

# LA NEVROSI



## **1 INTRODUZIONE GENERALE**

La mia tesina tratta l'argomento della nevrosi, insieme di disturbi psichici a diffusione praticamente universale caratterizzati, sul piano psicologico, dall'ansia, e su quello psicopatologico dall'esistenza di conflitti inconsci o parzialmente coscienti, tali da porre il soggetto in una situazione di disagio.

Diversi sono i motivi che mi hanno portato a scegliere questo argomento. Un po' nevrotici lo siamo tutti: ognuno di noi, credo, ha delle piccole manie, paure e mini ossessioni. Ma cosa le distingue da una forma di nevrosi vera e propria? Cioè: qual è il confine tra, ad esempio, una paura di un insetto e la fobia rispetto a questi?

Credo sia difficile individuare una soglia o un limite in cui dalla normalità si passa ad una forma di nevrosi.

Altro motivo della mia scelta è nato dal fatto che nel mio piccolo paese una ragazza era affetta da una nevrosi di tipo ossessivo; ogni giorno, ed alla stessa ora, doveva fare lo stesso rituale e, fino a che non aveva terminato, non poteva ritornarsene a casa. Ovviamente doveva essere eseguito con la massima perfezione ed accuratezza, altrimenti la procedura era da ripetere. Il rito consisteva nel compiere quattro volte un viale, ma senza toccare con i piedi le piastrelle più scure. Se ciò accadeva, doveva riiniziare tutto daccapo.

Questo fatto mi ha molto incuriosito. Anche io, mentre cammino, sto attenta a dove metto i piedi: quello che fa il destro lo deve fare il sinistro, e viceversa. Se il destro pesta un sasso, anche il sinistro lo deve fare. Eppure io non sono nevrotica! Perché lei sì?

La mia tesina è strutturata in maniera molto semplice: è suddivisa in otto punti, formati a loro volta da alcuni sottopunti, in cui tratto un po' tutte le materie, ad eccezione di inglese e storia. Inizio con una parte generale sulla nevrosi, dove parlo dei diversi aspetti che la caratterizzano e della sintomatologia. Porto poi alcuni esempi di nevrosi, rivolgendo particolare attenzione a quella di tipo isterico.

Successivamente presento cenni di psicoanalisi, che è nata dagli studi sui pazienti nevrotici ed è, ancor oggi, uno strumento fondamentale per trattarla.

Parlo poi degli psicofarmaci, in quanto possono essere utili, assieme al trattamento psicanalitico, nella terapia.

Viene poi la legge 180 del 1978, relativa all'esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii, in quanto, casi gravi di nevrosi, li necessitano.

Presento poi Svevo, poiché, nella sua opera principale, "la coscienza di Zeno", si è occupato di nevrosi e di psicoanalisi, introducendo questi argomenti anche nella letteratura italiana.

## **2 LA NEVROSI**

### **2.1 Aspetti generali**

La nozione di nevrosi si riferisce a quelle variabilissime situazioni di sofferenza psicologica che danno luogo ad una sintomatologia di ordine psichico, vegetativo e comportamentale della persona, la quale avverte, peraltro il carattere morboso della propria sofferenza.

Il termine ha acquistato nel tempo un valore molto più ampio di quello di un insieme di sindromi di significato clinico. Esso ha, infatti, finito per rappresentare uno stile nel modo di essere e di vivere dell'uomo contemporaneo, dominato dall'angoscia.

Nel caso della nevrosi non è possibile parlare di malattia, bensì di disturbi della personalità di natura emotiva, connessi con difficoltà di adattamento e quindi con situazioni di conflitto in rapporto ai modelli interiori di comportamento e ai disagi nella relazione con l'ambiente.

I sintomi nevrotici risultano come un conflitto fra tendenze istintive (pulsioni profonde) e la coscienza: l'ansia nasce dal conflitto fra pulsioni profonde dell'Es, la parte inconscia, e le istanze inibitorie del super-io, la parte morale, la coscienza; l'io del nevrotico non riesce ad armonizzare e risolvere il conflitto e perciò ricorre ai meccanismi di difesa che "costituiscono lo strumento di cui l'io si serve per incanalare o reprimere pulsioni, per orientarle in nuove direzioni, per arginare attacchi esterni, per diminuire le tensioni e l'ansia che accompagnano i conflitti" (Psicologia generale ed applicata, di R.Zonta).

Attraverso la barriera di difesa dall'angoscia che la sua sintomatologia esprime, il nevrotico trae alcuni paradossali vantaggi (tornaconto secondario della malattia). Infatti, con l'esternazione della propria sofferenza, egli riesce a negarsi alcuni aspetti spiacevoli della propria realtà interiore e certe carenze del proprio inserimento sociale, mantenendosi, nei confronti delle esigenze poste dalla realtà, in una posizione di egocentrismo infantile, e talvolta con atteggiamenti di tipo ricattatorio.

L'esperienza nevrotica può essere considerata come un disagio, una sofferenza, un'angoscia che assume aspetti specifici sia a livello intrapsichico (pensieri, sentimenti) sia a livello comportamentale. Tali aspetti costituiscono una deformazione anche grottesca di pensieri, sentimenti, comportamento di tutti e ogni giorno: il semplice dubbio sulle cose fatte o da fare si trasforma in assillo continuo e penoso; la normale preoccupazione per la propria salute si trasforma in un'allarmata riflessione su ogni sensazione somatica; un vago senso di disagio di fronte a situazioni circoscritte si trasforma in accurato evitamento delle stesse. È quasi sempre presente la consapevolezza della propria sofferenza, della propria incapacità a modificarsi, predomina il sentimento di non sentirsi libero, di essere "costretto" ad agire in un certo modo diverso dagli altri.

Se si vuole rintracciare il comune denominatore di tali vissuti, questo è rappresentato senza dubbio dall'ansia, non intesa nella sua funzione emozionale, ma come un continuo ed insopportabile sentimento di minaccia alla propria integrità fisica e morale; ansia che rappresenta anche la condizione di base dei vari tipi di nevrosi comunemente descritti, potendo rimanere pura, libera fluttuante (nevrosi d'angoscia) oppure coagularsi su un oggetto o su una situazione (nevrosi fobica) o dar luogo a fenomeni di conversione nel corpo (nevrosi isterica).

