giovane donna come piena di vitalità intellettuale e annoiata dalla monotonia della sua vita all'interno della sua famiglia puritana, sentiva che la giovane donna trovava sollievo nell'indugiare in sogni ad occhi aperti, che lei descriveva come il suo "teatro privato", durante i suoi doveri in casa (Breuer e Freud 1893-1895). Breuer descrisse una serie di sintomi: disturbi visivi, paralisi, contratture, parestesie, e stati alterati di coscienza. La forma dei sintomi di Anna cambiava con delle regolarità: due stati di coscienza diversi si alternavano, uno stato ansioso e melancolico nel quale riconosceva il contesto, un secondo stato di coscienza con allucinazioni e un comportamento inopportuno. Gradualmente Breuer si rese consapevole delle variazioni nei sintomi e si rese conto che quando Breuer indovinava una motivazione o una causa di offesa in Anna, della quale lei non voleva parlare, e dopo averla obbligata ad esplicitarla ad alta voce, i sintomi si affievolivano e alle volte sparivano (Breuer e Freud 1893-95). questo procedimento fu descritto dalla paziente stesse come una cura della parola e, in modo più scherzoso, come "spazza-camino". In particolare, osservò che i sintomi potevano essere corretti se la paziente, mentre era sotto uno stato ipnotico, era costretta a mettere in parole la fantasia della



quale soffriva in quel momento. In questo modo il sintomo si risolveva, mantenendosi assente anche durante lo stato di veglia.

Con la pubblicazione degli Studi sull'Isteria la collaborazione tra Freud e Breuer iniziò a incrinarsi. Infatti, Breuer non condivideva le conclusioni di Freud, il quale sosteneva che, nell'isteria, i contenuti rimossi dalla coscienza e riesumati durante l'ipnosi per l'annullamento dei sintomi riguardassero sempre tematiche connesse alla sessualità. Breuer dal canto suo favoriva una spiegazione fisiologica del disturbo in cui la scissione psichica degli isterici era causata alla mancanza di comunicazione tra i diversi "stati di coscienza"; in questo modo Breuer diresse le sue formulazioni verso una teoria degli "stadi ipnoidi" mentre Freud adottava una concettualizzazione meno scientifica comprendente il concetto di difesa psichica che avrebbe poi definito come rimozione. Freud osservò che le facoltà psicologiche sono cose complesse, che hanno una loro componente di organizzazione interna e che necessitano di essere descritte e spiegate nei termini psicologici loro propri (Solms, 1997). Questo particolare approccio da parte di Freud è dipeso dalle insufficienti conoscenze neuroscientifiche disponibili a quell'epoca e la morte del padre, in seguito alla quale Freud entrò in quel particolare stato creativo depressivo che lo spinse ad iniziare l'autoanalisi (Scalzone, 1999), la quale le fece sempre più privilegiare l'esplorazione delle determinanti psichiche dei fenomeni psichici a scapito delle determinanti neurofisiologiche.

Dal trattamento di Anna O. derivano le prime idee teoriche sull'isteria. Freud teorizza che nell'isterica rimangono presenti reazioni emotive e affetti che, attraverso la difesa della rimozione, vengono staccati dall'episodio traumatico a cui erano associati (Mangini, 2001). In questo modo, Freud equipara le isterie alle nevrosi traumatiche e ne riporta l'eziologia a un episodio di seduzione traumatica infantile avvenuta preferibil-

mente in ambito familiare ad opera del padre dell'isterica (Scalzone, 1999). I sintomi, quindi, dipendono da questi ricordi traumatici rimossi: "l'isterico soffrirebbe per lo più di reminiscenze (Breuer e Freud, 1892-95). Secondo Freud, l'evento traumatico precoce, inteso come un afflusso di eccitazione che rompe lo "schermo antistimolo", l'evento quindi risulta eccessivo in relazione alla soglia di sopportazione e tolleranza del bambino. Dopo un periodo di latenza in cui avrebbe funzionato la difesa della rimozione, e dopo la maturazione sessuale durante la pubertà, l'evento traumatico in infanzia ritorna sotto forma di sintomi fisici e psichici. Il processo per il quale un impulso emotivo si traduce in un anormale comportamento organico, come il sintomo isterico, si chiama processo di conversione, ovvero la trasformazione dell'eccitamento psichico, che nell'isteria deriva dall'impatto sulla psiche del ritorno del rimosso, in sintomi permanenti corporei (Breuer e Freud, 1892-95). Nelle pazienti isteriche, il ritorno del rimosso sotto forma di sintomi somatici e stati affettivi dissociati da ancoraggio nominabile causa un nervosismo generalizzato. Questo nervosismo viene rilasciato grazie all'effetto abreativo del metodo catartico, nel quale la carica emotiva connessa all'evento rimosso viene defluita attraverso la parola; si lascia così libero sfogo all'espressione emotiva canalizzando la carica in vie d'uscita non sintomatiche. Ciononostante, il metodo catartico, come l'ipnosi, non è sufficiente per eliminare definitivamente i sintomi isterici senza la presenza di un transfert tra l'analista e la paziente che porti ad una riattualizzazione del rimosso e una sua seguente risignificazione per neutralizzare gli effetti dell'evento traumatico sul soggetto.

Successivamente Freud, durante la costruzione della teoria della seduzione traumatica, si accorse che non in tutti i casi di isteria si potevano rintracciare nella storia episodi di seduzione da parte di adulti. Per spiegare, quindi, il paradosso di un ricordo di

un evento non avvenuto, ipotizzò che la seduzione facesse parte delle fantasie o fantasmi originari, trasmessi filogeneticamente (Scalzone, 1999), che rappresenterebbero un fattore normale e ineliminabile della crescita emozionale. Per questo motivo, sempre di più Freud darà importanza al mondo interno del paziente, rispetto ai traumi provenienti dall'esterno, ovvero la realtà psichica. È qui che entrano in scena le pulsioni sessuali, forze provenienti dall'interno del soggetto che promuovono lo sviluppo individuale e il complesso edipico, con il quale aprì le porte della sua teoria della psiche al contributo della cultura. L'isteria, infatti, sarebbe causata da un fallimento nel superamento del complesso edipico, e questo spiegherebbe anche il maggior numero di isteria femminile dell'epoca. Ovvero, la femmina incontrerebbe più ostacoli evolutivi del maschio durante la fase edipica: la bambina dovrà ridirezionare l'amore primitivo per la madre, il primo oggetto, verso il padre. In più, la bambina dovrà accettare una castrazione a priori, notando la mancanza del pene nel confronto con i bambini maschi, dovrà anche abbandonare una sessualità attiva clitoridea per una passiva vaginale. Dato questo numero maggiore di sfide e di compromessi spiacevoli, sarà più facile per la bambina sviluppare da adulta una configurazione psichica di tipo isterico.

## 1.2 Personalità Isterica

### Carattere Isterico

Il primo a introdurre l'esistenza di personalità isterica fu Fritz Wittels (1930), contemporaneo di Freud, che produsse un testo come risultato di numerose osservazioni su pazienti isteriche dove suggerì l'esistenza di un "tipo isterico". La sua concezione del carattere isterico era inquinata da pregiudizi come quello di essere una configurazione solo femminile ma possiede delle teorizzazioni che hanno ancora valore oggi. Wittels sottolinea una fissazione al livello infantile, secondo lui l'isterica non raggiunge la condizione di adulto e gioca la parte del bambino e la parte della donna. Anche questo "giocare la parte di" è centrale per l'identità isterica ma lo spiegherò più avanti. Wittels stressa il grande spazio che la fantasia si prende nella psiche dell'isterica che rispecchia la penetrazione dell'Es nell'Io, dall'altra parte evidenzia una grande debolezza del Super-Io, del quale non percepisce l'importanza e non ne sente il timore e, non avendo direzioni e indicazioni superegoiche, gira in tondo soddisfacendo libidicamente l'Es. Molto interessante e non comune al tempo è l'associazione compiuta da Wittels tra il carattere isterico e l'intossicazione da sostanze: secondo l'autore l'isterico prova un grande desiderio di estasi; pertanto, si abbandona facilmente all'uso dell'alcool e di altre sostanze, secondo Wittels "l'orgia e l'estasi sono il vero regno dell'isteria".

È con Reich (1933) e il suo testo *L'analisi del carattere* che la concezione di carattere riceve maggiore attenzione ed eco; l'autore descrive la formazione del carattere come "un'armatura" contro gli stimoli esterni e le pulsioni interne. Qui viene prodotta una descrizione del carattere isterico che ancora oggi rispecchia gran parte delle teorizzazioni a riguardo ed è utilizzata come punto di riferimento per la personalità isterica.

La componente principale del comportamento isterico è un atteggiamento sessuale invadente accompagnato a un'agilità corporea connotata sessualmente, una civetteria e sensualità nell'agire dell'isterica donna e una mollezza, una gentilezza e una spiccata femminilità nell'isterico uomo. Qui Reich introduce il tema dell'ormai nota ambivalenza isterica rispetto alle tematiche sessuali: questi tratti sessualmente provocatori, consapevoli o non consapevoli in base al livello di strutturazione dell'Io, sono accompagnati da un'apprensione e una passività che emerge nella vicinanza con la pratica sessuale, con l'altro sedotto, "tanto è stato violento l'agire isterico in precedenza, tanto è ampia la passività dopo" (Reich, 1933). È infatti un meccanismo tipicamente controfobico in cui una grave angoscia viene superata dall'attività. In particolare, Reich spiega l'atteggiamento sessuale dell'isterico in una cornice difensiva: la sessualità genitale (Reich, come Freud, attribuisce lo sviluppo del carattere isterico ad una fissazione esclusivamente genitale) mette sé stessa al servizio della difesa. Gli impulsi sessuali non soddisfatti dell'isterico vengono frenati dall'angoscia genitale; in questo modo, la tendenza genitale viene impiegata per "tastare" le fonti di pericolo. Il comportamento sessuale dell'isterico non ha come meta il soddisfacimento sotto forma di attività sessuale, alla quale risponderebbe con timidezza e passività, ma serve a capire da dove vengono i pericoli, a sondare l'ambiente in maniera controfobica.

Un elemento importante del carattere isterico, che rimane nascosto rispetto all'atteggiamento sessualmente agitato descritto precedentemente, è una grande suggestionabilità accompagnata da una forte tendenza a reazioni di delusione. Nel carattere isterico vi è una grande rapidità di convinzione a cose anche incredibili, ma anche una grande rapidità a cambiare idea con uguale facilità; questa superficialità rispetto alle cose del mondo è associata ad una tendenza all'idealizzazione e alla svalutazione che

permette all'individuo isterico di non attaccarsi troppo a nulla e poter cambiare oggetto molto rapidamente. Questa alta suggestionabilità e tendenza alla fantasticheria evidenzia una capacità di creare legami di tipo infantile. Ovviamente il corpo ha un ruolo centrale nel carattere isterico, è nel corpo che si esprimono i conflitti psichici sotto forma di sintomi somatici.

Semi (1989) nel suo *Trattato di Psicoanalisi* amplia la descrizione del carattere isterico compiuta da Reich esplorando tematiche solo accennate in *Analisi del Carattere* (1933). Semi evidenzia un nucleo di bisogno narcisistico di rassicurazione sulla propria femminilità dell'isterica soddisfatto tramite la seduzione. La seduttività isterica avrebbe, quindi, la duplice funzione di avamposto libidico-aggressivo per esplorare le proprie potenzialità di conquista, e di insieme di barriera di sbarramento contro una violenza sessuale da parte del sesso opposto inconsciamente desiderata. Anche qui rivediamo l'ambivalenza tipica della configurazione isterica. Nel carattere isterico, secondo Semi (1989), è centrale la caratteristica della plausibilità: forma negativa dell'autenticità, insieme alla disposizione all'oscillazione repentina tra posizione simbiotico-adesiva e il ritiro nella posizione schizoide. Questa oscillazione rivela il carattere isterico nel suo insieme: desiderio di conquista per una rassicurazione erotico-narcisistica a livello superficiale, e bisogno di essere amati a livello più profondo, senza allontanarsi dalla posizione narcisistica di base.

Un ulteriore tratto caratteristico della personalità isterica è il diretto ed attivo impegno nel mondo delle relazioni umane (Easser & Lesser, 1965): il bisogno di amare e, soprattutto, il bisogno di essere amate determina un'ipersensibilità nei confronti degli altri. In base alla risposta da parte del "loro auditorio" possono oscillare emotivamente dall'euforia al pianto, dall'entusiasmo alla rabbia e il lamento. Secondo Easser e Lesser

(1965), i pazienti isterici tendono a reagire male davanti ad un'eccessiva eccitabilità, talvolta provocata da loro stessi, a causa della loro tendenza a sessualizzare gli stimoli e l'ambiente e, successivamente, a rifuggire con paura davanti a queste distorsioni. Un'altra caratteristica molto interessante è l'avversione e l'evitamento di ciò che è esatto, codificato e mondano (Easser & Lesser, 1965). Questa caratteristica porta allo sviluppo di irresponsabilità, auto-indulgenza e ribellione. In relazione a questa caratteristica di irresponsabilità vi è la tendenza a sviluppare un'immagine di sé di donna-bambina, tipico di questa caratteristica è il diniego di ciò che è spiacevole, proibito verso una trasgressione agita con noncuranza, ingenuità e inesperienza.

Infine, secondo il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), che rappresenta il maggior tentativo di sistematizzare una diagnosi di tipo descrittivo e psicodinamico attenta alle sfumature dell'umano e delle personalità senza un focus sul sintomo ma sull'unicità individuale, la personalità isterico-istrionica possiede come aspetti costituzionali una grande sensibilità e una ricerca intensa di interazioni sociali. Questo rispecchia il forte orientamento verso la relazione con l'altro e verso forti stimolazioni. Inoltre, secondo gli autori, la preoccupazione principale di questa personalità è rappresentata dal genere e dal potere che consiste in una inconscia svalutazione del proprio genere, e invidia e paura del genere opposto. L'importanza di queste tematiche rispecchia il grande ruolo che i modelli genitoriali e il complesso edipico hanno nella formazione di questa personalità e, infatti, saranno approfondite successivamente in questo elaborato.

## Stile cognitivo

Shapiro (1965) sviluppa il concetto di “stile nevrotico” dal concetto psicoanalitico generale di “carattere” concentrandosi sulla domanda “come opera l’individuo?”. Questo nuovo concetto evidenzia i pattern di elaborazione delle funzioni dell’Io, non delle forze che sottostanno a queste funzioni. Lo stile nevrotico isterico descritto da Shapiro è basato su un utilizzo pervasivo della rimozione, ovvero della “dimenticanza”, dell’allontanamento dalla coscienza dei contenuti ideativi di un determinato evento, non dell’affetto a esso connesso. Infatti, Shapiro sottolinea lo stile impressionistico dei pazienti isterici nel parlare: quando si chiede una descrizione ad un isterico, lui o lei racconterà delle impressioni, non dei fatti. Queste impressioni possono essere interessanti e comunicative, e sono spesso molto vivide, ma rimangono impressioni: non dettagliate, non definite in modo preciso, e sicuramente non tecniche. (Shapiro, 1965). Queste risposte da parte dei pazienti isterici indicano che le idee, i concetti, e i fatti non sono facilmente disponibili a loro stessi. Per Shapiro la caratteristica principale della cognizione isterica è la relativa assenza di una concentrazione attiva, la suscettibilità ad influenze impulsive e transitorie, in un mondo soggettivo relativamente non fattuale.

La descrizione di Shapiro dello stile nevrotico isterico evidenzia anche l’estrema emotività trovata in questo stile. L’emotività, così come la rimozione, è distintiva nella personalità isterica. Infatti, il massiccio utilizzo della rimozione si riflette nello stile isterico in cui i contenuti ideativi sono poveri di dettagli, sfumati, impressionistici, mentre la comunicazione è molto caricata emotivamente.



## **Isteria e Istrionismo**

Secondo la teorizzazione classica freudiana, l'isteria ha un'origine in un mancato superamento del complesso di Edipo: l'isterica soffre quindi di una fissazione genitale da cui originerebbero i principali sintomi comportamentali e transferali. Questa predominanza genitale nel carattere isterico è stata, però, messa in dubbio da autori postfreudiani, tra i primi ritengo fondamentale il contributo di Marmor (1953), il quale individua nella configurazione isterica una presenza importante di fissazioni preedipiche, in particolare alla fase orale. Secondo Marmor, nel carattere isterico sono presenti degli aspetti come la resistenza al cambiamento della struttura caratteriale, l'im maturità, l'instabilità della struttura dell'Io e la sua stretta relazione con la fenomenologia delle tossicodipendenze, della depressione e della schizofrenia, che divengono più comprensibili sulla base di fissazioni orali. Secondo l'autore, la veloce scomparsa dei sintomi isterici durante la terapia è un segno di compiacenza transferale, tipica del paziente isterico, associata ad una dipendenza orale: "se mi amerai e proteggerai, sarò, o farò, tutto ciò che vuoi che faccia" (Marmor, 1953). Se invece in analisi viene affrontata direttamente questa dipendenza orale come fenomeno transferale, allora la paziente reagirà vivendo questi tentativi di risolvere il transfert come un rifiuto da parte dell'analista. Secondo Marmor, la mancata elaborazione della fase genitale è motivata da fissazioni pre-edipiche di natura orale che donano alla fase edipica un carattere pregenitale, rendendola più difficoltosa: il comportamento di quel genitore che mantiene il bambino ad un livello "orale" è proprio del genitore il cui comportamento favorisce un forte complesso edipico.

Marmor (1953) individua nella storia pre-edipica dei pazienti isterici due fattori principali: un'intensa frustrazione dei bisogni recettivi orali, in conseguenza di un precoce abbandono o del rifiuto da parte di un genitore, o un'eccessiva gratificazione di

questi bisogno da parte di uno o entrambi i genitori. Queste considerazioni portano l'autore a riconsiderare molte valutazioni sui pazienti isterici fatte in precedenza. Infatti, molto materiale considerato incestuoso, come il desiderio di amore sessuale verso il genitore tipico delle pazienti isteriche classiche, può celare desideri profondi pre-genitali di carattere orale. Dietro il desiderio simbolico di convivere con la madre (o il padre), può nascondersi un desiderio pre-genitale di essere amato e protetto da lei (o lui) con l'esclusione del resto del mondo. In base a ciò, molte manifestazioni del complesso di castrazione dell'isterico diventano più significative se considerate non nei termini di angoscia genitale, ma in quelli di paura di perdere l'amore, o di essere simbolicamente strappati dal seno materno (Marmor, 1953). Marmor interpreta anche la sessualizzazione delle relazioni dei pazienti isterici in termini di fissazione orale: la sessualità dell'isterico esprimerebbe un desiderio pre-genitale, orale-recettivo; ed è per questo che diventa comprensibile la sorpresa e la preoccupazione della donna isterica quando viene avvicinata a livello genitale: viene avvicinata in quanto donna, mentre ciò che desidera è di essere avvicinata in quanto bambina.

Easser e Lesser (1965), in un loro testo in cui attuano una riconsiderazione della personalità isterica, dividono i pazienti isterici dai pazienti "isteroidi", utilizzando anche loro la divisione tra fissazione orale e fissazione genitale. I pazienti isteroidi sarebbero una caricatura dei pazienti isterici: ogni caratteristica si manifesta nella sua variante più drammatica. L'esibizionismo tipico dell'isterica, negli isteroidi diventa sfacciato, insistente e bizzarro. L'adattamento funzionale dell'isteroide è irregolare, la paziente è caratterizzata da incostanza ed irresponsabilità. Nella relazione d'oggetto, l'isterica ha difficoltà interne alla relazione, l'isteroide con la relazione. Le isteriche hanno amicizie di lunga data affettuose e abbastanza emotive, mentre l'isteroide ha amicizie instabili in

cui proietta i propri bisogni orali di nutrimento e salvezza che si riflettono in un'idealizzazione e una simbiosi iniziale che termina con delusione e amarezza per poi concludersi in un isolamento depressivo e talvolta paranoico. L'isterica, con funzionamento prevalentemente genitale, utilizza la relazione emotiva con il partner per "copulare a livello simbolico" (Easser e Lesser, 1965), contenendo i suoi impulsi fisici sessuali. Dall'altra parte l'isteroide, caratterizzata da meccanismi prevalentemente orali, la relazione emotiva ha la funzione di contenere l'impulso ad invadere e incorporare l'oggetto che, a sua volta, viene visto come una minaccia reciproca di autosvuotamento portando, così, al distacco difensivo obbligato. Se nell'isterica il nucleo problematico è da ricercare nella relazione triangolare edipica, nell'isteroide viene individuato nell'oggetto materno primario sottoforma di deprivazione affettiva e talvolta traumatica, spesso una madre egocentrica, disinteressata, o isteroide lei stessa. La presenza di una fissazione antica di tipo orale favorisce una debolezza strutturale dell'Io di questi pazienti isteroidi: minore controllo emotivo, minore capacità di contenere e tollerare la tensione e una maggiore tendenza all'agito e alla depressione.

Approfondendo la divisione interna al carattere isterico in base alla debolezza dell'Io e all'origine della fissazione infantile, Zetzel (1968) propone quattro possibili sottogruppi di pazienti isteriche in base al grado di analizzabilità delle pazienti. Il primo gruppo è rappresentato dalle "vere buone isteriche": donne giovani, disposte e preparate sotto ogni aspetto della psicoanalisi classica. Hanno risultati professionali notevoli e sono capaci di fare amicizia e mantenere solide relazioni. Presenta problematiche ad avere una relazione sessuale soddisfacente con un uomo e spesso, in quale parte della sua vita c'è un uomo, a volte già sposato, che la ama e al quale lei non può rispondere sessualmente. In generale molte sono primogenite e sono le classiche preferite del padre. La lo-

ro incapacità a risolvere la situazione edipica infantile può essere riconducibile ad eventi verosimilmente accaduti come la perdita o l'allontanamento di uno dei due genitori che ha causato una massiccia rimozione e l'ha lasciata con un padre edipico non ancora abbandonato e un blocco nella scelta d'oggetto eterosessuale. Il secondo gruppo, le isteriche potenzialmente buone: donne giovani il cui sviluppo, sintomatologia e struttura di carattere suggerisce la presenza di un analizzabile disordine isterico; sono meno disposte a stabilire un serio legame contrattuale con l'analista. Presentano relazioni meno stabili e una minore costanza nei risultati professionali, spesso sono preoccupate per i loro desideri di dipendenza che sono più espliciti di quelli delle "vere isteriche". Terzo, donne con una sottostante struttura di carattere depressiva con una sintomatologia isterica manifesta che nasconde una loro patologia più profonda. Queste donne hanno una bassa autostima e tendono a svalutare la loro femminilità. Il padre è eccessivamente idealizzato. Nonostante riescano a tollerare stati depressivi, mancano di controllo; sono altamente passive e si sentono senza speranza. Questi sentimenti negativi vengono mascherati da una civetteria e un bell'aspetto e, in generale, sintomi isterici manifesti. Infine, il quarto gruppo contiene donne la cui sintomatologia isterica manifesta si rivela essere pseudo-edipico e pseudo-genitale e sono raramente analizzabili. Il loro quadro sintomatologico è "floridamente isterico": sono incapaci di tollerare situazioni triangolari, esprimono intense fantasie sessualizzate di transfert e le vivono come potenzialmente realizzabili. Mancano di una distinzione tra realtà interna ed esterna e dimostrano un fallimento dello sviluppo delle funzioni di base dell'Io

Il principale criterio di analizzabilità, secondo Zetzel (1965) è la capacità di distinguere la realtà interna da quella esterna e deriva dal superamento del complesso edipico: nel complesso edipico il genitore dello stesso sesso è vissuto internamente come

un rivale ma esternamente come un affetto importante e una fonte di identificazione, questa differenza tra interno ed esterno e l'incapacità di tollerarla sta alla base della sintomatologia isterica ed è la spinta per la rimozione. Problematiche e difficoltà riscontrate nella relazione diadica madre-bambino o padre-bambina durante il periodo pre-edipico rendono più difficile la buona elaborazione della triangolazione edipica e quindi la conquista di una buona capacità di differenziare l'interno dall'esterno. Si può quindi inferire che più precoce sarà la fissazione, causata da traumatismi, minore sarà l'analizzabilità della paziente.

In sintesi, si possono individuare due organizzazioni psicodinamiche fondamentali nel disturbo isterico: una di livello più alto, che Kernberg (1992) chiama Disturbo Isterico di Personalità, orientata prevalentemente in senso edipico che corrisponde alla personalità isterica di Easser e Lesser (1965) e alla vera isterica di Zetzel (1965) e l'altra, di livello più basso, orientata in senso preedipico, che Kernberg raggruppa sotto il nome di Disturbo Istrionico di Personalità e che corrisponde al terzo e quarto gruppo di Zetzel o all'isteroide di Easser e Lesser. La prima organizzazione comprenderebbe i casi di nevrosi isterica corrispondente all'isteria vera e propria, e la seconda i casi di psicosi isterica e i casi borderline. Ovviamente questi due raggruppamenti non hanno confini netti ma costituiscono un continuum lungo il quale si possono trovare varie forme di passaggio.

Nel PDM-2 (PDM-2; Lingardi & McWilliams, 2017) questa suddivisione della personalità isterico-istrionica è integrata al sistema diagnostico teorizzato da McWilliams e Lingardi. In questo sistema, ogni personalità può porsi su differenti livelli di funzionamento, psicotico, borderline, nevrotico e sano. In base al livello, il soggetto utilizzerà specifiche difese più o meno mature e avrà un migliore o peggiore senso di realtà

e adattamento sociale. La personalità isterico-istrionica si adatta perfettamente a questa suddivisione in livelli di funzionamento a causa della divisione interna al costrutto di personalità tra isteria e istrionismo. Infatti, un individuo avrà una personalità isterica se il suo livello di funzionamento sarà di tipo nevrotico o sano, mentre avrà una personalità istrionica se il livello di funzionamento sarà di tipo borderline o psicotico. Nel sistema diagnostico del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) un individuo che ha un funzionamento di livello borderline sarà diagnosticato con un disturbo di personalità, a differenza di un individuo di livello nevrotico di funzionamento che presenterà un nucleo di personalità non patologico. Di conseguenza, quando si parla di un paziente con personalità istrionica, si intende un paziente con disturbo di personalità istrionica che, come esposto in precedenza, tenderà ad utilizzare meccanismi di difesa immaturi come l'acting out, una scissione molto rigida e, in generale, utilizzerà le tipiche difese isteriche in modo più drammatico e con un peggiore senso di realtà. In generale, la descrizione dell'individuo isteroide di Easser e Lesser (1965) e quella di vera isterica di Zetzel (1965) corrispondono all'individuo istrionico di livello di funzionamento borderline del PDM-2.

Un esempio di differenza tra il livello borderline, istrionismo, e il livello nevrotico, isteria, è ben esposto da Lingiardi e McWilliams (2017) nel PDM-2. In terapia, le pazienti isteriche, quindi a livello nevrotico, possono essere vissute come affascinanti e seduttive da parte di terapeuti maschi eterosessuali e irritanti da parte di terapeute femmine. Questo è dovuto alla creazione di un transfert sessualizzato tipico della personalità isterica ma, a livello nevrotico, il paziente lo problematizzerà utilizzandolo come tema su cui parlare durante le sedute. Invece, un paziente istrionico, a livello borderline, tendono a evocare nel terapeuta reazioni di esasperazione e apprensione poiché la loro in-

tensa angoscia inconscia li spinge ad agire anziché a parlare. Si evidenzierà una palese seduttività agita che potrà allarmare e preoccupare il terapeuta.

## **Difese**

Rupert-Schampera (1995) descrive in modo dettagliato i fattori che determinano le dinamiche difensive specifiche del carattere isterico. Queste difese sono sviluppate in seguito a determinati assetti dinamici all'interno dell'ambiente familiare, ai quali la futura isterica dovrà far fronte. Secondo la sua ipotesi, l'utilizzo della difesa della *sessualizzazione* del proprio atteggiamento, meccanismo caratteristico dell'isteria, deriva dal tentativo di conquistare l'attenzione del padre (distante) per favorire il processo di separazione dalla madre, la quale è vissuta come oppositiva o minacciosa. La bambina, durante un periodo precedente a quello edipico, per attrarre le attenzioni del padre, utilizza delle modalità edipiche precoci che consistono in forme sessualizzate di relazione con il padre; una difesa progressiva contro la minacciosa situazione primaria conflittuale con la madre, che è all'origine dell'attuale stato di angoscia e del suo bisogno di agire. Questo orientamento sessualizzato ed edipizzato verso il padre rappresenta una difesa grandiosa contro l'impotenza, contro i desideri primari regressivi verso la madre.

Se la risposta del padre alla bambina è erotizzata, la relazione tra i due diventerà potenzialmente traumatica. In questi casi è possibile che si verifichi un confronto con la sessualità adulta, aprendo la strada ad abusi e a tempeste emotive. In questo caso, la rivalità edipica con la madre è intensificata e si sviluppano intensi sentimenti di colpa che complicano ulteriormente la relazione con la madre. A questo punto, secondo Rupert-Schampera (1995) inizia un secondo movimento difensivo: la situazione erotizzata e/o

gli eventi traumatici devono essere banditi dalla coscienza con la *rimozione* come protezione dell'integrazione del Sé davanti a queste esperienze disorganizzanti. Contemporaneamente diviene necessario un terzo movimento difensivo: la delusione prodotta dal padre fa dolorosamente cadere tutte le illusioni legate alle imago genitoriali idealizzate, questa delusione mette in discussione il Sé e determina l'angoscia di essere privi di sostegno e alla mercè della madre. Per rimanere con il padre, la bambina si sbarazzerà di questa delusione attraverso il *diniego* e salverà, così, l'immagine del padre che diventa una figura ideale desiderata ma mai raggiunta; d'altro canto, l'immagine materna viene ulteriormente svalutata. Nonostante l'impiego di queste difese, la bambina deve occuparsi dei suoi sensi di colpa, sia per la separazione dalla madre, sia per il ruolo attivo dell'incontro sessuale con il padre. La bambina, quindi, rinuncia alle ulteriori possibilità di individuazione, ad esempio non vuole crescere o, se adulta, non vuole invecchiare; l'isterica fa esperienza di sé come una persona passiva, indifesa e vittima delle circostanze. Un *ritiro nell'infantilismo*, cioè una regressione, sembra essere un modo di evitare duplici sentimenti di colpa.