In sintesi, tutti questi elementi sembrano configurare nel loro insieme, più che una vera e propria malattia, una particolare modalità di essere e di porsi nel mondo.

La teoria freudiana e la psicoanalisi costituiscono oggi il principale sistema interpretativo delle nevrosi; ed anche le scuole ad indirizzo comportamentista insistono sul carattere psicologico, e non organico di questo tipo di disturbo. Secondo l'indirizzo psicoanalitico, le nevrosi sono essenzialmente delle situazioni di disagio psichico nascenti dalla rimozione di desideri su base istintuale, operata attraverso istanze repressive interiorizzate di tipo morale; secondo le scuole di orientamento comportamentista, le nevrosi sono invece condizionamenti sfavorevoli, o errori di apprendimento.

Le cause delle nevrosi sono complesse e multifattoriali e non sempre accertabili in ogni singolo caso. In molti casi è possibile confermare il classico schema freudiano: la nevrosi trova le proprie radici nell'infanzia, e precisamente nel conflitto edipico, la cui incompleta risoluzione blocca lo sviluppo psicosessuale ad un livello di incompleta maturità. In altri casi lo schema si allarga, ed è possibile risalire ad una situazione conflittuale più complessa che contrappone bisogni affettivi e desideri ancora immaturi con istanze repressive di tipo etico-disciplinare fatte proprie dal soggetto. Ma raramente il conflitto nevrotico è schematico: quasi sempre si lega ad una catena di eventi psicologici inconsci che hanno origine nel passato più o meno remoto. In altri casi il conflitto nevrotico può concernere i rapporti attuali con i genitori o con i figli, il rapporto con il proprio lavoro e così via. Le cause lontane e vicine delle nevrosi possono essere conclusivamente riconosciute, secondo Freud, nella convergenza di vari fattori, quali:

A) la radice sessuale. «Bisogna ammettere che le condizioni collegate funzionalmente alla vita sessuale hanno una parte importante nell'eziologia di tutte le nevrosi, e questo avviene a causa del grande significato psichico che questa funzione soprattutto nel sesso femminile»

B) un fattore organico ereditario predisponente, il quale in alcuni momenti particolari genera, in rapporto a situazioni vissute del soggetto, delle idee patologiche non perfettamente trattate né rimosse in maniera riuscita.

C) il trauma.

D) l'affaticamento intellettuale.

## 2.2 Sintomatologia generale

È possibile delineare un quadro d'insieme comune a tutti i tipi di sofferenza nevrotica. Questa è sempre in connessione con le difficoltà di affrontare e superare l'ansia che si genera dalle situazioni di conflitto tra l'Es ed il Super-io. A partire da questa matrice ansiosa, alcuni sintomi sono derivati dal tentativo, mai completamente riuscito, di controllarla; altri si esprimono attraverso l'attivazione di diversi meccanismi di difesa che sono rappresentati dai sintomi nevrotici stessi (fobie, ossessioni, ipocondria, etc.). Ma ci sono alcune caratteristiche praticamente onnipresenti: sul piano psicologico si osservano, oltre ad iper-emotività, un sentimento costante d'insoddisfazione ed avvilitamento, vissuto come inevitabile. Per contro affiora un sentimento di sordo rancore verso i genitori, gli altri, il destino, come di chi debba essere risarcito di un torto ingiustamente patito. Il soggetto, come già detto, ha consapevolezza del carattere abnorme di queste sue esperienze, ma non riesce a mettere in relazione i propri disturbi ad una causa psicologica interna.

I comportamenti nevrotici sono testimonianza di una generica immaturità affettiva e quindi di una reale incapacità d'investimento libidico, di un'impossibilità di abbandono e di relazione. Anche le funzioni vegetative sono profondamente coinvolte. Possono così verificarsi disturbi del sonno, dell'appetito, e delle funzioni viscerali. La vita sessuale è sempre in qualche modo perturbata. Questa alterazione può esprimersi in una precisa condotta inadeguata sotto forma di masturbazione, alternativa alla soddisfazione sessuale. Tale autoerotismo è sovente una condotta segreta che il soggetto nasconde accuratamente come una vergognosa e colpevole macchia. In altri casi possiamo osservare disturbi della potenza sessuale sotto forma di eiaculazione precoce o ritardata, di difficoltà all'erezione fino all'impotenza. Nella donna frequenti sono il vaginismo e la frigidità. Inoltre l'impossibilità di provare un autentico piacere sessuale non si esprime in un sintomo chiaramente definito, ma si traduce con un distacco dalla sessualità talora razionalizzato con motivazioni etiche, oppure in un'impossibilità ad un'autentica partecipazione al coito. Pure frequente è l'astenia, testimonianza diretta del sovraccarico energetico indotto dalla dinamica conflittuale. Vanno ancora ricordate le turbe funzionali inerenti ad un inadeguato sviluppo psicomotorio, quali l'enuresi (incontinenza), la balbuzie, i movimenti ticcosi. In senso ancora più generale, sono spesso osservabili atteggiamenti posturali o tonici che si traducono in una motricità rigida, goffa, disordinata, in un'inadeguatezza gestuale e mimica, talora con effetti sgradevoli o grotteschi in cui è evidente l'intenzione latente autosvalutativa.

La sintomatologia è sempre dominata, come si è detto, da un disturbo fondamentale: l'ansia. Questa non si manifesta però sempre con le stesse caratteristiche. Può essere *ansia fluttuante*, cioè stato di attesa spiacevole, tensione immotivata, apprensività; oppure *ansia somatizzata*, avvertita non come disagio psicologico, ma come minaccia corporea, sotto forma di disturbi soggettivi vaghi, apparentemente riferita a disfunzioni somatiche; o ancora *conversione isterica*, quando la somatizzazione dell'ansia procura un'incapacità funzionale a carico di qualche organo o apparato. Da questa varietà di sintomi né deriva la classica distinzione fra i vari tipi di nevrosi. La *nevrosi d'ansia*, caratterizzata dalla presenza dominante dell'apprensività, dall'ansia fluttuante, dall'insonnia e da eventuali crisi d'allarme. La *nevrosi fobica*, caratterizzata dalla produzione dominante di fobie (fobie per i luoghi chiusi, per quelli aperti, per le malattie, per i viaggi, ecc.). La *nevrosi isterica*, quando il soggetto produce inconsciamente sintomi ed incapacità che simulano una specifica malattia.