Un altro meccanismo di difesa fondamentale è l'*identificazione isterica*, prevalentemente come identificazione con la madre, ma può riguardare tutte le persone che rivestono un ruolo significativo per queste pazienti e dalle quali sono dipendenti (Scalzone, 1999). Spesso le isteriche insistono nel mantenere identificazioni a livello dell'Io, piuttosto che a livello dell'Ideale dell'Io, al fine di apparire quello che non sono. Questa identificazione rischia quindi di apparire posticcia e superficiale fino a metterle in ridicolo. Infine, c'è l'*imitazione* che può essere differenziata in due fenomeni: i comportamenti mimetici in cui l'isterico è in grado di imitare qualunque patologia, e l'imitazione



propriamente detta che serve a dotarsi di un senso di sé: cioè “imitare per essere” (Scalzone, 1999).

L'*acting out* rappresenta un altro meccanismo di difesa isterico, vissuto in senso controfobico: le persone isteriche si avvicinano a ciò che in realtà temono (McWilliams, 2011). Oltre al comportamento sessuale, che rispecchia questo funzionamento controfobico, gli individui isterici tendono a mettersi al centro dell'attenzione quando si sentono inferiori agli altri e ne temono il giudizio, tendono ad esibirsi quando si vergognano di loro stessi. Questa difesa comportamentale altamente evidente nasconde una grande ansia sottostante. Questa ansia, insieme all'angoscia e ai sensi di colpa, viene neutralizzata attraverso la *dissociazione* al fine di ridurre la quantità di informazione altamente cariche da elaborare.

### **1.3 Psicodinamica Eziologica**

#### **Complesso Edipico e debolezza identitaria**

Le persone isteriche fanno esperienza di un periodo nella prima infanzia di deprivazione materna precoce. Più è grave, più la personalità sarà vista come orale, dipendente, infantile, pregenitale, o sensibile alla minaccia di ferite narcisistiche, l'aspetto orale e preedipico dell'isteria che sottostà ad una divisione di diverse tipologie isteriche sarà approfondita più avanti. Ogni potenziale isterica (o isterico) è quindi lasciata con il bisogno di generare fonti di nutrimento aggiuntive durante il corso dello sviluppo. Questo bisogno diventa la spinta principale per sviluppi ulteriori e conflitti ed è centrale per la personalità adulta. Nella famiglia, la disponibilità di nutrimento è spesso legata ad un atteggiamento sessuale provocatorio, alla malattia, o ad un comportamento infantile che alterna con un comportamento "da adulto". In questo contesto, l'esibizionismo e la manipolazione rappresentano tecniche utili per soddisfare questi bisogni di nutrimento.

Per la figlia femmina, la figura materna, essendo stata incapace di dare sufficiente nutrimento durante l'infanzia, continua a rappresentare una figura mancante durante la crescita, e, di conseguenza, la bambina si rivolge al genitore del sesso opposto. Secondo Hollender (1971) "il punto cruciale nello sviluppo è che le giovani figlie che sviluppano una personalità isterica si rivolgono al padre o al padre della madre come madri sostitutive". La giovane figlia, quindi, cerca nel padre l'assicurazione per il mancato nutrimento e può conquistarlo solamente sulla base del suo comportamento civettuolo, seduttivo il quale viene premiato con un interesse superficiale che rappresenta a stento una risposta ai suoi bisogni ma è meglio di niente. Quando sentimenti e pensieri di tipo sessuale genitale emergono, devono essere rimossi; ciononostante, le azioni associate a

quelle fantasie permangono e vengono premiate. Questo porta al risultato di una scissione tra il comportamento e i pensieri e sentimenti, una caratteristica critica predominante nella personalità isterica.

La giovane figlia desidera una figura materna su due livelli, nell'infanzia come fonte di nutrimento e ancora durante il periodo genitale come modello di identificazione. Senza una risorsa materna stabile per l'identificazione, la personalità si sviluppa in un patchwork di comportamenti premiati dal padre, attraverso un'interazione sessualizzata, e di comportamenti acquisiti mimando gli stereotipi culturali. In questo modo, si evolve un'identità superficiale, rigida, compartimentalizzata e incompleta senza un'adeguata capacità di integrazione e flessibilità. Il repertorio di comportamenti acquisito è generato dall'osservazione della bambina degli stereotipi sociali e dei comportamenti premiati. Hollender (1971) sostiene che questi modelli provengono anche dal cinema e, al giorno d'oggi, dalle molteplici immagini nei media. Di conseguenza, fuori dall'ambiente domestico, questi comportamenti vengono rinforzati dai pari, dalle fantasie, e da ulteriori esposizioni a stereotipi e stimoli culturali. Così, l'arena sociale in qualche misura agisce come surrogato della famiglia fornendo modelli e rinforzi.

Per l'uomo la situazione è simile. Anche lui fa esperienza di una deprivazione materna precoce durante l'infanzia, sviluppando così lo stesso bisogno non soddisfatto di fonti di nutrimento. La differenza si trova durante il complesso di Edipo, dove il figlio maschio troverà una figura paterna assente o non disponibile come modello di identificazione. Di conseguenza, il bambino avrà soltanto la figura materna a cui rivolgersi, la quale potrà fornire soltanto un nutrimento limitato come parte di una relazione molto indulgente e sessualizzata. Nonostante la madre non sia stata capace di controllare e sostenere una relazione con il padre, ha ora un compagno nel figlio-uomo sul quale eserci-

ta molto controllo e influenza. Tenderà, quindi, a rinforzare nel figlio i comportamenti che lei favorisce ed estinguere quelli non desiderati o necessari. Anche qui, data l'assenza di un ruolo maschile adeguato in cui identificarsi, i comportamenti che il figlio svilupperà saranno i risultati di rinforzi da parte della madre e di imitazioni di stereotipi culturali: un patchwork superficiale di azioni scollegate e mal integrate. Inoltre, a causa del fatto che i sentimenti e i pensieri sessuali devono essere rimossi nonostante l'esecuzione dei comportamenti, il soggetto creerà scissioni affettive e cognitive. In base a quali comportamenti la madre rinforzerà, si potrà sviluppare un comportamento impulsivo, pseudo-mascolino, edonistico e manipolatorio. Il concetto di Sé si sviluppa attraverso i pattern di comportamento rinforzati e l'interazione con la madre, e i comportamenti presi in prestito e romanticizzati trovati tra i coetanei, gruppi sociali, figure di spicco nei media e nella società. Questi stereotipi sociali forniscono le basi per una caricatura della mascolinità, con un' enfasi su un pattern iper-mascolino, in uno sforzo per negare la mancanza di una figura maschile stabile di base e la deprivazione materna precoce che porta alla dipendenza relazionale. Il bambino potrà sia modellare il proprio comportamento su quello del genitore del sesso opposto, producendo una femmina pseudomascolina o un maschio pseudofemminile, oppure sviluppare un comportamento esagerato da pseudo-adulto che è una caricatura delle norme culturali associate al proprio sesso biologico (Horowitz, 1977).

Il rivolgimento da parte del figlio verso il genitore del sesso opposto sia per un nutrimento che per una fonte di identificazione comporta una serie di dinamiche. Il figlio maschio, senza una figura paterna disponibile, continua a rimanere nella relazione con la madre non solo per ricevere il mancato nutrimento ma anche per un potenziale oggetto per l'identità sessuale. Il figlio ha quindi davanti a sé un'ambivalenza crescente:

da una parte, desidera ristabilire la passività richiesta per ricevere nutrimento, dall'altro, ha bisogno di negare la passività, in particolare nel caso del figlio maschio, e di sviluppare un ruolo di genere assertivo consistente con i dettami della società. La formazione reattiva converte la passività in aggressività come imitazione dell'attività e come espressione di frustrazione (Horowitz, 1977).

La figlia femmina, invece, deve abbandonare la speranza di un nutrimento da parte della madre e deve rivolgermi al padre; in questo modo, tenderà di cercare una funzione materna nel padre, e per farlo dovrà sviluppare una serie di strumenti di seduzione e di richiamo dell'attenzione che assumono generalmente la connotazione della "piccola bambina graziosa". Anche qui l'ambivalenza diventa centrale all'interno della relazione: da una parte, spera di creare una relazione che le faccia ottenere quel nutrimento che prima è mancato: dall'altra, si trova catapultata in un ruolo pseudo-adulto. La passività deve essere negata attraverso l'uso della formazione reattiva favorendo un comportamento aggressivo.

L'utilizzo di difese ossessive di questo genere in questa fase è connesso primariamente alla gestione di sentimenti di passività portando allo sviluppo di comportamenti aggressivi e ostinati nell'adulto. Questa ultima fase di relazione con il genitore del sesso opposto in cui si gestisce l'ambivalenza attraverso la formazione reattiva, e lo sviluppo di istanze aggressive rappresentano la migliore soluzione per l'individuo isterico.

### **Kohon, lo stadio isterico femminile e la divalenza**

Gregorio Kohon nel suo testo *Riflessioni su Dora: Il caso dell'isteria* (1984) sostiene una prevalenza femminile del carattere isterico e introduce uno stadio evolutivo

esclusivamente femminile che sta all'origine della sintomatologia isterica nelle donne. Se nel conflitto edipico regna l'ambivalenza causata dalla simultanea presenza di sentimenti di amore e di odio per il singolo genitore, ciò che caratterizza l'isteria, per Kohon, è la divalenza. Il termine divalenza inteso da Kohon definisce uno specifico momento dello sviluppo della bambina in cui si confronta con la scelta tra i due oggetti, il padre e la madre. Kohon lo definisce "stadio isterico", presente in ogni donna, che si situa tra le due sottofasi edipiche proposte da Nagera (1975): la prima, fallica-edipica, in cui la madre è ancora l'oggetto libidico più importante e la bambina ha una posizione attiva verso di lei, e la seconda, la fase edipica vera e propria, in cui il padre è divenuto l'oggetto primario dell'interesse libidico della bambina, la quale adotta una posizione recettiva verso di lui. Lo stadio isterico, collocato tra queste due fasi, avviene nel momento in cui il soggetto deve operare un passaggio dalla madre al padre. Questo cambiamento è vissuto come molto problematico dalla bambina che, se non riesce ad elaborarlo, svilupperà una configurazione caratteriale isterica in cui vagherà tra un oggetto ed un altro, paralizzata tra i due e incapace di scegliere tra di loro. Il conflitto edipico legato all'ambivalenza dei sentimenti verso un unico oggetto genitoriale è secondario rispetto al conflitto legato alla divalenza presente nell'isteria. La paziente può sentirsi, quindi, ambivalente verso l'uno e l'altro dei genitori in un momento, senza essere in grado di scegliere tra uno e l'altro.

Kohon spiega, così, come l'isterica sembra costruire triangolazioni sovrapposte tra loro: in una occupa il posto della madre, rimossa a causa della rivalità con lei e cerca di sedurre il padre. Nell'altra la paziente si mette in una rivalità aggressiva con il padre per la conquista della madre. Queste due triangolazioni si combinano ma non si mescolano e non si risolvono. La grande ambivalenza presente nell'isterica e anche i vari rife-

rimenti ad una bisessualità tipica del carattere isterico sono da attribuire a questa situazione di divalenza in cui, non potendo scegliere tra padre e madre, non può definirsi né come uomo né come donna. Anche qui è centrale il problema di identificazione, che troviamo doppia nell'isterica e che porta ad uno stato di insoddisfazione, ad una condanna allo "stare nel mezzo": rifiuterà chiunque l'ama, e morirà in disperata passione per un altro inaccessibile (Kohon, 1984).

### **La mancanza precoce dell'oggetto primario**

Con il procedere degli studi sulla personalità isterica, è divenuto sempre più condivisa l'idea che alla base dell'esperienza isterica ci sia un problema con l'oggetto primario durante le fasi preedipiche, una carenza nelle cure, una indisponibilità della madre. Khan (1974) sostiene l'ipotesi secondo la quale la paziente isterica, durante i primi anni della sua infanzia, abbia sofferto di carenze di cure materne sufficientemente buone e, come reazione, avrebbe attivato uno sviluppo precoce della sessualità. In questo modo, nella prima infanzia, le isteriche, per tollerare l'angoscia e le emozioni primarie suscitate dalla mancanza di un ambiente di sostegno appropriato, intensificano gli investimenti sull'Io corporeo attraverso l'iperattivazione degli apparati sessuali. Questa dinamica da origine alla famosa dissociazione isterica, dissociazione tra l'esperienza sessuale e le potenzialità delle funzioni dell'Io. L'adulto isterico avrà, quindi, imparato a relazionarsi con l'oggetto utilizzando gli apparati sessuali dell'Io corporeo al posto delle modalità affettive di relazione e le funzioni dell'Io, risultando in una vita sessuale caratterizzata da promiscuità.

Khan (1974), però, spiega che questa modalità relazionale lascia l'isterica in uno stato di perenne rancore dovuto all'insoddisfazione che le sue relazioni provocano. Infatti, l'isterica proietta sull'altro quello che era un deficit di sviluppo dell'Io nell'infanzia sotto forma di rifiuto da parte degli altri o di incapacità di comprensione dei propri desideri sessuali e relazionali da parte degli altri. La realtà è che il paziente isterico, influenzato dalle esperienze infantili, durante la pubertà sceglie il comportamento sessuale come modalità di relazione d'oggetto al fine di ottenere una relazione di affetto e di cura che le altre persone ottengono attraverso le funzioni dell'Io, deficitarie nell'isterico a causa della mancanza di cure primarie. Questo spiega la presenza di fantasmi infantili e pregenitali nella sessualità di questi pazienti e la tendenza a dipendere eccessivamente dall'oggetto amato adulto: l'isterica utilizza l'altro per delegare le funzioni dell'Io, in lei deficitarie. Infatti, l'isterica, attraverso la soluzione sessuale, cerca una facilitazione al funzionamento inadeguato dell'Io: il fine non è la soddisfazione sessuale esplicita e, quando avviene, risponde con la fuga o la paura perché equivale ad una rinuncia, "all'annientamento delle funzioni dell'Io" (Khan, 1974). Questo spiega l'ambivalenza tipica dell'isterica verso l'atto sessuale e anche l'insoddisfazione cronica nelle relazioni d'oggetto: l'oggetto legge nei gesti dell'isterica l'espressione di desideri sessuali e risponde coerentemente ad essi, senza comprendere che l'atteggiamento sessuale dell'isterica corrisponde ad una modalità di comunicazione simbolica per soddisfare il bisogno primario di cure e protezione. Questa situazione porta ad un fraintendimento di base nelle relazioni d'oggetto che mina la fiducia, già bassa a causa delle esperienze precoci, dell'isterica verso l'oggetto amato.



## 1.4 Fenomenologia dell'esistenza isterica

“La fenomenologia non è un metodo terapeutico, ma un tentativo di comprendere l'essere umano”. Scrive così Umberto Galimberti in *Psichiatria e Fenomenologia* (1979) a proposito dell'approccio fenomenologico alla patologia mentale. Da Jasper e la sua *Allgemeine Psychopathologie* (1913), la fenomenologia ha servito come la scienza fondativa per la psicopatologia, rappresentando lo strumento principale per l'analisi e la valutazione dell'esperienza soggettiva del paziente psichiatrico. Inoltre, negli ultimi anni, la fenomenologia ha visto una crescita di popolarità internazionale in relazione alla psichiatria, come è dimostrato dalla recente pubblicazione de *Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (Stanghellini, Broome et al., 2019). L'importanza della fenomenologia nella comprensione, e non spiegazione, della psicopatologia sta nella centralità che la Lebenswelt (il-mondo-della-vita) del soggetto assume in questo approccio: è infatti lì che i fenomenologi individuano le espressioni psicopatologiche, non all'interno della psiche, ma nel mondo vissuto del soggetto. Il concetto di Lebenswelt è stato introdotto da Husserl (1970), la cui formulazione subisce un'importante influenza dall'essere-nel-mondo di Heidegger, successivamente sviluppato da Merleau-Ponty (1962). Il mondo della vita può essere descritto come l'orizzonte delle nostre esperienze, come l'origine dalla quale tutte le cose appaiono come concrete e significative in relazione al soggetto di esperienza. In questo senso, il nostro punto di vista è allo stesso tempo limite e generatore del nostro mondo, dal quale non possiamo liberarci per pretendere una visione oggettiva della realtà ma, contemporaneamente, crea il nostro mondo-della-vita attraverso il modo unico che ognuno di noi vive le strutture di base dell'esperienza: la temporalità, la spazialità, l'interpersonalità, il Sé, la corporeità. Il fenomenologo, attraverso l'utilizzo dell'*epoché*, una speciale sintonizzazione con l'altro

in cui le assunzioni di senso comune sul mondo condiviso vengono sospese per dischiudere le strutture originarie dell'altro dal suo orizzonte esperienziale, potrà quindi immergersi nella Lebenswelt del paziente per dare una risposta a due domande fondamentali, le quali, in questo approccio teorico, sono indivisibili l'una dall'altra: "Chi è il paziente?" e "Com'è il mondo in cui vive?".

Ritengo, quindi, centrale per una completa descrizione della personalità isterica lasciare uno spazio ad un'esplorazione fenomenologica dell'esperienza isterica in modo da ottenere una comprensione olistica dell'essere-nel-mondo del paziente isterico. Jaspers (1913) descrive come tipica dell'esistenza isterica l'esigenza di apparire dinanzi agli altri e a sé stessi al di sopra delle proprie risorse e delle proprie attitudini, e la disperata tendenza a risucchiare, e a richiamare, l'attenzione e l'aiuto degli altri-da-sé. Borgna in *Noi siamo un colloquio* (1999) scrive della "vita isterica" come caratterizzata da una tendenza infrenabile alla valorizzazione di sé e alla teatralizzazione: la forma di vita isterica è contrassegnata da un grande desiderio di relazioni e da un'incapacità di realizzare contatti sinceri e legami estesi nel tempo. Desideri di farsi valere e desideri di fare esperienze di accompagnano a desideri di contatto immersi in una debolezza e in una inautenticità della comunicazione. Nella Lebenswelt isterica ci si immerge in rappresentazioni teatrali, come se fossero concrete e molto reali: ma questa autoillusione è completa solo per periodi che oscillano in durata e profondità.

## L'Istante

Borgna (1999), mettendo tra parentesi ogni categoria clinica, fa emergere alcune delle connotazioni fenomenologiche di una Lebenswelt isterica. La forma isterica della comunicazione è caratterizzata dalla difficoltà nel vivere gli incontri con gli altri, nel confrontarsi con una reciprocità delle esperienze che nasconde una difficoltà ad amare: a “trascendere i confini monadici della propria individualità”. La rapidità delle esperienze è centrale: l'esistenza isterica, permeabile e inconsistente, si alimenta di esperienze che si svolgono e si esauriscono nel qui-e-ora; si esaurisce nella a-storicità di esperienze divorate dall'istante, e si è affascinati da ogni nuova possibilità di esperienza che giunga improvvisa e imprevedibile. La rapidità di queste esperienze istantanee non permette una maturazione personale: l'interiorità è svuotata e mancante di profondità, le esperienze ricche e molteplici non si sedimentano e scorrono velocemente senza lasciare traccia. la temporalità caratterizzata dall'istantaneità delle esperienze è rinforzata da meccanismi di difesa come la rimozione, la scissione e la negazione che conducono a sintomatologie in cui i desideri sono precari ed effimeri. *“L'istante non è accettato nella sua frantumabilità e nella sua dissolvenza ma è, ogni volta, ricapitolato e ripetuto”*. Anche Ludwig Binswanger (1961) spiega la dimensione della temporalità di personalità “disturbate” che è fortemente applicabile alla Lebenswelt isterica. Nella dimensione del tempo vissuto da parte del soggetto isterico, il passato è immobile, non si alimenta di esperienze e quindi non cresce, non si dilata, e il futuro si delinea in modo fuggevole; il presente tende a risucchiare in sé ogni altra dimensione temporale, non potendosi basare su un passato e un futuro pieno e stabile, il presente è destoricato, istantaneo, friabile che si estende in un movimento circolare che ruota su di sé, non va avanti.

## **L'Apparenza**

Un'altra dimensione fondamentale per comprendere l'esistenza isterica è quella dell'apparenza, l'essere divorata dall'esteriorità. L'apparenza tende disperatamente a nascondere e dissimulare le dissonanze tra il proprio progetto esistenziale e i limiti delle concrete possibilità di realizzazione personale, oltre a rendere impossibile un vero incontro autentico con l'alterità. Il dominio delle apparenze produce una forma di vita distorta e inautentica dettata dal tentativo di compensazione ai conflitti interiori. La dimensione dell'apparenza include anche un aspetto centrale che è l'isolamento narcisistico causato dallo sguardo che si perde nello specchio. Ogni esperienza isterica è segnata da un isolamento narcisistico in cui il dialogo con l'altro si frantuma risultando in una "ghiacciata solitudine". Non è, infatti, raro l'accostamento tra la personalità isterica e quella narcisistica, caratterizzati entrambi da un'impossibilità dell'incontro con l'altro. Come nel narcisismo, la soggettività isterica cerca di trovare la sua salvezza nell'immagine che si riflette nello specchio. Borgna (1999) spiega come in questo sguardo orientato alla propria immagine, l'io diventa il "tu" del proprio "io", da dialogo si passa a un monologo portando ad un isolamento radicale. La perdita dello sguardo nello specchio, che Borgna collega al mito di Narciso, comprende una rinuncia alla concretezza del corpo, del corpo di chi-sta-di-fronte ma anche del proprio corpo: il soggetto sceglie l'apparenza che, senza un corpo, viene vissuta come realtà. È, infatti, incontestabile, nel mondo della vita isterico, la rimozione del proprio corpo, della propria sessualità, per un'ideologia della dis-incarnazione. Nella soggettività isterica l'io e il proprio corpo si allontanano nel contesto della "dissociazione isterica" della personalità, rischiando una continua contemplazione della propria immagine corporea.

## **La Dipendenza**

Galimberti (1979) espone un'ulteriore dimensione di base dell'esperienza isterica, quella della dipendenza ontologica dall'altro. L'isteria è spiegata come quella condizione di chi può vivere solamente esponendosi all'attenzione degli altri, un'esistenza alienata in cui agli altri viene consegnato il potere di renderla presenza, un tipo di interazione in cui al posto dell'incontro, ha luogo un semplice porsi-di-fronte a qualcuno. L'essere percepito, visto, ascoltato è la preconditione per poter essere. L'altro diventa quindi un mezzo per l'esistenza del soggetto isterico, cessa di essere un tu a cui rivolgersi e diventa un altro generalizzato al quale esibirsi per poter esistere, inibendo così ogni incontro autentico. Galimberti specifica che nell'esistenza isterica uomini e cose sono sempre "presi per qualcosa" e con ciò ridotti a strumenti per le proprie gratificazioni. La "presa" isterica si realizza attraverso l'impressione e la suggestione che, a differenza della comunicazione verbale, non lascia libero l'altro di accettare o rifiutare il messaggio ma agisce direttamente su di lui producendo una reazione immediata corrispondente a quella attesa. Questo è possibile perché l'altro è vissuto come una cosa, che non può non reagire a una determinata pressione o non offrire un lato da cui poter essere preso. Per questo motivo, l'individuo isterico fa abbondante uso del linguaggio del corpo che, a differenza del linguaggio verbale, impone reazioni immediate. Il mondo dell'isterico diventa quindi popolato non di persone, ma di cose che "si piegano ai suoi segnali corporei" (Galimberti, 1977).

## **CAPITOLO 2: REVISIONE SISTEMATICA NEUROSCIENTIFICA SULLA PERSONALITÀ ISTERICO-ISTRIONICA**

### **2.1 Isteria e Neuroscienze**

#### **Personalità e Neuroscienze**

Questo lavoro di ricerca non ha come focus principale la teoria dell'embodiment in generale, ciononostante si considera l'approccio "incarnato" estremamente rilevante e adeguato all'indagine del comportamento umano. In particolare, il mio centro di interesse è lo sviluppo di una maggiore conoscenza rispetto alla patologia mentale. Dato il grande bacino di argomenti che questa categoria include, si è scelto di concentrare l'indagine sul disturbo di personalità isterico-istrionico. Durante questa prima parte della relazione si vuole approfondire il disturbo isterico-istrionico di personalità da un punto di vista corporeo e neuroscientifico. Si ritiene, dunque, che non si possa conquistare una comprensione olistica del disturbo senza uno sguardo anche sulle componenti biologiche e neurali di questo pattern comportamentale, il quale, senza un ancoraggio scientifico al corpo e al cervello, rischia di perdere di rilevanza a fronte del sempre maggiore peso che la comunità scientifica attribuisce alle neuroscienze come strumento per istituzionalizzare e cementificare le teorie psicologiche, le quali, mancando talvolta di un ancoraggio su un dato percettivo, vengono criticate di non essere abbastanza oggettive per pretendere di avere uno scopo medico o terapeutico obiettivo.

Negli ultimi decenni, la neurobiologia ha assunto un ruolo fondamentale nello spiegare il comportamento umano e anche la personalità è stata oggetto di studio all'interno di questo approccio neuroscientifico. La personalità può essere descritta come "l'organizzazione dinamica, all'interno dell'individuo di quei sistemi psicofisici che

determinano il suo unico adattamento all'ambiente (Allport, 1937). Gli studi di lesioni umane e animali dimostrano l'importanza della struttura e della funzione del cervello nei pattern comportamentali ed emotivi (Burgdorf and Panksepp, 2006). Lo sviluppo della Risonanza Magnetica Funzione (fMRI) ha reso possibile l'associazione di misure comportamentali con il segnale dipendente dal livello di ossigenazione del sangue (BOLD), il quale è indice dell'attività corticale (Logothetis e Wandell, 2004). In questo modo, gli stati emotivi vengono associati all'attivazione di specifiche regioni cerebrali.

La maggioranza degli studi di imaging funzionale sulla personalità esamina l'interazione dell'espressione di tratto e l'elaborazione dello stimolo. Il normale paradigma include la registrazione dell'attività neurale in risposta ad uno stimolo e la valutazione del grado per il quale quella risposta neurale dipenda dai livelli di tratto individuale. Esiste anche un approccio allo studio neuroscientifico della personalità che si concentra sulle reti neurali ed utilizza il "seed method": viene definito un punto di partenza nel cervello e successivamente viene esaminata tutta la connettività funzionale e strutturale che trae origine da quel punto. Numerosi studi si sono concentrati sulla relazione tra i tratti di personalità e la connettività dell'amigdala a causa del ruolo fondamentale che questa regione cerebrale gioca nell'elaborazione affettiva. Sono stati dimostrati, infatti, pattern funzionali differenti di connettività che si sviluppano dall'amigdala in base ai punteggi di nevroticismo ed estroversione (Aghajani et al., 2014). È stato ulteriormente dimostrato che diverse sotto-regioni dell'amigdala hanno profili di connettività funzionale a riposo distinti che sono associati a diverse espressioni fenotipiche (Eckstein et al., 2017).

Un disturbo di personalità emerge quando si sviluppa nell'individuo un pattern inflessibile e intransigente di pensieri e comportamenti disadattivi, i quali inficiano si-

gnificativamente il funzionamento sociale e/o lavorativo e possono causare problemi interpersonali. Questi pattern devono deviare in modo significativo dalle norme culturali per poter parlare di disturbo di personalità. Il disturbo di personalità isterico-istrionico è un disturbo psichiatrico caratterizzato da un'emozionalità esagerata e comportamenti volti a conquistare l'attenzione. Questo disturbo di personalità si trova all'interno del Cluster B dei disturbi di personalità che include il disturbo di personalità narcisistico, borderline e antisociale (American Psychiatric Association, 2013). Queste personalità sono comunemente descritte come drammatiche, eccitabili, erratiche e volatili. In particolare, le persone che presentano una modalità istrionica di funzionamento si pongono all'altro in modo seducente, affascinante, manipolativo, impulsivo ed estremamente vitale (Novais et al., 2015). Questi individui spesso si sentono non apprezzati e a disagio quando non sono al centro dell'attenzione e, per questo motivo, sono degli abili manipolatori nelle situazioni sociali e diventano con facilità il centro della festa grazie alla loro importante, e spesso sessualizzata, presenza. Inoltre, i pazienti con disturbo di personalità isterico-istrionico possono dimostrare delle fluttuazioni dell'umore rapide e una superficialità emotiva che può essere vista come falsa, insincera dalle persone accanto. Sono altamente impressionabili e suggestionabili e tendono a considerare le relazioni più intime di quelle che in realtà sono (American Psychiatric Association, 2013).

Il disturbo di personalità isterico-istrionico è, quindi, approcciato in questo contesto come una costellazione comportamentale e intrapsichica che trova un suo ancoraggio biologico nell'attività cerebrale. In questo senso, questa ricerca ha come obiettivo indagare lo stato dell'arte sui correlati neurali del disturbo isterico-istrionico in modo da valutare il grado di conoscenze che la comunità scientifica ha sviluppato su questo disturbo di personalità da un punto di vista neuroscientifico.



## 2.2 Metodo

La strategia di ricerca della presente revisione sistematica della letteratura è stata sviluppata in conformità con i principi delle Linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) della versione aggiornata con la pubblicazione del PRISMA Statement 2020 (Page et al., 2021). Questa nuova versione è stata elaborata per aiutare i revisori a riferire in modo trasparente i motivi per cui una determinata revisione sia stata condotta, così da esplicitare chiaramente l'utilizzo di metodologia e i risultati (Page et al., 2021). Negli ultimi dieci anni sono stati compiuti progressi nella metodologia e terminologia della revisione sistematica portando così ad un cambiamento delle linee guida, le quali riflettono il cambiamento della metodologia in modo da guidare i revisori e aumentare l'accuratezza (Page et al., 2021). Il PRISMA Statement 2020 è composto da una item checklist di 27 punti, una checklist per gli abstract e dei diagrammi di flusso aggiornati (Page et al., 2021). Qui di seguito la tabella con i 27 punti.

Le revisioni sistematiche rappresentano un contributo prezioso per la conoscenza scientifica. Forniscono una sintesi dello stato delle conoscenze in un campo agevolando l'ideazione di ricerche future su quel tema. Possono rispondere a domande o identificare problemi nella ricerca primaria che possono essere corretti in studi futuri e, infine, generano teorie, o valutano quelle esistenti, su come si verificano certi fenomeni (Page et al., 2021).