Il meccanismo psichico della formazione dei sintomi può essere descritto, nella sua dinamica strutturale, come:

- A) Un impulso inconscio di natura sessuale,
- B) Che si scontra con il contesto delle regole sociali (contesto culturale) introiettate dal paziente attraverso l'educazione (che riconosce A come «perverso».
- C) La rimozione dell'impulso, frenato nell'inconscio.
- D) Una situazione o una serie di situazioni traumatiche che portano al limite la tensione inconscia tra A e B in un tempo troppo breve ed ad un livello troppo acuto perché possa tentarsi ottimalmente una riorganizzazione psichica reattiva dell'io.
- E) Impressione penosa: (si parla di scacco). Il conflitto viene congelato, imbottigliato, come una carica esplosiva innescata, lungo esiti inconsci simbolici.
- F) In questo modo, pur rimanendo coperto nella forma originaria dall'amnesia di rimozione, il conflitto mette in atto la sua potenziale attività.
- G) Ed in al fallimento della rimozione l'impulso dilagante, ma corretto, tenderà ad esprimersi parzialmente, per quanto possibile, in forma comunque compromissiva, nel comportamento del soggetto, attraverso meccanismi di sostituzione, condensazione, di spostamento (ad esempio argomenti che si riferiscono alla parte inferiore del corpo vengono a livello cosciente riferiti alla parte superiore), attraverso memorie di copertura, parole di scambio (sulle quali fa perno l'altro discorso inconscio, oppure nei sintomi nevrotici e nei sogni).

### 2.3 Accenno ad alcuni tipi di nevrosi

- La nevrosi d'ansia

La nevrosi d'ansia può essere intesa come una sorte di tronco comune a tutte le nevrosi che si può esprimere in modo monosintomatico, attraverso le varie declinazioni del vissuto angoscioso, o attraverso l'evolvere verso strutture più elaborate nelle altre forme di nevrosi.

La nevrosi d'ansia insorge generalmente in età giovanile (dai 17 ai 35 anni), è più frequente nelle donne ed ha un'alta familiarità. Le cause di questa nevrosi, oltre alle alterazioni genetiche, sono una meiotopia (diminuzione dell'attività funzionale e delle capacità reattive di un organo) -o ipoattività del sistema nervoso- e l'intervento di fattori psicologici e sociali che possono predisporre ai disturbi d'ansia.

La nevrosi d'ansia ha un'evoluzione molto variabile. In alcuni casi si ha un sensibile miglioramento o addirittura la guarigione spontanea. Più spesso tende a diventare cronica, e si esprime con sentimenti di insicurezza, timore, dubbio, e si traduce nell'incapacità di prendere qualsiasi decisione.

La complicanza più temibile ed è anche abbastanza frequente è l'evoluzione verso forme nevrotiche più stabili e strutturate, attraverso l'attivazione dei meccanismi di difesa dell'io che permettano di contenere la tensione interiore. La nevrosi d'ansia può trasformarsi così in una nevrosi fobica, ossessiva o isterica.

Un'altra possibilità è l'insorgere di una malattia psicosomatica, per cui l'ansioso diventa un asmatico, un ulceroso o un iperteso, e l'angoscia generalmente si attenua, come se le scariche ansiose non controllate venissero per così dire drenate dal sintomo somatico.

Pertanto in ogni caso di nevrosi d'ansia, è assolutamente necessario attuare un trattamento psicoterapeutico e/o farmacologico, tempestivo che, in un buon numero di soggetti, consente di ottenere la guarigione o un sensibile miglioramento, e comunque, costituisce un importante trattamento di prevenzione nei confronti delle possibili complicanze.

L'ansia è la diretta conseguenza del conflitto fra le pulsioni profonde dell'Es e le istanze inibitorie del super-io; ha quindi la funzione di segnalare all'io le necessità di esigere difese psicologiche.

Il primo meccanismo di difesa a cui ricorrere è la *rimozione* che consente nel respingere e mantenere a livello inconscio le pulsioni pericolose, ovvero vengono respinti i pensieri e sentimenti fonte di ansia, e determina, se efficace, un ritorno all'equilibrio psichico senza la formazione di



sintomi. Se la rimozione non risulta del tutto efficace, l'io ricorre ad ulteriori difese quali la conversione (in cui il conflitto psichico viene trasformato in sintomi motori –paralisi, per esempio- o sensoriali –dolori localizzati, formicolii, anestesie-), che determina una riduzione dell'ansia e la formazione dei sintomi caratteristici delle relative nevrosi (isterica, fobica, ecc.).

La nevrosi d'ansia si verifica in una situazione intermedia fra le due precedenti: la rimozione non funziona ma non vengono messi in atto altri meccanismi di difesa, per cui l'ansia diviene molto intensa, superando il livello proprio della sua funzione di segnale, ed emerge come unico sintomo.

- La nevrosi fobica

Si contraddistingue per una paura drammatica concentrata su specifiche persone, oggetti, situazioni, che di per se stessi non rappresenterebbero un pericolo reale, ma che diventano causa di un terrore paralizzante (fobia). Il soggetto ha una piena consapevolezza del carattere irrazionale del suo panico, ma non può sottrarvisi, in quanto ogni tentativo di superarlo da luogo a crisi di ansietà esagerata. Egli è pertanto in un clima di costante attesa a mettere in atto tutta una serie di misure di evitamento della situazione, una presa di distanza che viene appunto denominata fobica.

La nevrosi fobica può essere considerata un'evoluzione della nevrosi d'ansia in quanto i meccanismi di difesa si strutturano in maniera più elaborata e rigida; l'ansia, invece di essere libera, appare legata ad un oggetto ben preciso, situato all'esterno dell'individuo.

Le fobie si distinguono in base ai loro contenuti:

- 1) *Le fobie degli oggetti.* Si tratta in genere di oggetti appuntiti, quali i coltelli, aghi, forbici ecc.
- 2) *le fobie degli animali.* Sono reliquati di fobie infantili e si distinguono in fobie dei grossi animali (cani, gatti, cavalli, ecc.) che risalirebbero alla prima infanzia, e in fobie dei piccoli animali (topi, ragni, insetti, ecc.) che avrebbero origine nella seconda infanzia.
- 3) *Fobie delle situazioni.* Sono le più frequenti. Comprendono:
  - L'agorafobia: paura degli spazi aperti (strade, piazze, ecc.). Tale disturbo col tempo può diventare fortemente invalidante, fino a costringere il paziente ad evitare gli spostamenti di casa se non accompagnato.
  - La claustrofobia: paura degli spazi chiusi (gallerie, ascensori, ecc.).
  - La fobia della folla.
  - La fobia dell'oscurità.
  - L'ereutofobia: paura di arrossire in pubblico.

Esistono poi numerosissime altre fobie che non rientrano nei gruppi precedenti, e che sarebbe impossibile stare ad elencarle tutte.

La struttura del comportamento, indipendentemente dall'aspetto che la fobia assume, riguarda condotte di evitamento, misure di rassicurazione, che possono avere un carattere magico-cerimoniale e sfociare quindi in una modalità ossessiva, e infine in comportamenti di sfida attraverso i quali il soggetto tende, con una fuga in avanti, di rompere l'accerchiamento fobico.

Le gravi nevrosi fobiche sono relativamente poco frequenti, ma le piccole fobie sono incistate nella vita di tutti.

- La nevrosi ossessiva

La nevrosi ossessiva è una delle più gravi malattie della psiche in quanto testimonia una profonda perturbazione della personalità. Essa esprime attraverso pensieri, atti, rappresentazioni che si impongono alla psiche del soggetto in maniera coattiva senza che egli riesca a liberarsene, pur riconoscendoli come estranei e intrusivi.

I tentativi di resistenza da parte del paziente sono quasi sempre destinati a fallire in quanto comportano un immediato scatenamento dell'ansia; le ossessioni, infatti, così come le fobie, non sono altro che il frutto dei meccanismi di difesa attivati dall'io per contenere l'ansia conflittuale. Se il soggetto smantella le difese l'ansia dilaga.

I tre sintomi fondamentali della nevrosi ossessiva sono: le ossessioni, le compulsioni e i rituali ossessivi.

1- *le ossessioni*. Sono estremamente polimorfe e comprendono idee, ragionamenti, immagini, sentimenti o ricordi che irrompono nella mente del paziente e tendono a ripetersi insistentemente, fino a dominare completamente il pensiero del paziente.

Ad esempio possono essere immagini o pensieri osceni che turbano il soggetto e si ripetono in maniera automatica, dubbi e necessità di verifica continue interrogazioni (cosa succederebbe se...?), scrupoli morali, numeri o parole che bisogna ripetere in serie magari per ore (aritmomania), interrogativi filosofici (perché esisto? - perché esiste il mondo?), ricordi che dominano il pensiero senza tregua, ecc.

Ciò che accomuna tutte le ossessioni, dalle più banali alle più sconvolgenti, è la tendenza alla ripetizione contro la volontà del soggetto e la grande sofferenza che viene procurata a quest'ultimo non tanto dal contenuto dell'ossessione, quanto dalla presenza della stessa ossessione, della quale gli è impossibile liberarsi.

2- *le compulsioni*. Sono azioni che il paziente teme di commettere contro la propria volontà. Si tratta in genere di atti assurdi, ridicoli o immorali dai quali riferisce di non potersi trattenere che a gran fatica (ad esempio compiere atti osceni in luogo pubblico, buttarsi dalla finestra, uccidere o aggredire una persona cara, ecc.). Il passaggio dall'atto temuto, comunque, è molto raro.

3- *i rituali ossessivi*. Sono fenomeni comportamentali che assolvono una funzione di compromesso per l'ossessivo, alleviandone il tormento legato alla lotta contro l'ossessione.

I rituali ossessivi possono all'inizio procurare qualche sollievo al paziente, ma col tempo risultano sempre meno efficaci e finiscono col diventare essi stessi delle necessità alle quali il soggetto non riesce a sottrarsi. Essi consistono in gesti ripetitivi o in frasi o parole pronunciate in una precisa successione; spesso assumono le caratteristiche di un vero e proprio cerimoniale che richiede moltissimo tempo ed una particolare attenzione.

Gli esempi potrebbero essere infiniti. A volte l'ossessivo deve verificare di aver chiuso le finestre prima di uscire di casa o il rubinetto del gas prima di coricarsi; completata la verifica deve poco dopo ritornare sui suoi passi e ricominciare tutto d'accapo: egli sa che il rubinetto o la finestra sono chiusi, ma è costretto a fare la stessa constatazione magari dieci o venti volte.

## 2.4 La nevrosi isterica

È una delle nevrosi nella quale il soggetto, quasi sempre femmina, esprime conflitti affettivi inconsci attraverso manifestazioni spettacolari (convulsioni) o somatizzandoli su un organo o un apparato.

L'elemento dominante in questo tipo di nevrosi è costituito dal meccanismo della "conversione", ossia dalla trasformazione di una tensione conflittuale in sintomi somatici ad elevato significato simbolico. In questo senso Freud parlò di isterismo di conversione. Altra caratteristica peculiare della nevrosi isterica è l'iperespressività che connota ogni disturbo motorio, sensitivo e sensoriale.

L'isterico, infatti, usa inconsciamente i propri sintomi come strumenti di comunicazione con gli altri; è stato detto che l'isterico parla attraverso il proprio corpo, in attesa di un interprete che sappia decifrare il messaggio e rispondere alle sue aspettative.

Lo scopo di questa condotta è duplice: da un lato comunicare il disagio della propria situazione conflittuale che nasce dalla presenza di pulsioni inconfessabili poiché censurate dal super-io; dall'altro ottenere le gratificazioni sperate ai propri bisogni di attenzione e di amore e colpevolizzare l'intero entourage.