La presente revisione sistematica, come esplicitato nella sezione obiettivi, ha l'obiettivo di raccogliere la letteratura esistente al fine di verificare lo stato dell'arte rispetto alle conoscenze neuroscientifiche nell'ambito del disturbo di personalità isterico-

istrionico. Per raggiungere tale obiettivo, è stata eseguita una ricerca bibliografica nei database scientifici online Scopus e Pubmed, utilizzando “hystriotic personality” in congiunzione logica “OR” con “hystriotic personality disorder”; si è scelto di non inserire “hysterical personality” o “hysteria” a causa di una sovrapposizione con il disturbo da conversione ed eventuali articoli legati a sintomi somatici affrontati da un punto di vista medico-ospedaliero. Questo segmento di ricerca è stato poi collegato con “AND” alle parole chiave “neur\*”, “physiol\*” e “brain”. La ricerca bibliografica è stata condotta nel periodo compreso tra febbraio 2023 e aprile 2023. Le aree di ricerca selezionate su Scopus includevano “Title/Abstract/Keywords”. Inoltre, altri articoli rilevanti che non sono stati recuperati attraverso la ricerca bibliografica sono stati individuati dalla bibliografia degli articoli selezionati e tramite ricerche manuali più specifiche condotte su Scopus e Google Scholar.

### **Screening ed eleggibilità**

Una prima lettura degli *Abstract* riportati dai vari articoli ha permesso di scartare quelli rispondenti ai criteri di esclusione. Successivamente, una visione più approfondita di ogni singolo articolo ha consentito di comprendere se veramente rispondevano ai criteri d’inclusione o se dovessero esser scartati dalla *Systematic-Review*. I criteri di inclusione ed esclusioni sono riportati in *Tabella 2*.

Gli articoli dovevano focalizzarsi sui correlati neurali della personalità isterico-istrionica. In particolare, erano accolti articoli che indagavano il disturbo di personalità in termini di strutture cerebrali, di funzionamento cerebrale del sistema nervoso centrale e strutture e funzionamento del sistema nervoso periferico. Sono stati esclusi gli articoli

che non si riferivano in particolare al disturbo di personalità isterico-istrionico. Nella procedura di selezione è stato privilegiato il criterio di inclusività, con l'obiettivo di riportare in modo esaustivo lo stato dell'arte della letteratura sul tema.

CRITERI DI INCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"><li>- Articoli di ricerca originali;</li><li>- Articoli scritti in inglese;</li><li>- Articoli pubblicati su riviste <i>Index</i>;</li><li>- Articoli pubblicati su riviste internazionali <i>peer-reviewed</i>;</li><li>- Articoli pubblicati a partire dall'anno 2000.</li></ul>
CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none"><li>- Articoli appartenenti a riviste con basso <i>impact factor</i><sup>1</sup>;</li><li>- Articoli appartenenti a riviste collocate fra il terzo ed il quadro quartile (Q3-Q4) di affidabilità;</li><li>- <i>Systematic Review</i>;</li><li>- Campione di bambini/adolescente e anziani;</li><li>- Campione che sta assumendo farmaci durante la conduzione dello studio;</li><li>- Campione presentante comorbidità con patologie mediche o altre diagnosi psichiatriche durante la conduzione dello studio;</li><li>- Campione non avente un'esplicita diagnosi ma solo la somministrazione di generici test che si riferiscono a tratti (ad esempio, MMPI) piucché ad una costellazione patologica.</li></ul>

---

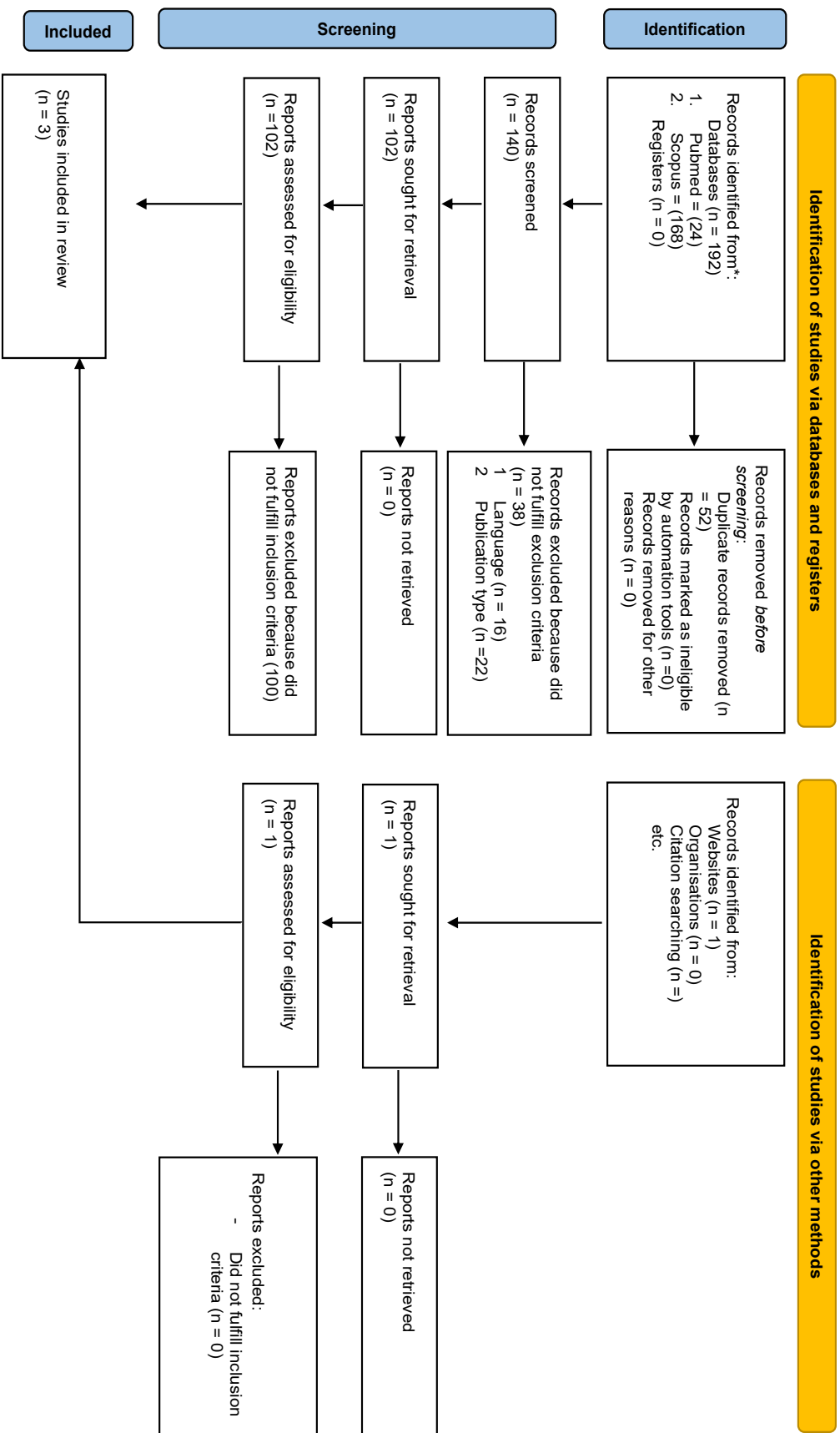
<sup>1</sup> L'*impact factor (h-index)* di una rivista è dato dal numero di citazioni totali di tutti gli articoli appartenenti ad una rivista diviso il numero di articoli pubblicati da una rivista.

## 2.3 Risultati

Il numero iniziale di record identificati nella ricerca bibliografica effettuata sui database Pubmed e Scopus era di 192. A seguito della rimozione di duplicati, 140 articoli sono stati sottoposti alla procedura di screening, nella quale sono stati applicati i criteri di esclusione esplicitati precedentemente. Di questi, 102 articoli in full-test sono stati valutati tramite un'analisi più approfondita per verificare i criteri di inclusione. A conclusione di tale valutazione, solamente 2 articoli sono risultati idonei e sono stati inclusi nella sintesi qualitativa di questa rassegna sistematica della letteratura.

L'evidente basso numero di articoli idonei per l'obiettivo di questa revisione sistematica è causato da una grande assenza di ricerche riguardo i correlati neurali del disturbo di personalità isterico-istrionico. Nonostante i numerosi tentativi di trovare materiale, anche attraverso ricerche manuali e specifiche al di fuori del processo di selezione della revisione sistematica, si individua un grande vuoto nella letteratura per questo specifico tema, evidenziato da ulteriori revisioni sistematiche (Zarnowski, 2021).

Figura 1: Diagramma di flusso PRISMA 2020



RIFERIMENTO	METODO		RISULTATI PRINCIPALI	LIMITI
	PARTECIPANTI	STRUMENTI		
Wang et al., 2020	40 soggetti sani 40 pazienti con disturbo istrionico e schizoide di personalità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MDQ</li> <li>- HCL-32</li> <li>- PVP</li> </ul> Stimoli emotivi esterni → sistema internazionale di immagini affettive (Lang, Bradley & Cuthbert, 2008)  Elettrodi di superficie (NE-132B, 0.9 cm di diametro)	Differenze significative della durata di ES2 tra i tre gruppi. La durata di ES2 per i soggetti istrionici sotto stimoli erotici più prolungata rispetto ai controlli  MDQ e HCL-32 punteggi più alti per istrionici rispetto ai soggetti sani. Punteggi più alti nelle scale di mania e ipo-mania	Inclusione limitata ai pazienti istrionici e schizoidi  Utilizzo solo di cinque emozioni come stimoli esterni  Piccolo campione per ogni personalità
Wang et al., 2004	26 soggetti sani 191 pazienti con diagnosi di disturbo di personalità (13 istrionici)	Stimoli tonali binaurali a 2000 Hz attraverso auricolari  EEG registrate con elettrodi a coppetta in C3, Cz e C4  RegISTRAZIONI bipolari del electro-oculogramma (EOG) attraverso elettrodi posizionati al canto esterno e sopraorbitalmente all'occhio destro  DAPP-BQ	Latenze di N1 e P2 non differiscono significativamente tra i gruppi  Le ampiezze di N1P2 non differiscono significativamente  I picchi ASF più ripidi negli istrionici  Il gruppo istrionici ha punteggi più alti nei tratti di Ricerca di Stimoli, Rifiuto, Instabilità Affettiva e Narcisismo. Punteggi più alti in Disregolazione Emotiva e Dissociazione rispetto al gruppo dei sani.  Il tratto Rifiuto correlato positivamente con i picchi di ASF nel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si tratta di un disegno correlazionale, quindi ogni conclusione è speculativa</li> <li>- DAPP-BQ non è l'unico modello dimensionale</li> <li>- dimostrare ulteriormente la sensibilità e la specificità del picco ASF N1P2 nella personalità istrionica</li> </ul>

			<p>gruppo istrionico</p> <p>Il tratto di Ricerca di Stimoli non correla con i picchi di N1P2 nei soggetti sani.</p>	
Pär Svanborg et al., 2000	120 pazienti di una clinica psichiatrica	<p>GAF</p> <p>CPRS-S-A</p> <p>SCID-II</p> <p>Karolinska Scales of Personality</p> <p>IVE-I</p> <p>Test e Analisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insulina del Plasma e Glucagone</li> <li>- Glucosio del sangue</li> </ul>	<p>Nessuna relazione tra insulina o glucagone e dati demografici, misure sintomatiche e di personalità</p> <p>Per i maschi, un basso livello di glucosio associato ad un basso funzionamento generale, alta Impulsività nella scala IVE, e a tratti istrionici e narcisistici</p> <p>Per le donne, relazione significativa positiva tra il livello di glucosio e i tratti istrionici</p>	<p>Nessun campione di sangue prelevato per controllare l'affidabilità della glicemia a digiuno</p> <p>OGTT (test da carico orale di glucosio) non fatto</p>

## **Wang, 2004**

Nell'articolo del 2004, i ricercatori individuano un pattern di aumento del potenziale evocato uditivo N1-P2 in risposta a stimoli con livelli crescenti di intensità, un pattern di risposta che ritengono sia inversamente correlato con l'attività cerebrale della serotonina (5-HT). Per dimostrare questa ipotesi, hanno raccolto i potenziali evocati in 191 pazienti con disturbi di personalità e 26 volontari sani. Questa ipotesi era sostenuta dalla tendenza dei pazienti con personalità isterico-istrionica ad esagerare le loro risposte davanti ad uno stimolo esterno. Secondo gli autori questo sarebbe dovuto ad un deficit di produzione serotoninergica che porta ad una maggiore dipendenza dallo stimolo esterno.

La personalità dei partecipanti è stata valutata attraverso il Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ): un questionario self report di 290 item che indaga 18 tratti base. Il gruppo dei pazienti istrionici presenta punteggi più alti nei tratti di Ricerca degli Stimoli, Rifiuto, Instabilità Affettiva e Narcisismo. Rispetto al gruppo dei volontari sani presentano punteggi più alti nella Disregolazione Emotiva e nella Dissociazione. Successivamente è stato svolto il test neurofisiologico per raccogliere con l'elettroencefalogramma (EEG) i potenziali evocati N1P2 durante la presentazione di stimoli uditivi utilizzando degli elettrodi a coppetta posizionati vicino alle orecchie e delle registrazioni bipolari con l'elettro-oculogramma (EOG) utilizzando elettrodi intorno all'occhio destro. I potenziali evocati sono stati analizzati in termini di picco di latenza di N1 e di P2 e di ampiezza tra picco a picco N1-P2 delle massime deflessioni negative o positive. L'ampiezza N1-P2 è stata misurata per ogni in-



tensità dello stimolo, ed è stata calcolata la funzione di pendenza ampiezza/intensità dello stimolo (ASF) per ogni elettrodo, per ognuno dei partecipanti.

Si è trovato che le ampiezze e le latenze di N1P2 non differiscono significativamente tra i gruppi e non è stata dimostrata una correlazione tra il tratto di Ricerca degli Stimoli e i picchi di N1P2. Ciononostante, è stato dimostrato una presenza di picchi ASF con una pendenza più ripida nei pazienti istrionici che correla con il tratto Rifiuto di DAPP-BQ. Secondo questo risultato, gli istrionici mostrano una maggiore dipendenza da intensità in N1P2 e questo indicherebbe che l'attività neuronale 5-HT è, in media, più debole nei pazienti istrionici. La dipendenza da intensità è data dal fatto che l'ampiezza potenziale del potenziale evocato nella corteccia sensoriale può aumentare o diminuire in base all'intensità dello stimolo. Vari studi hanno dimostrato che la dipendenza da intensità è responsabile dell'ampiezza del potenziale uditivo N1-P2 (Hegerl and Juckel, 1993). La dipendenza da intensità è stata ipotizzata avere una relazione positiva con il tratto di personalità Sensation Seeking o Impulsività (Zuckerman et al., 1993) ed è stata anche studiata nella depressione (Paige et al., 1994; Brocke et al., 2000). Il livello IV della corteccia temporale riceve la maggior parte degli input sensoriali talamici (Winer, 1984) ed è ricco di neuroni modulatori per la serotonina 5-HT (McCormick, 1992). Per questo motivo si ipotizza che la dipendenza da intensità del potenziale evocato N1-P2, che è maggiormente pronunciato nel piano temporale superiore, sia in relazione inversa con l'attività corticale neuronale 5-HT (Hegerl and Juckel, 1993).