La condotta isterica è, in sostanza, un rifugio inconscio nella malattia, al fine di sedare la propria ansia conflittuale e di ottenere i cosiddetti vantaggi secondari; questi ultimi, che sono comuni a tutti i tipi di nevrosi, nell'isteria appaiono in primo piano e costituiscono uno degli elementi fondamentali.

Nella sintomatologia isterica si possono distinguere: i parossismi isterici, i sintomi somatici, i sintomi psichici, ed i disturbi della personalità.

## 1 \_Parossismi isterici.

A) La grande crisi isterica. Descritta da Charcot nel secolo scorso, è divenuta oggi molto rara. Consta di cinque fasi successive: inizia con sintomi prodromici molto variabili (dolori, palpitazioni, bolo isterico, ecc.) a cui segue una fase convulsiva simile all'epilessia e quindi una fase di contorsioni (movimenti disordinati accompagnati da grida); successivamente la paziente entra nella fase di trance, durante la quale mima scene violente od erotiche, ed infine nella fase terminale che segna il ritorno allo stato di coscienza.

B) Crisi minori. Sono forme meno clamorose rispetto alla grande crisi, di cui mantengono però lo stesso significato ed i tratti clinici essenziali. Sono ancor oggi relativamente frequenti e comprendono:

Crisi che simulano *l'accesso epilettico tipo grande male*, dal quale si differenziano per i seguenti fattori: durata superiore (oltre dieci minuti), mancanza di una completa perdita di coscienza (vi è solo un restringimento della coscienza), assenza di traumatismi durante la caduta, carattere teatrale di tutta la crisi, assenza dei segni specifici dell'epilessia (incontinenza, morsicatura della lingua, sonno dopo la crisi ed amnesia totale). La crisi di tipo isterico, infine, insorge sempre in presenza di altre persone.

## 2 \_Sintomi somatici.

### A) Disturbi motori.

-*Paralisi*. Possono essere emiplegie, monoplegie o paraplegie. Si differenziano da quelle neurologiche perché non presentano la topografia specifica di una lesione e non si accompagnano ad alterazioni della riflettività e del tono.

-*Afonia* (perdita della capacità di parlare). La genesi isterica appare subito evidente per l'atteggiamento indifferente del paziente che contrasta con la gravità del sintomo.

-*Astasia-abasia*. Il malato presenta un'incapacità di mantenere la stazione eretta e di camminare, in assenza di segni neurologici obiettivi.

-*Contratture o spasmi muscolari*. Possono essere localizzati in qualsiasi distretto e presentano una topografia bizzarra.

### B) Disturbi sensitivi.

Si tratta di anestesi che possono associarsi o meno a disturbi della motilità; anch'esse non rispettano le leggi dell'innervazione ma presentano distribuzioni topografiche atipiche.

### C) Disturbi sensoriali.

Possono interessare parzialmente o totalmente qualsiasi funzione sensoriale. La cecità isterica è la manifestazione più frequente e talvolta presenta difficoltà diagnostiche. Segni esclusivamente isterici sono, invece, la diplopia (si vedono gli oggetti sdoppiati) ed il restringimento concentrico del campo visivo.

### D) Disturbi viscerali.

Si manifestano sotto forma di spasmi, soprattutto a carico degli apparati digerente, urinario e genitale; i fenomeni più frequenti sono il vomito ed il vaginismo.

## 3 \_Sintomi psichici.

A) Amnesie. Si tratta in genere di amnesie sistematiche, che si riferiscono, cioè, ad esperienze specifiche di intenso significato emotivo che vengono inconsciamente respinte dal paziente. Più rara è la perdita di tutti i ricordi (amnesia generalizzata). In ogni caso il disturbo è sempre reversibile, con la possibilità di ulteriori ricadute.

B) Stati crepuscolari. Consistono in un restringimento del campo della coscienza che inizia e termina bruscamente, per cui la realtà appare ridursi e circoscriversi per il paziente ad un nucleo ristretto di idee, fantasie e sentimenti, che gli sembrano gli unici esistenti, mentre il resto della realtà viene ignorato. Il paziente perciò si comporta come un fantoccio ed agisce solo in funzione di un determinato scopo; durante gli stati crepuscolari possono essere attuati comportamenti complessi e perfettamente organizzati, quali fughe, viaggi, ecc. che possono durare anche alcuni giorni.



Un caso particolare, peraltro molto raro, è quello delle *cosiddette personalità multiple*, in cui un'esperienza sognata viene a sovrapporsi all'esperienza reale fino allo sdoppiamento della personalità. Si assiste così ad una doppia vita psicologica, a due esistenze separate nello stesso soggetto, in cui le due personalità si ignorano a vicenda e si alternano.

I sintomi isterici sono sempre l'espressione di un meccanismo di difesa contro l'ansia conflittuale e sono finalizzati a due scopi preminenti: rappresentare simbolicamente il conflitto rimosso e comunicare agli altri il proprio disagio e le proprie richieste di gratificazioni. Pertanto, pur nel grande polimorfismo espressivo, obbediscono sempre ad alcune caratteristiche specifiche che permettono di differenziarli da sintomi analoghi di altra origine.

L'insorgenza del sintomo avviene sempre in un *clima di teatralità e di drammaticità e con modalità iperespressive ed amplificatrici*. Importante è la presenza di un pubblico che osservi la crisi, soprattutto che sia formato da persone affettivamente coinvolte o che il paziente desidera coinvolgere; è praticamente impossibile che un sintomo isterico compaia quando il paziente è solo e prevede di rimanere solo per un certo tempo. Un'altra caratteristica dell'isteria è la *"belle indifferenze"* descritta dagli Autori francesi, per cui, al di là della teatralità ad effetto, si coglie sempre nel soggetto un certo distacco, una mancanza di autenticità e di partecipazione alla sofferenza che vuole esprimere, in contrasto con la gravità del sintomo. Così, ad esempio, in caso di paralisi o di cecità, l'isterico si mostra indifferente e tranquillo mentre l'ammalato organico appare ovviamente terrorizzato per il grave disturbo accadutoogli.

La sintomatologia isterica tende a riprodurre sintomi o comportamenti che il paziente conosce solo grossolanamente, senza avere, ovviamente, conoscenze di carattere anatomico, fisiologico o patologico. Accade così che il sintomo, a prima vista credibile, riveli ad un esame più attento delle grosse ingenuità dal punto di vista della distribuzione, della topografia e della semeiotica in generale. Per fare un esempio, un'anestesia isterica non riguarda mai il territorio di innervazione di uno o più nervi, ma assume una topografia che tiene conto del concetto popolare di suddivisione del corpo in parti funzionali. Il paziente riferirà allora di aver perso la sensibilità alla mano, al piede, al capo, alla metà destra del corpo compresa la testa, ecc.

Bisogna ricordare, però, che esistono alcuni casi che presentano grossi problemi di diagnosi differenziale e che non è sufficiente la negatività dell'esame obiettivo e delle indagini cliniche per affermare l'isteria, così come la presenza di segni semeiologici di tipo isterico non esclude necessariamente che possa esservi una base organica. Un esempio di quest'ultima possibilità è *l'istero-epilessia*, in cui crisi epilettiche accertate sono frammiste o alternate con fenomeni isterici.

#### **4 –Disturbi della personalità.**

La personalità isterica presenta dei tratti molto caratteristici che sono rilevabili anche in soggetti che non presentano una sintomatologia conclamata, ma che possiedono, per così dire, una potenzialità isterica. La personalità isterica va oltre quindi alla nevrosi in se stessa e rappresenta piuttosto uno stile esistenziale, una tendenza a "recitare una parte" piuttosto che a vivere un ruolo, e la si riscontra anche in soggetti apparentemente normali e in altre forme nevrotiche o addirittura psicotiche.

Gli aspetti più importanti della personalità isterica, su cui si inseriscono tutti gli altri, sono *l'immaturità* e la *labilità emotiva*, con manifestazioni talora sconcertanti di infantilismo. Ne derivano tratti di egocentrismo, capricciosità, superficialità, impulsività e ingenuità.

Un altro elemento caratteristico è l'elevata *suggestionabilità*, per cui il soggetto varia facilmente atteggiamento a seconda dell'interlocutore e della situazione. Tale suggestionabilità spiega la frequenza di miglioramenti spettacolari a seguito di trattamenti anche banali ma fortemente suggestivi e la pari frequenza di ricadute repentine.

Lo stile generale è improntato all'inautenticità, alla teatralità e ad una caratteristica tendenza *all'elaborazione fantastica delle esperienze vissute*, fino alla mitomania.

Il meccanismo della rimozione viene usato in abbondanza, per cui il soggetto tende a dimenticare tutto ciò che gli risulta spiacevole o che non corrisponde alle proprie esigenze; questo comporta che

tutta la sua esistenza procede sul filo di rimozioni, fantasticherie e correzioni di esperienze vissute, al fine di soddisfare immaginariamente i propri desideri e di valorizzare se stesso in un personaggio fittizio, irreali. Questa tendenza a falsificare la propria storia personale ed i rapporti con gli altri fa sì che nei comportamenti e nei racconti dell'isterico sia sempre molto arduo discernere il reale dal fantastico.

Le *reazioni alle contrarietà* e agli stimoli emotivi sono altamente drammatiche, teatrali e sproporzionate all'entità dell'evento; a volte si hanno finti tentativi di suicidio che vengono messi in atto nel contesto di una scenografia ad alto effetto emotivo. Il fine di tutti questi comportamenti è quello di impressionare, colpevolizzare o sedurre persone significative.

Anche la *sessualità* degli isterici è spesso più teatrale che sostanziale e certi atteggiamenti disinvolti sono il più delle volte ipercompensazioni di problemi inibitori quali impotenza, frigidity o vaginismo.

Giova ricordare, comunque, che tutte le caratteristiche descritte a proposito della personalità isterica non sono espressione della volontà del soggetto, ma di meccanismi psichici inconsci e che i comportamenti isterici sono modalità di espressione del disagio e della sofferenza e non effetti di una simulazione.

### **Evoluzione e prognosi**

La nevrosi isterica si manifesta in età giovanile ed è molto più frequente nel sesso femminile.

Le manifestazioni isteriche hanno generalmente un andamento episodico. Frequenti sono le riacutizzazioni degli episodi isterici in particolari età o tappe dell'esistenza (matrimonio, maternità, menopausa) o in situazioni a forte risonanza emotiva (incidenti, insuccessi, ecc.).

Nel decorso della nevrosi isterica possono inserirsi episodi depressivi.

### **Aspetti eziopatogenetici**

Da un punto di vista psicoanalitico la nevrosi isterica è interpretata come una regressione alla fase edipica o genitale con il ricorso al meccanismo di difesa della conversione.

Il presupposto di tutta la dinamica isterica è che durante lo *stadio edipico* si sia verificata una *fissazione* a seguito di una compromissione del normale sviluppo psichico. Il permanere, quindi, di pulsioni edipiche nell'adulto può determinare, in situazioni di scempenso psichico, una *regressione* libidica alla fase edipica ed un conseguente rinforzo delle pulsioni edipiche.

Tali pulsioni determinano una situazione di conflitto, in quanto risultano inaccettabili per il Super-io, ed uno scatenamento dell'ansia che appare legata, in questa nevrosi, al senso di colpa sessuale. Per eliminare l'ansia l'io ricorre allora al meccanismo della *conversione*, mediante il quale il conflitto ansiogeno viene rimosso dalla coscienza e "convertito" in un sintomo somatico che lo rappresenta simbolicamente.

La conversione isterica costituisce, in pratica, una rimozione perfettamente riuscita, essendo sufficiente da sola ad eliminare l'ansia, mentre nelle altre nevrosi una parte dell'ansia riappare e rende necessaria l'attivazione di meccanismi di difesa supplementari. Questo spiega l'indifferenza e la tranquillità dell'isterico di fronte ai suoi sintomi.

Numerosi Autori hanno segnalato una progressiva diminuzione della patologia isterica durante questo secolo, ritenendo che tale nevrosi trovi una condizione favorente in ambienti rurali o socialmente poco progrediti o comunque caratterizzati da un basso livello culturale. In realtà non sembra mutare tanto la frequenza dell'isteria, quanto la sua modalità di espressione; il miglioramento delle condizioni socioculturali nel corso di questo secolo ha, infatti, determinato una netta diminuzione delle manifestazioni più clamorose e teatrali, quali le grandi crisi isteriche descritte da Charcot, ma un altrettanto netto aumento delle forme meno eclatanti, con aspetti caratteriali, depressivi o psicosomatici. Cambiando i modelli socioculturali, sono cambiati i modelli di espressività dell'isteria ma non la sua frequenza e la sua natura.