I pazienti con personalità istrionica tendono ad incarnare il tratto di personalità Sensation Seeking, sono altamente espressivi, drammatici, in cerca di attenzione, grega-

ri, seduttivi e manipolatori (Cale and Lilienfeld, 2002). È stato infatti dimostrato da questo articolo che i pazienti con personalità istrionica hanno una maggiore dipendenza da intensità nella corteccia sensoriale uditiva dovuta probabilmente ad una minore attività dei neuroni serotoninergici nell'area temporale. Questo pattern di attività è coerente con l'idea che i pazienti istrionici siano caratterizzati da forti comportamenti di ricerca di ricompensa (Wallace et al., 1999), tendano a sviluppare una sensibilizzazione facilmente (Silk, 1994) e siano superficiali, frivoli e labili nel loro umore (Widiger e Sankis, 2000). Non è stato, però, dimostrato un collegamento tra il tratto Stimulus Seeking (ricerca dello stimolo) e questa dipendenza da intensità. È importante notare che questo tratto specifico non equivale perfettamente al tratto Impulsività e Sensation Seeking. Ciononostante, l'alto punteggio nella scala DAPP-BQ nei tratti di base di Affective Instability e Rejection (rifiuto), l'alta reattività corticale (la ripidità della pendenza ASF), e la correlazione positiva tra le due predirebbe la tendenza dei pazienti con disturbo di personalità isterico-istrionico a ricercare un tipo speciale di stimolazione per i comportamenti di ricompensa che interferirebbe con la loro abilità di prestare attenzione agli stimoli estranei inclusa una punizione. La più elevata attività corticale nei pazienti istrionici potrebbe portare ad una cognizione alterata e ad uno sviluppo di cattive abilità comportamentali nella modulazione di stimolazioni esterne. Questo studio permette di comprendere meglio il ruolo dei neurotrasmettitori nei tratti di personalità. L'attività dopaminergica è usualmente associata alla ricerca di novità, la noradrenalina alla dipendenza da ricompensa, e la serotonina all'evitamento del dolore (Cloninger et al., 1993). Il ridotto funzionamento della serotonina può disinibire l'attivazione autonoma indotta dalla noradrenalina che sottostà all'ansia soggettiva (Azmitia, 1999). È stato ipotizzato che la serotonina possa modulare la probabilità di una facilitazione della risposta della

dopamina attraverso l'intera gamma di stimoli incentivi (Depue and Collins,1999). Per questo motivo, si suggerisce che un basso livello di attività serotoninergica nel cervello possa sottostare al disturbo di personalità isterico-istrionico.

### **Wang, 2020**

Nell'articolo di Wang del 2020 viene nuovamente indagata la presenza di un indicatore biofisico per il disturbo di personalità isterico-istrionico. In particolare, gli autori indagano sulla funzione inibitoria della corteccia e del tronco dell'encefalo che sarebbe responsabile per il comportamento aperto, espressivo, e disinibito tipico dei pazienti istrionici. Infatti, le interazioni tra il tronco dell'encefalo e la corteccia cerebrale giocano un ruolo decisivo nell'elaborazione emotiva e l'espressione di attività complesse, organizzate somaticamente, associate con le emozioni può essere generata da regioni sottocorticali, tra cui le strutture del tronco (Rosen & Levenson, 2009).

Per indagare le funzioni del tronco encefalico è stato utilizzato il test neurofisiologico dell'attività di soppressione esterocettiva dei muscoli di chiusura della mascella (massetere e temporalis) (Schoenen,1993). Questo test consiste nella somministrazione di uno stimolo elettrico leggermente doloroso sulla commisura labiale che causerebbe due soppressioni esterocettive (ES1 e ES2) dei muscoli per la chiusura della mascella. ES1 è mediato da un percorso di riflesso pontino o oligosinaptico, mentre ES2 è mediato polisinapticamente da interneuroni inibitori situati probabilmente nell'area tegmentale laterale del tronco encefalico, accanto al nucleo caudalis trigeminale (Schoenen,1993). Vari studi supportano l'ipotesi che ES2 sia sotto il controllo discendente di interneuroni provenienti dalle aree limbiche del cervello (Deriu et al., 2003; Schoenen,

Wang & Gerard, 1994) e che sia influenzato da fattori psicofisiologici come rilassamento o umore depresso, che porterebbero ad un prolungamento di ES2 (Forkmann, Heins, Bruns, Paulus & Kroner-Herwig, 2009).

A causa di questa interessante relazione con le aree limbiche del cervello, i ricercatori hanno deciso di indagare il funzionamento delle attività di soppressione esterocettiva in risposta a stimoli emotivi esterni nei pazienti istrionici, in modo da comprendere meglio la loro patofisiologia. Il campione di 40 volontari sani e 40 pazienti con disturbo di personalità isterico-istrionico e disturbo di personalità schizoide doveva sottostare ai test di soppressione esterocettiva temporalis sotto stimoli esterni emotivi positivi (felicità ed erotismo) e negativi (disgusto, tristezza, paura). Successivamente dovevano rispondere al Mood Disorder Questionnaire (Hirschfeld et al., 2000) che indaga la presenza di sintomi comportamentali ipomaniacali e maniacali, la Hypomania Checklist-32 (Angst et al., 2005), sempre sull'ipomania ma self-report e il Plutchik-van Praag Depression Inventory (Plutchick & van Praag, 1987) che valuta le tendenze depressive.

È stato riscontrato dai ricercatori un punteggio più alto per i pazienti istrionici nel MDQ (Mood Disorder Questionnaire) e HCL-32 (Hypomania Checklist-32) e, relativamente all'attività di soppressione esterocettiva, una durata di ES2 (seconda soppressione esterocettiva influenzata dalle aree limbiche) prolungata sotto stimoli esterni erotici rispetto ai soggetti sani. Coerentemente con i risultati, i pazienti con disturbo di personalità isterico-istrionico presentano spesso sintomatologie di tipo maniacale o ipomaniacale (Shahar, Scotti, Rudd & Joiner, 2008) le quali evidenziano l'impatto di stimoli erotici per questi pazienti; infatti, i soggetti con disturbo bipolare di tipo I in fase maniacale mostrano un aumento di pensieri e desideri sessuali, e comportamenti sessuali a

rischio (Kopeykina et al., 2016). Sappiamo anche che i pazienti con disturbo di personalità isterico-istrionico sono descritti come sessualmente provocatori e inappropriati o seduttivi (American Psychiatric Association, 2013) e tendenti ad avere comportamenti sessuali ad alto rischio a causa della loro impulsività (Hollander & Rosen, 2000). Si ipotizza, quindi, che stimoli esterni di tipo erotico provochino una eccitazione delle aree cerebrali limbiche tale da inibire eccessivamente l'attivazione degli interneuroni inibitori del tronco encefalico, prolungando così la seconda soppressione esterocettiva (ES2).

### **Svanborg, 2000**

Il terzo articolo, di Par Svanborg (2000), studia le associazioni tra i tratti di personalità e i livelli di insulina nel plasma, il glucagone e il glucosio. Questo studio è stato svolto in una clinica psichiatrica vicino a Stoccolma in Svezia, questa clinica ospita pazienti di tutte le patologie psichiatriche, a parte la schizofrenia. Hanno partecipato allo studio 120 pazienti, sono stati esclusi pazienti sotto una terapia farmacologica per evitare delle interferenze nei risultati. Inizialmente i pazienti sono stati valutati con varie scale e questionari: GAF (Valutazione globale di funzionamento), CPRS-S-A (19 items per misurare la depressione, ansia e disturbo ossessivo compulsivo), SCID-II Screen Questionnaire (123 domande dicotomiche per coprire i criteri del DSM-III-R dei disturbi di personalità), Karolinska Scales of Personality (indaga dimensioni temperamentali basate sulla biologia che stanno alla base di disturbi psichiatrici come ansia, estroversione, aggressività), IVE-I (indaga l'impulsività, l'avventurosità e l'empatia). Vennero sottoposti successivamente a test e analisi di laboratorio per misurare i livelli di Insulina nel plasma e glucagone, test radioimmunologici per l'insulina e il glucagone e test per il gluco-

sio nel sangue. È stato dimostrato che, nei maschi, una bassa glicemia era associata con un basso livello di funzionamento generale e con alta impulsività. La bassa glicemia era stata associata anche ad un alto numero di tratti di personalità narcisistici e istrionici self-report. Diversamente, per le donne è stata trovata una relazione positiva tra la glicemia e i tratti di personalità istrionica. Il turnover del glucosio è stato per molto tempo associato a sintomi psicologici e fisiologici e a diverse espressioni psicopatologiche. Per esempio, l'ipoglicemia, caratterizzata da bassi livelli di glucosio nel sangue, che causa sintomi adrenergici come ansia, sudorazione, palpitazioni e irritabilità; a lungo termine questa condizione fisiologica può portare a difficoltà cognitive legate alla concentrazione e alla coordinazione (Taylor et al., 1988; Field, et al., 1989). Invece, livelli alti di glucosio nel sangue sono stati associati a disturbi affettivi (Wilkinson, 1981). I risultati dei questionari e delle scale evidenziano nei maschi con bassa glicemia una tendenza ad un comportamento impulsivo, estroverso e tendente agli agiti tra i quali la violazione di norme e regole sociali. Alla luce di ricerche precedenti che hanno collegato bassi livelli di glucosio a difficoltà cognitive (Taylor & Rachman, 1988), a stress socio-emotivo (Messer, Morris, & Gross, 1990), a comportamento antisociale (Virkkunen, 1986), Svanborg e i suoi colleghi (2000) suggeriscono che la relazione tra tratti di personalità istrionica e una bassa glicemia negli uomini possa indicare che questi tratti siano disadattivi per gli individui di sesso maschile. La relazione inversa nelle donne può suggerire che per loro questi tratti siano legati ad un migliore adattamento. Queste conclusioni, però, rimangono speculative e necessitano ulteriori ricerche che replichino questi studi.

## 2.4 Discussione

### Dipendenza da stimoli esterni ed eccitabilità corticale

In sintesi, i due articoli di Wang (2004; 2020) evidenziano una pronunciata dipendenza da stimoli esterni per i pazienti con diagnosi di disturbo della personalità isterico-istrionico. Nel primo articolo (Wang, 2020) si individua una maggiore dipendenza dallo stimolo esterno intesa come maggiore reattività corticale, causata da una ipoattivazione dei sistemi neurali per la produzione di serotonina. Carezza che porta allo sviluppo di una tendenza all'eteroregolazione per questo tipo di pazienti: non potendo usufruire di livelli ottimali di serotonina, e quindi di piacere, da soli autonomamente, si sviluppa un maggiore bisogno di ottenere questi livelli attraverso stimolazioni esterne. Questi risultati vengono poi completati dal secondo studio di Wang del 2020 in cui ritorna questa dipendenza da stimoli esterni sotto forma di assenza di inibizione causata dalle aree limbiche. In questo articolo si evidenzia un'eccitazione del sistema limbico che porta ad un'inibizione dei neuroni inibitori nel tronco encefalico a seguito di una stimolazione esterna di tipo erotico. Anche qui si sottolinea l'importanza delle stimolazioni ambientali per i pazienti con disturbo di personalità isterico-istrionica e, in particolare si mette l'accento sugli stimoli di tipo erotico. In base a questi due articoli si può delineare un quadro patofisiologico per questi pazienti: una scarsa produzione di serotonina a livello cerebrale causa una maggiore dipendenza dagli stimoli ambientali e, in particolare, gli stimoli erotici rappresentano una tipologia di stimoli per i quali i pazienti istrionici hanno una particolare sensibilità che li porta ad agire in modo più impulsivo e meno regolato. Questo quadro è coerente con le descrizioni dei pazienti isterico-istrionici come altamente impulsivi e attratti dalla relazione. Sono infatti descritti come estremamente bi-

sognosi di approvazione esterna e attenzione da parte degli altri e attuano un comportamento altamente sessualizzato e seduttivo teso a conquistare rinforzi e approvazioni esterne. È possibile anche una spiegazione meno relazionale per questi indici biofisici che sia coerente con il disturbo di personalità isterico-istrionico. Questo deficit serotoninergico che porta ad una maggiore dipendenza dalla stimolazione esterna può anche riflettere la piattezza interiore e superficialità tipica dei pazienti isterico-istrionici che viene compensata con la ricerca di socialità, sensazioni forti e comportamenti a rischio. Questo funzionamento, molto simile a quello maniacale, è coerente con gli alti punteggi delle scale e questionari sulla mania e ipomania all'interno dello studio di Wang del 2020.

Questa dipendenza dagli stimoli esterni riflette anche le teorizzazioni psicodinamiche all'interno del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) sulla personalità isterico-istrionica. Secondo gli autori, infatti, gli aspetti costituzionali di questa personalità sono una grande sensibilità e una ricerca intensa di interazioni sociali. Questi due aspetti rispecchiano perfettamente i fattori evidenziati dalle ricerche neuroscientifiche di Wang (2004; 2020). La più facile eccitazione corticale e la dipendenza da stimoli esterni, soprattutto erotici, causata da un deficit di produzione di serotonina, si sovrappone alla concezione psicologica del PDM-2 in cui la personalità isterico-istrionica è descritta come altamente relazionale e altamente sensibile agli eventi esterni: lei stessa si mette alla ricerca di stimolazioni forti e, soprattutto, interazioni sociali ad alta intensità che, solitamente, collimano nell'attività sessuale, che rappresenta l'interazione sociale positiva con altre persone di maggiore intensità e, quindi, che fornisce maggiore serotonina.



## **Differenza di genere nella glicemia**

L'articolo di Svanborg (2000), dimostrando una differenza nella quantità di glucosio nel sangue tra i due sessi accomunati da tratti di personalità istrionici, evidenzia un aspetto fondante del disturbo isterico-istrionico di personalità: il ruolo della cultura. Questo articolo indica che gli uomini con ipoglicemia, che è associata ad un comportamento disadattivo caratterizzato da impulsività, agiti e la violazione delle norme, mostrano tratti istrionici. Per le donne invece vale il contrario: un livello alto di glucosio nel sangue si accompagna a tratti istrionici, ma non a comportamenti disadattivi e impulsivi. Viene dunque suggerito, in modo speculativo, che questa differenza rappresenti un diverso valore di adattabilità sociale che la personalità istrionica possiede per i maschi e per le femmine. Questa configurazione di personalità è infatti spesso associata al genere femminile, la sua origine nel costrutto Isteria, concettualizzato da Freud per le donne che esibivano determinati sintomi somatici a causa di una rimozione di fantasie sessuali proibite, mette in evidenza lo stretto rapporto tra questa diagnosi e il sesso femminile. I tratti di seduttività, iper-sessualizzazione e tendenza all'utilizzo della difesa della regressione (PDM) esprimono una figura che corrisponde allo stereotipo della donna in una società patriarcale. Nel patriarcato, infatti, la donna è vista come moglie e amante, e quindi tentazione e piacere sessuale per l'uomo eterosessuale, e come figlia, atteggiamenti infantili e regressivi. In una società patriarcale la concezione della donna esclude il bisogno di realizzarsi individualmente e la sua vita è organizzata in funzione, in relazione, all'uomo. Anche qui è evidente come si sovrapponga facilmente con la personalità istrionica, caratterizzata da una superficialità interiore e un grande bisogno di relazionalità per dare senso alla propria esperienza. È chiaro, quindi, come, in una società patriarcale come la nostra, una donna che possieda caratteristiche di questo tipo

abbia un vantaggio in termini di adattamento sociale e non sia vista come deviante o patologica perché perfettamente inserita nel suo ruolo di donna all'interno del patriarcato.