## Terapia

Il trattamento di questa nevrosi deve tenere conto di una situazione apparentemente paradossale: "L'isterico è un cattivo candidato all'analisi e l'analisi è la sola terapia capace di guarirlo" (H. Ey). Questo paradosso si spiega in quanto la psicoanalisi è il solo strumento che permetta di definire i conflitti ed i meccanismi di difesa che hanno portato alla formazione dei sintomi e di risolvere radicalmente la situazione nevrotica; l'isterico, d'altra parte, ha in genere una scarsa motivazione a rinunciare ad una sintomatologia che lo disturba poco e gli permette di ricavare i così detti benefici secondari.

La *psicoanalisi* va quindi riservata ai pazienti giovani, di buon livello intellettuale e realmente motivati ad affrancarsi dal loro nucleo conflittuale e dalle conseguenti condotte isteriche. Quando non sussistano queste caratteristiche è opportuno limitarsi ad una *psicoterapia d'appoggio* che aiuti il paziente a modificare, almeno parzialmente, le sue modalità di relazione infantili.

La terapia farmacologica dà qualche risultato nel ridurre o, più raramente, eliminare la sintomatologia isterica; non ha ovviamente alcuna efficacia.

## 3 LA PSICOANALISI

### 3.1 Le origini

Le origini della psicoanalisi risalgono ad un'osservazione di Breuer su una sua paziente (Anna O.) che egli, nel 1881-82, aveva in trattamento per sintomi isterici. Breuer scoprì allora che i singoli sintomi potevano essere eliminati se riusciva a condurre la paziente, posta in stato di ipnosi profonda, a rappresentarsi e rivivere quelle situazioni che avevano prodotto il sintomo.

### 3.2 La catarsi

L'osservazione di Breuer venne valorizzata per primo da S. Freud che pose queste osservazioni alla base delle sue ulteriori ricerche. In collaborazione con Breuer, Freud impiegò l'ipnosi non più soltanto per l'eliminazione in via suggestiva dei sintomi isterici, ma sfruttando l'ipermnesia ipnotica anche per ottenere un'anamnesi dettagliata e un'analisi dei sintomi. La veridicità della prima osservazione di Breuer fu ripetutamente dimostrata: la riproduzione di avvenimenti in parte o del tutto dimenticati e la abreazione delle relative emozioni represses (fatti tutti che si verificano appunto nell'ipnosi) avevano spesso come conseguenza un'eliminazione dei sintomi; ciò permetteva di concludere che i sintomi isterici erano stati prodotti da «traumi psichici». Questo procedimento venne chiamato *catarsi*.

### 3.3 La regola fondamentale

Ben presto Freud constatò che i suoi successi ottenuti con l'aiuto della catarsi non erano sempre durevoli e che non in tutti i pazienti era possibile ottenere un'azione profonda. Ciò lo indusse a procedere in un'altra maniera. Egli aveva appreso che l'amnesia post-ipnotica era completa solo apparentemente; infatti, mediante un'intensa sollecitazione, ed eventualmente anche ponendo le mani sulla fronte del paziente, l'amnesia poteva essere dissipata ed il paziente quindi era in grado di ricordarsi nuovamente di tutto quello che era accaduto durante il sonnambulismo ipnotico. Le amnesie di pazienti isterici potevano quindi comportarsi nel medesimo modo e forse nel medesimo modo potevano venire rievocati i fatti e i rapporti dimenticati. Pertanto Freud esigeva che i suoi pazienti, rilasciati quanto più possibile in posizione sdraiata e a occhi chiusi, si ponessero nella situazione di un autosservatore attento e spassionato che leggesse soltanto la superficie della sua coscienza e riferisse, senza eccezione, tutto quello che gli veniva in mente anche se ciò gli poteva apparire insignificante, assurdo e doloroso. Questo procedimento, designato più tardi come «regola

fondamentale psicoanalitica», dette buoni risultati: tutto quello che veniva in mente, e soprattutto quello che sembrava più insignificante e banale si dimostrò invece importante.

### 3.4 Il conflitto

Però quasi regolarmente si stabiliva una resistenza quando il soggetto doveva associare qualcosa partendo da un sintomo. Freud considerò questa resistenza quale espressione di un «più o meno cosciente non voler sapere». Non appena tale resistenza veniva superata mediante sollecitazioni, o l'influenzamento soggettivo (imposizione della mani sulla fronte del paziente con il suggerimento che subito gli sarebbe venuto in mente qualcosa), in modo evidente ritornavano alla coscienza avvenimenti del passato, spesso della remota infanzia. In tal modo potevano riaffiorare tendenze istintive che una volta erano state rimosse, respinte, scacciate, in quanto incompatibile con la morale, ma che tuttavia avevano continuato fino ad allora ad agire nella profondità, nell'inconscio. Alla base dell'isteria deve quindi esserci un conflitto intrapsichico, un conflitto tra l'io (morale) e le rappresentazioni inconciliabili con questo io (desiderio, tendenza).

Secondo Freud il processo della rimozione consiste nel fatto l'evento penoso venga staccato dalla carica affettiva che gli appartiene, in modo che ne resta solo una pallida traccia di ricordo, evidentemente priva di significato, mentre la carica affettiva distaccata viene diretta ad altri impieghi: nelle isterie essa viene trasformata in fenomeni somatici (conversione). Le rappresentazioni e le tendenze incompatibili, che Freud osservò con tale procedimento, erano prevalentemente di contenuto sessuale e potevano venire seguite a ritroso fino alla prima infanzia. Il conflitto attuale apparve a lui, fin dai primi tempi, come espressione di una condotta sbagliata acquistata già dall'infanzia: il superamento della situazione attuale non avviene a causa delle fissazioni infantili; l'insuccesso porta per conseguenza ad una regressione, cioè un rivolgersi indietro, verso condotte infantili. Con ciò Freud riuscì a dimostrare che i sintomi nevrotici possono essere “un surrogato razionale di altri atti psichici che restano al di sotto”, ovvero un sostituto cosciente di altri atti psichici che restano al disotto della coscienza. La dottrina della rimozione e della resistenza segna la vera data di nascita della psicoanalisi.