Questa importanza alla differenza di genere è fortemente evidenziata all'interno del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) nella personalità isterico-istrionica. Gli autori individuano come preoccupazione principale il genere e il potere e, in particolare, evidenziano una svalutazione del proprio genere e un timore e invidia del genere opposto. La credenza patogena caratteristica relativa a sé stessi teorizzata da Lingiardi e McWilliams si riflette nella frase “c'è qualcosa di problematico nel mio genere e nelle sue implicazioni”. La tematica del genere, quindi, è origine di sintomi e problematiche di adattamento sociale per gli individui con questa personalità, soprattutto per gli uomini, come evidenziato dallo studio di Svanborg (2000) che sottolinea un minore adattamento sociale da parte del genere maschile con personalità isterico-istrionica che si riflette in una iperglicemia. La personalità isterica, infatti, è caratterizzata da tendenze di sensibilità, seduttività e attenzione alle relazioni e al proprio aspetto fisico. Queste caratteristiche, nella nostra società, sono facilmente attribuibili al sesso femminile e, per un individuo di genere maschile, possono rappresentare un problema e una fonte di stress in una società patriarcale come la nostra. Questo stress che può essere legato alla paura del giudizio e alla vergogna per la propria femminilità può essere gestito attraverso comportamenti antisociali, disadattivi come descritto dall'articolo neuroscientifico di Svanborg (2000) da parte degli individui di genere maschile con personalità isterico-istrionica.

## **Scarsa validità della diagnosi nosografica**

Nonostante gli interessanti risultati trovati non si può ignorare lo scarso numero di articoli inclusi nella revisione sistematica. Durante la ricerca di articoli si mostra evidente un grande vuoto di ricerche di tipo neuroscientifico riguardo il disturbo isterico-istrionico di personalità, sottolineato ulteriormente da altre revisioni sistematiche recenti sull'argomento (Zarnowski, 2021; Ma G et al, 2016). Questa assenza di articoli può avere diverse spiegazioni, tra cui un disinteresse da parte della comunità scientifica per questo disturbo, o una difficoltà ad analizzarlo. Sicuramente il disturbo di personalità isterico-istrionico possiede una storia particolare e una possibile debolezza di costrutto da non ignorare.

Il disturbo di personalità isterico-istrionico, in inglese histrionic personality disorder, compare per la prima volta nella seconda edizione del manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali (DSM-II) (American Psychiatric Association, 1968) sotto il nome di disturbo da personalità isterica (hysterical personality disorder). Il termine "hysterical" fu sostituito da "histrionic" nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) a causa della volontà di allontanare il costrutto dall'isteria freudiana e per alleggerire l'associazione al sesso femminile. Il DSM-III introdusse il criterio di utilizzo manipolatorio del suicidio e scoppi di rabbia irrazionali, ma questi criteri furono successivamente rimossi a causa di un overlap con il disturbo di personalità borderline (Pfohl, 1995) nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1980). Successivamente furono aggiunti due criteri in più: "apparenza e comportamento inappropriatamente e sessualmente seduttivo" e "stile del discorso impressionistico e scarso di dettagli". Nel DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) è stato ulteriormente rimosso il cri-

terio “autocentrato, le azioni dirette all’ottenimento di soddisfazione immediata; scarsa tolleranza per la frustrazione” a causa di bassa specificità. Per mantenere il numero di criteri pari a 8 è stato introdotto il criterio “considera le relazioni più intime di quello che sono in realtà”. Nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1980) il criterio “ricerca costante di rassicurazione, approvazione, o elogi” è stato tolto perché considerato poco specifico e tendente a sovrapporsi ad altri disturbi di personalità e sostituito con “è suggestionabile, ovvero, facilmente influenzato dagli altri o dalle circostanze” nel DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Inoltre, ora sono 5 i criteri necessari per ottenere la diagnosi di disturbo di personalità isterico-istrionico, invece di 4 come nel DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1980). Per questo motivo, si è verificato un forte declino nel numero di pazienti con questo tipo di diagnosi (Blais, 2006). Questa maggiore difficoltà di applicare la diagnosi di disturbo di personalità isterico-istrionico può essere una delle cause dello scarso numero di ricerche neuroscientifiche riscontrato durante il processo di revisione sistematico della letteratura sul tema.

Negli ultimi 50 anni, è emerso un generale disaccordo e una incertezza riguardo la vera natura del costrutto (Chodoff, 1974; Millon, 1996), i tassi di prevalenza, la frequente doppia diagnosi con i disturbi di personalità borderline e narcisistico, e dipendente (Dahl, 1986), e la presenza di diversi livelli di gravità psicopatologici per i pazienti diagnosticati con disturbo di personalità isterico-istrionico (Easser & Lesser, 1969; Zetzel, 1968). Essendo il disturbo di personalità isterico-istrionico un costrutto, e quindi un’operazionalizzazione di un comportamento, i diversi tassi di prevalenza, l’estesa comorbidità, e le grandi differenze tra pazienti con la stessa diagnosi rendono la validità di questo specifico costrutto questionabile. Baglov e colleghi (2008) hanno pubblicato un articolo scientifico nel quale verificano la coerenza del disturbo di personalità isterico-

istrionico, dati i vari elementi di difficoltà per questa diagnosi elencati precedentemente. In particolare, i ricercatori si concentrano sul problema dell'eccessivo overlap con altri disturbi di personalità, in particolare quello Borderline. I ricercatori hanno studiato la coerenza del disturbo di personalità isterico-istrionico negli adulti e negli adolescenti mettendo in atto due studi differenti. Sono stati convocati degli psichiatri e degli psicologi a descrivere un paziente random con una patologia di personalità utilizzando indici psicometrici rigorosi, tra cui la SWAP-II per gli adulti e la sua versione per gli adolescenti. Le tendenze centrali nei profili della SWAP-II per adulti e per adolescenti hanno rivelato che sia gli aspetti più descrittivi sia quelli più distintivi dei pazienti includevano alcuni aspetti del disturbo di personalità isterico-istrionico ma anche molte caratteristiche del disturbo borderline di personalità. Nello studio 1 sugli adulti, molti criteri per il disturbo di personalità isterico-istrionico non emergevano come più descrittivi per gli adulti con quella diagnosi, suggerendo che i sintomi cognitivi e di sessualizzazione abbiano una bassa sensibilità. Le caratteristiche più distintive dei pazienti adulti con personalità isterico-istrionica includevano aspetti di quella personalità, ma anche della personalità narcisistica e psicopatica. Quindi, anche quando sono state considerate caratteristiche che possono non descrivere al meglio tutti i pazienti con disturbo di personalità isterico-istrionico ma che comunque sono relativamente uniche a quella diagnosi, i ricercatori non hanno trovato un forte supporto per l'attuale definizione del disturbo nel DSM-IV. Il paziente medio, il risultato dell'incrocio tra le caratteristiche descrittive e distintive, era assimilabile a una personalità borderline con caratteristiche istrioniche che presentava sintomi come ricerca di emozioni, eccessiva emotività, sessualizzazione e intimità prematura, relativamente al disturbo isterico-istrionico; e disregolazione emotiva, relazioni instabili, esternalizzazione, manipolazione e deterioramento del funzio-

namento sotto attivazione emotiva, per il disturbo borderline. Il secondo studio sugli adolescenti rifletteva gli stessi risultati inserendo, però, affianco al disturbo isterico-istrionico, oltre al disturbo borderline, quello narcisistico. Gli autori concludono che una definizione di disturbo di personalità isterico-istrionico come separato dal disturbo di personalità borderline e narcisistico rimane difficile da ottenere empiricamente.

Uno studio più recente di Bakkevig e Karterud (2010) ha investigato gli aspetti cruciali della validità di costrutto della categoria del DSM-IV del disturbo di personalità isterico-istrionico. Questo studio includeva 2289 pazienti di un ospedale psichiatrico, la validità di costrutto è stata valutata attraverso misure di prevalenza, comorbidità con altri disturbi di personalità, consistenza interna tra i criteri del disturbo di personalità isterico-istrionico, indici di severità e analisi fattoriale. I risultati mostrano la prevalenza del disturbo come estremamente bassa (0.4%). Alta comorbidità, specialmente con i disturbi di personalità borderline, narcisistico e dipendente. La consistenza interna era molto bassa: i criteri formavano due cluster separati: il primo contenente i tratti esibizionistici e di ricerca di attenzione, mentre il secondo i tratti impressionistici. I ricercatori concludono che il disturbo di personalità isterico-istrionica soffre di una debolezza di validità di costrutto e suggeriscono diverse opzioni per il futuro di questa categoria diagnostica. In particolare, gli autori suggeriscono la cancellazione della categoria disturbo di personalità isterico-istrionico dal DSM; ciononostante, i fenomeni clinici di esibizionismo e ricerca di attenzioni, caratteristiche particolarmente dominanti nella personalità isterico-istrionica, dovrebbero essere preservati in un sottotipo esibizionistico di narcisismo.

Questa revisione sistematica mette, quindi, in evidenza i limiti della classica diagnosi nosografica da DSM: la rigidità categoriale rende impossibile una flessibilità di

costrutto e, con una personalità così volatile e complessa come quella isterico-istrionica, porta delle problematiche di validità interna che vengono poi risolte in un declino di diagnosi e quindi un'assenza di ricerca scientifica sulla materia. Abbandonando la diagnosi nosografica, risulta conveniente adottare una modalità diagnostica di tipo dimensionale come quella utilizzata dal PDM-2 (PDM Task Force, 2006). Nel PDM-2 si offre una cornice diagnostica in grado di descrivere l'intera gamma del funzionamento individuale per fare risaltare ciò che differenzia e ciò che accomuna individui tra loro diversi. L'approccio del PDM-2 consente di studiare una tassonomia di individui invece che una tassonomia di disturbi, in questo modo la specificità del singolo è protetta e preservata e si conserva lo spazio per quelle differenze e quelle sfumature tipici di disturbi complessi come il disturbo isterico-istrionico di personalità.

In conclusione, a parte il problema della numerosità degli articoli, questa revisione voleva evidenziare l'importanza di un approccio biologico allo studio della psicopatologia. Ritengo, infatti, fondamentale per il futuro della psicologia clinica un ancoraggio biologico dei costrutti psicologici così da poter assicurare quali sono i costrutti con un maggiore riscontro sul piano biologico, e quindi meno speculativo, e quali sono quelli che possono essere esclusi. Per questo motivo questa revisione sistematica, nonostante non abbia prodotto numerosi risultati dal punto di vista di ricerche neuroscientifiche sul disturbo di personalità isterico-istrionico, ha dimostrato come un approccio fondato sulla biologia e le neuroscienze possa chiarificare la pregnanza e la validità di varie categorie psicologiche in modo da dare più rigore alla disciplina della psicologia.

## CONCLUSIONE

Il presente elaborato di tesi si è posto l'obiettivo di delineare lo stato dell'arte della Personalità Isterico-Istrionica, secondo la definizione psicodinamica data dal PDM-2, apportando nuove riflessioni a quanto già disponibile in letteratura. L'obiettivo principale era quello di accostare i due approcci utilizzati in questi due capitoli, l'approccio psicoanalitico e quello neuroscientifico, seguendo una prospettiva incarnata in cui lo psichico e il biologico sono in una relazione di continuità e mutua reciprocità, piuttosto che una relazione di opposizione e di inconciliazione.

Nel primo capitolo, al fine di fornire un ritratto completo della Personalità Isterico-Istrionica, è stata analizzata questa specifica configurazione di personalità attraverso la raccolta dei principali contributi psicoanalitici sull'argomento. In particolare, partendo dalle origini dell'Isteria nell'Antico Egitto e nella Grecia Antica si è voluto evidenziare la presenza della condizione isterica nella storia del mondo e le sue interpretazioni e concettualizzazione che hanno influenzato l'antropologia dei popoli e, in particolare, il discorso sulla figura femminile. Passando per Freud e i suoi *Scritti sull'Isteria* (1892-95) insieme a Breuer, si è voluto descrivere il panorama culturale di fine 800 caratterizzato da un culto positivista per il metodo scientifico dal quale, attraverso l'analisi di donne isteriche, è nata la Psicoanalisi come tentativo di inserire la razionalità positivista all'interno dell'oscurità "antirazionalista" della psiche umana. Attraverso l'osservazione e l'analisi della sintomatologia isterica, in particolare si ricorda la paziente Anna O, Freud costruisce le basi per la teoria psicoanalitica: la teoria della seduzione infantili, il metodo catartico, le libere associazioni, il ruolo della rimozione nella creazione di sintomi e la conseguente tripartizione psichica in Io, Es e Super-Io.



Successivamente si apre la descrizione della Personalità Isterico-Istrionica che inizia nel 1930 con l'opera di Wittels e si completa nel 1933 nell'opera di Reich *Analisi del Carattere*. Il carattere isterico viene, quindi, descritto come una configurazione a sé stante rispetto agli altri caratteri come quello ossessivo e narcisistico. Vengono evidenziate gli attributi di questo particolare carattere come la sessualizzazione degli atteggiamenti, l'infantilismo, i meccanismi controfobici, la ricerca di attenzione, la suggestionalità e la dipendenza isteriche. Questi contributi vengono ampliati con i lavori di Semi (1996), Easser & Lesser (1965), e Shapiro (1965) che arricchiscono e completano la descrizione del carattere isterico.

Vengono poi esplorate le principali teorizzazioni che hanno ampliato la personalità isterica in diversi sottotipi attraverso l'inclusione di dinamiche e comportamenti derivati dalle fissazioni orali sottovalutati dalla concettualizzazione classica freudiana che vedeva l'isteria come l'esito di una fissazione esclusivamente edipica-genitale. L'accettazione di una grande componente orale nella personalità isterica attraverso il contributo di Marmor (1953) apre la strada per un allargamento delle categorie diagnostiche all'interno della stessa personalità isterica: la divisione tra personalità isterica e isteroide di Easser & Lesser (1965), tra le 4 tipologie di pazienti isterici di Zetzel (1965), fino ad arrivare alla concettualizzazione della personalità isterica e personalità istrionica di Kerneberg (1992) che rappresenta la concezione predominante che troviamo anche nel PDM-2 (PDM-2; Lingiardi e McWilliam, 2017). Queste teorizzazioni pongono l'accento sul livello di strutturazione e maturità dell'Io portando il discorso verso i meccanismi di difesa che dall'Io dipendono direttamente. Attraverso il contributo originale psicodinamico di Rupert-Schampera (1995) e i contributi di McWilliams (2011) e Scalzone (1999) si è raccolta una descrizione dei principali meccanismi di dife-

sa isterici come la rimozione, la scissione, la sessualizzazione, la regressione e l'identificazione e gli acting out.

Successivamente vengono esplorate le teorizzazioni più significative sulla psicodinamica eziologica della Personalità Isterico-Istrionica, contributi selezionati in base alla completezza di sguardo sulle origini psicodinamiche dalle quali si è evoluta una configurazione comportamentale e sintomatologica definita Isteria. Attraverso lo studio di queste psicodinamiche originarie si è visto come l'inaffidabilità dell'oggetto materno primario insieme al rivolgimento verso un genitore del sesso opposto debole, porti a problemi di superficialità e vuoto identitario, caratteristico della personalità isterica, che deriva da una fallimentare elaborazione del complesso edipico e, in particolare, ad un'impossibilità di identificazione con il genitore dello stesso sesso (Horowitz, 1977; Hollender, 1971). Viene, poi, esplorata la psicodinamica eziologia teorizzata da Kohon (1984) che vede nell'origine della personalità isterica nella femmina un mancato superamento dello stadio isterico caratterizzato dalla scelta tra la madre e il padre, lo spostamento libidico dall'oggetto materno primario amato attivamente a quello paterno amato passivamente; la mancata scelta (divalenza) da parte della futura isterica causerà la caratteristica ambivalenza riguardo la sessualità e la tendenza alla bisessualità dell'isterica. Per ultimo, si è scelto di analizzare l'influenza che la mancanza, l'inaccessibilità, l'oppositività della figura materna primaria ha sullo sviluppo della personalità isterica (Khan, 1974), in particolare nello sviluppo precoce di atteggiamenti sessualizzati verso l'oggetto a discapito dello sviluppo delle funzioni dell'Io a causa di una mancanza nelle cure materne primarie; questo porterà alla consolidazione di pattern relazionali insoddisfacenti caratterizzati da atteggiamenti sessualizzati che creano fraintendimenti e non permettono un autentico incontro con l'oggetto.

Alla fine del primo capitolo si è scelto di descrivere l'esistenza isterica attraverso lo sguardo della fenomenologia psicopatologica. Si ritiene che una descrizione fenomenologica di come l'individuo isterico vive le strutture fondamentali d'esperienza, come la temporalità, sé stesso e gli altri, doni all'elaborato un maggiore valore di completezza antropologica attraverso un punto di vista soggettivo-esistenziale sull'esistenza isterica. Utilizzando i contributi di Binswanger (1961), Borgna (1999) e Galimberti (1979) si è suddivisa l'esperienza isterica in tre nuclei tematici fondamentali: l'istante, l'apparenza e la dipendenza.

Il secondo capitolo di questo elaborato rappresenta il tentativo di integrazione delle conoscenze neuroscientifiche sulla Personalità Isterico-Istrionica con le conoscenze psicodinamiche. Questo tentativo di integrazione è compiuto attraverso l'attuazione di una Revisione Sistemica, seguendo le linee PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2021). Questa Revisione Sistemica segue l'approccio dell'Embodiment in cui il comportamento e la psiche umana vengono considerati una continuità del corpo biologico. Si rifiuta, quindi, la bipartizione cartesiana in corpo e mente separati e si adotta un approccio incarnato in cui il comportamento si riflette nel funzionamento biologico e viceversa per un olistico mente-corpo aderente all'esperienza reale umana. I risultati di questa Revisione Sistemica della letteratura riguardo le ricerche di correlati neurali della Personalità Isterico-Istrionica hanno evidenziato una dipendenza, a livello di eccitamento corticale e di potenziali d'azione, degli individui con personalità isterico-istrionica nei confronti degli stimoli esterni, in particolare quelli erotici. Questo risultato è in linea con il forte orientamento relazionale e la dipendenza verso lo sguardo dell'altro caratteristico della personalità isterico-istrionica. Oltre a questo, è stata individuata una differenza del livello di gluco-

sio nel sangue tra i maschi e le femmine con personalità isterico-istrionica. Questa differenza a livello glicemico rispecchiava una differenza di adattabilità sociale degli atteggiamenti comportamentali, in particolare i maschi con personalità isterico-istrionica, con alti livelli di glicemia, presentavano, a differenza delle donne che avevano bassi livelli di glucosio nel sangue, un minore adattamento sociale.

Oltre a questi risultati, questa revisione sistematica ha messo in evidenza il grande buco di letteratura sui correlati neurali del disturbo di personalità isterico-istrionico. È stata, quindi, compiuta una riflessione riguardo eventuali motivazioni di questa assenza di ricerche a riguardo. Data la predominanza delle diagnosi da DSM (American Psychiatric Association, 2013) per la grande maggioranza delle ricerche neuroscientifiche sulla personalità, è stata analizzata la storia diagnostica del costrutto Disturbo di Personalità Isterico-Istrionico. Questa storia ha fatto emergere vari problemi legati a questa specifica diagnosi a causa delle varie modifiche che questa diagnosi ha subito. Questo ha causato un grande declino di diagnosi di disturbo di personalità isterico-istrionico, un grande overlap con la diagnosi di disturbo di personalità borderline, narcisistico e dipendente. Si sono, quindi, evidenziati i limiti di una diagnosi nosografica categoriale di personalità, con una preferenza verso una diagnosi più dimensionale e descrittiva come quella del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) per una diagnosi più aderente all'unicità della persona e alle sfumature descrittive complesse che, in un approccio meramente categoriale, si perdono.

## BIBLIOGRAFIA

Aghajani, M., Veer, I.M., van Tol, M.J. *et al.* (2014). Neuroticism and extraversion are associated with amygdala resting-state functional connectivity. *Cogn Affect Behav Neurosci* 14, 836–848.

Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. Holt.

American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

American Psychiatric Association. (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association

Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T. D., *et al.* (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 217–233.

Azmitia, E.C., (1999). Serotonin neurons, neuroplasticity, and homeostasis of neural tissue. *Neuropsychopharmacology* 21 (2 Suppl.), 33S – 45S.

Bakkevig, J. F., & Karterud, S. (2010). Is the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, histrionic personality disorder category a valid construct?. *Comprehensive psychiatry*, 51(5), 462–470

Barsalou, L. W. (1999). Perceptual symbol systems. *The Behavioral and brain sciences*, 22(4), 577-660.

Blais, M., Baity, M. (2006). *Rorschach assessment of histrionic personality disorder*. In: Huprich SK, editor. *Rorschach assessment of personality disorders*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers

Borgna, E. (1999). *Noi siamo un colloquio*, Milano: Feltrinelli Editore

Breuer, J. & Freud, S. (1892-95). *Studi sull'isteria*, in O.S.F., vol.1 Torino: Boringhieri

Brocke, B., Beauducel, A., John, R., Debener, S., Heilemann, H., (2000). Sensation seeking and affective disorders: characteristics in the intensity dependence of acoustic evoked potentials. *Neuropsychobiology* 41, 24 – 30

Burgdorf, J., & Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 30(2), 173–187.

Cale, E.M., Lilienfeld, S.O., (2002). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differentiated manifestations of psychopathy? *Journal of Personality Disorders* 16, 52 – 72.

Chodoff, P. (1974). The diagnosis of hysteria: an overview. *Am J Psychiatry*

Cloninger, C.R., Svrakic, D., Przybeck, T., (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50, 975 – 990.

Dahl, A. (1986) Some aspects of the DSM-III personality disorders illustrated by a consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatr Scand*

Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York, NY: Putnam.

Depue, R.A., Spoont, M., (1986). Conceptualizing a serotonin trait: a behavior dimension of constraint. *Annals of the New York Academy of Sciences* 487, 47 – 62

Deriu, F., Milia, M., Sau, G., Podda, M. V., Ortu, E., Giaconi, E., et al. (2003). Modulation of masseter exteroceptive suppression by non-nociceptive upper limb afferent activation in humans. *Experimental Brain Research*, 150(2), 154–162.

Easser, R., & Lesser, R. (1965). Hysterical Personality: a re-evaluation. *The Psychoanalytic quarterly*, 34, 390–412.

Eckstein, M. K., Guerra-Carrillo, B., Miller Singley, A. T., & Bunge, S. A. (2017). Beyond eye gaze: What else can eyetracking reveal about cognition and cognitive development?. *Developmental cognitive neuroscience*, 25, 69–91.

Field, F. (1989). Hypoglycemia: Definition, clinical presentations, classification, and laboratory tests. *Endocrinol Metab Clin North Am*; 18:27–43.

Forkmann, T., Heins, M., Bruns, T., Paulus, W., & Kröner-Herwig, B. (2009). The second exteroceptive suppression is affected by psychophysiological factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 521–529

Freud, S. (1922). *Una nevrosi demoniaca nel secolo decimosettimo*. In O.S.F, Torino: Bollati Boringhieri

Galimberti, U. (1979). *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano: Feltrinelli Editore

Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford, England: Oxford University Press.

Hegerl, U., & Juckel, G. (1993). Intensity dependence of auditory evoked potentials as an indicator of central serotonergic neurotransmission: a new hypothesis. *Biological psychiatry*, 33(3), 173–187.

Hegerl, U., Juckel, G., (1993). Intensity dependence of auditory evoked potentials as an indicator of central serotonergic neurotransmission: a new hypothesis. *Biological Psychiatry* 33, 173 – 187.

Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Jr Keck, P. E., et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873–1875.

Hollander, E., & Rosen, J. (2000). Impulsivity. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2 suppl), S39–S44.

Hollender, M. (1971). Hysterical Personality, *Comments on Contemporary Psychiatry* 1:17-24

Horowitz, M. (1977). *Hysterical Personality*, New York: Jason Aronson, Inc

Husserl, E. (1970). *The crisis of european sciences and transcendental phenomenology*. Evanston: Northwestern University Press.

Jaspers, K. (1913). *Psicopatologia Generale*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore

Kernberg, O. (1992). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Milano: Cortina Edizioni



- Khan, M. (1974). La rancune de l'hystérique, *Nouvelle Revue de Psychoanalyse*, 10: 151-58
- Kohon, G. (1984). Reflections on Dora: the case of hysteria, *Nouvelle Revue de Psychoanalyse*, 65: 73-84
- Kopeykina, I., Kim, H. J., Khatun, T., Boland, J., Haeri, S., Cohen, L. J., et al. (2016). Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 195, 1–14.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought*. Basic Books.
- Lingiardi, V. & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2 (Second edition)*. New York: The Guilford Press (Tr. It. *Manuale diagnostico psicodinamico. Seconda edizione, PDM-2*. Raffaello cortina editore, Azzate)
- Logothetis, N. K., & Wandell, B. A. (2004). Interpreting the BOLD signal. *Annual Review of Physiology*, 66, 735-769.
- Ma, G., Fan, H., Shen, C., & Wang, W. (2016). Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art. *Neuroscience bulletin*, 32(3), 286–306.
- Ma, G., Fan, H., Shen, C., & Wang, W. (2016). Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art. *Neuroscience bulletin*, 32(3), 286–306.
- Mangini, E. (2001). *Lezioni sul pensiero freudiano*. Milano: LED
- Marmor, J. (1953). Orality in the hysterical personality, *Journal of American Psychoanalytical Association*, 1: 656-71

McCormick, D.A., (1992). Neurotransmitter actions in the thalamus and cerebral cortex. *Journal of Clinical Neurophysiology* 9, 212 – 223.

McWilliams, N. (2011). *La Diagnosi Psicoanalitica*, Roma: Astrolabio Ubaldini Editore

Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*, London: Routledge & K. Paul.

Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. Routledge.

Merleau-Ponty, M. (2003). *Il Visible e l'Invisibile*, Milano: Bompiani

Millon, T. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. New York: Wiley

Novais F, Araújo A, Godinho P. Historical roots of histrionic personality disorder. *Front Psychol*. 2015;6:1463

Novais, F., Araújo, A., & Godinho, P. (2015). Historical roots of histrionic personality disorder. *Frontiers in psychology*, 6, 1463.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.

Page, M. J., Mother, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffman, T., Mulrow, C. D., et al. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372:n160. doi: 10.1136/bmj.n160

Paige, S.R., Fitzpatrick, D.F., Kline, J.P., Balogh, S.E., Hendricks, S.E., (1994). Event-related potential amplitude/intensity slopes predict response to antidepressants. *Neuropsychobiology* 30, 197 – 201.

PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring (MD): Alliance of Psychoanalytic Organizations (Tr. it.: *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008)

Pfohl, B. (1995) Histrionic personality disorder. In: Livesley WJ, editor. *The DSM-IV personality disorders*. New York: The Guilford Press

Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1987). Interconvertability of five self-report measures of depression. *Psychiatry Research*, 22(3), 243–256.

Reich, W. (1933), *Analisi del carattere*, Milano: Sugarco Edizioni

Rosen, H. J., & Levenson, R. W. (2009). The emotional brain: Combining insights from patients and basic science. *Neurocase*, 15(3), 173–181.

Rupert-Schampera, L. (1995). The concept of “early triangulation” as a key to a unified model of hysteria, *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 5:983-96

Scalzone, F. (1999). *Perché l'Isteria?*, Napoli: Liguori Editore

Schoenen, J. (1993). Exteroceptive suppression of temporalis muscle activity: Methodological and physiological aspects. *Cephalalgia: an international journal of headache*, 13(1), 3–10.

Schoenen, J., Wang, W., & Gerard, P. (1994). Modulation of temporalis muscle exteroceptive suppression by limb stimuli in normal man. *Brain Research*, 657(1–2), 214–220.

- Semi, A. (1989). *Trattato di Psicoanalisi*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Shahar, G., Scotti, M. A., Rudd, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Hypomanic symptoms predict an increase in narcissistic and histrionic personality disorder features in suicidal young adults. *Depression and Anxiety*, 25(10), 892–898
- Shapiro, D. (1965). *Stili Nevrotici*, Roma: Astrolabio Ubaldini
- Silk, K.R., 1994. From first- to second-generation biological studies of borderline personality disorder. In: Silk, K.R. (Ed.), *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. xvii – xxix.
- Solms, M. (1997). Preliminari per un'integrazione tra psicoanalisi e neuroscienze, *Psiche*, 2: 39-63
- Stanghellini, G., Fernandez, A. (2019). *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Oxford: Oxford University Press
- Svanborg, P., Mattila-Evenden, M., Gustavsson, P. J., Uvnäs-Moberg, K., & Åsberg, M. (2000). Associations between plasma glucose and DSM-III-R cluster B personality traits in psychiatric outpatients. *Neuropsychobiology*, 41(2), 79-87.
- Taylor, LA. Rachman, SJ. (1988). The effects of blood sugar level changes on cognitive function, affective state, and somatic symptoms. *J Behav Med* 11:279–291.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. MIT Press.
- Virkkunen, M. (1986) Reactive hypoglycemic tendency among habitually violent offenders. *Nutr Rev*;44: 94–103.

Wallace, J.F., Vitale, J.E., Newman, J.P., (1999). Response modulation deficits: implications for the diagnosis and treatment of psychopathy. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 13, 55 – 70.

Wang, C., Shao, X., Jia, Y., Zhang, B., Shen, C, Wang, W. (2020). Inhibitory brainstem reflexes under external emotional-stimuli in schizoid and histrionic personality disorders, *Personality and Individual Differences*.

Wang, W., Wang, Y., Fu, X., Liu, J., He, C., Dong, Y., Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2006). Cerebral information processing in personality disorders: I. Intensity dependence of auditory evoked potentials. *Psychiatry research*, 141(2), 173–183.

Widiger, T.A., Sankis, L.M., (2000). Adult psychopathology: issues and controversies. *Annual Review of Psychology* 51, 377 – 404

Wilkinson, D. (1981) Psychiatric aspects of diabetes mellitus. *Br J Psychiatry*; 138:1–9.

Winer, J.A., (1984). Anatomy of layer IV in cat primary auditory cortex (AI). *Journal of Comparative Neurology* 224, 525 – 567.

Wittels, F. (1930), The hysterical character, *Medical Review of Reviews*

Zarnowski, O, Ziton, S, Holmberg, R, et al. Functional MRI findings in personality disorders: A review. *J Neuroimaging*. 2021; 31: 1049–1066

Zarnowski, O., Ziton, S., Holmberg, R., Musto, S., Riegle, S., Van Antwerp, E., & Santos-Nunez, G. (2021). Functional MRI findings in personality disorders: A review. *Journal of neuroimaging: official journal of the American Society of Neuroimaging*, 31(6), 1049–1066.

Zetzel, E. (1968). The so-called good hysteric, *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 224-37

Zuckerman, M., Kuhlman, D., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993) A Comparison of Three Structural Models for Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 757-768.