### 3.5 I sogni

Una nuova via di accesso ai contenuti repressi nell'inconscio (avvenimenti vissuti, rappresentazioni, desideri) si aprì a Freud con l'osservazione dei sogni. Egli ritrattò lo stesso modo con cui prima aveva trattato i sintomi e sottomise i pazienti alla regola fondamentale psicoanalitica in modo che essi riferissero tutto ciò che veniva loro in mente sui singoli elementi onirici.

Il sogno è sempre espressione di un desiderio, di un bisogno, di qualcosa di inappagato che emerge dall'inconscio e che ha connessioni con le esperienze infantili.; il sogno si mostra a noi con un “contenuto manifesto” e nasconde il “contenuto latente”, quindi ciò che in realtà è motivo del sogno stesso. Il mascheramento del contenuto latente è opera dell'io inconscio, che, attraverso l'azione della censura, non permette al rimosso di tornare alla coscienza, se non in modo camuffato, così da apparire insignificante e, di fatto, innocuo.

Freud ha scoperto anche alcuni meccanismi che caratterizzano l'attività onirica. Anzitutto la *condensazione*, che provoca il fatto che nel contenuto manifesto le immagini siano meno numerose che nel contenuto latente: si pensi, come esempio, all'immagine onirica di un paesaggio, in cui i vari elementi che lo compongono sono prese da realtà più disparate, che il soggetto che sogna ha vissuto, magari in momenti diversi della sua vita.

C'è poi la *drammatizzazione*, secondo la quale tutto ciò che appare nel sogno viene evidenziato in base ad una modalità “teatrale”: se il bisogno, ad esempio, è di tipo aggressivo, si sogna di colpire qualcuno o di distruggere qualcosa.

Altro meccanismo ancora è lo *spostamento d'accento*, che consente, almeno in parte, di superare l'azione della censura; in base ad esso il soggetto si sofferma su contenuti marginali, che di fatto mascherano quelli più importanti.

Infine c'è l'*elaborazione secondaria*, attraverso la quale si tende inconsciamente a dare ordine, una volta risvegliati, a quanto di è sognato. Si tratta di una vera e propria azione di razionalizzazione, operata dall'io in conformità alle sue esigenze logiche.

Il lavoro di interpretazione dell'analista consiste nel rielaborare il lavoro onirico e nel ricavare i pensieri latenti del sogno, nascosti dietro il sogno manifesto; ciò presuppone da parte del paziente il superamento della resistenza. Freud designa il sogno come una "via regia" per arrivare all'inconscio.

Un'ulteriore conferma per quanto riguarda la ricomparsa del materiale rimosso fu trovata da Freud nell'analisi delle *azioni mancate* (dimenticanze, *lapsus* nel parlare, nel leggere o nello scrivere, smarrimento e spostamento di oggetti, ecc.) e nelle *azioni casuali*. All'indagine psicoanalitica tali azioni mancate e casuali si rivelano come *azioni sintomatiche* motivate da tendenze rimosse.

Queste ricerche si dimostrano particolarmente importanti, poiché, per la prima volta con esse fu dimostrata la possibilità di applicare la psicoanalisi anche alla psicologia del soggetto sano.

### 3.6 La sessualità

Nelle sue analisi psichiche Freud venne ad imbattersi in misura sempre maggiore in conflitti endopsichici di natura sessuale; e quando egli si pose alla ricerca delle situazioni patogene nelle quali si erano appunto verificate le rimozioni della sessualità si accorse di essere ricondotto regolarmente, mediante le spontanee associazioni dei pazienti, ai primi anni dell'infanzia. Ne risultò quindi che le impressioni della primissima infanzia esercitavano un'influenza veramente decisiva sullo sviluppo del carattere e sulla formazione della nevrosi. Freud allora si mise a scavare, a ricercare quasi esclusivamente avvenimenti vissuti dell'infanzia, che riguardavano eccitamenti sessuali e reazioni a questi. Ciò lo condusse ad ammettere una sessualità infantile. Freud era partito dai risultati dell'analisi di soggetti perversi ed omosessuali. Egli sottolineò, anzitutto, la distinzione tra l'oggetto sessuale (la persona desiderata) e lo scopo sessuale (azione verso la quale spinge l'impulso istintivo). Si potevano quindi verificare deviazioni riguardo l'oggetto sessuale (omosessualità, pedofilia) e riguardo allo scopo sessuale (perversioni in senso stretto). In queste ultime furono stabilite trasgressioni anatomiche (per esempio il cunnilinguo) o un persistere di tendenze impulsive parziali (piacere di vedere, piacere di essere guardato, piacere di tormentare, piacere di essere tormentato), i quali si manifestano nella prima infanzia normalmente ed isolatamente (il bambino venne designato da Freud come "perverso polimorfo") e solo alla pubertà gli istinti parziali si manifestano isolatamente, allora insorgono le perversioni corrispondenti (*voyeurismo*, esibizionismo, sadismo, masochismo), in cui le due coppie di contrari sono della stessa categoria e si manifestano nel medesimo individuo. Deviazioni più lievi dello scopo sessuale negli adulti sono generali (in nessuna persona normale potrebbe mancare una qualsiasi perversione oltre allo scopo sessuale normale); il limite tra fenomeni normali e patologici è sfumato. Una deviazione dello scopo sessuale può essere considerata patologica solo se, per suo tramite, il normale scopo sessuale viene non preparato ma rimosso (esclusività e fissazione della perversione). Nello stesso modo le trasgressioni anatomiche possono venire ricondotte ad una fissazione della sessualità infantile: propriamente, le estrinsecazioni della sessualità infantile sono legate a determinate zone erogene. Nella prima fase dell'infanzia zona eroga è rappresentata dalla bocca (*fase orale*). Il bambino si procura autoeroticamente il piacere che ha provato succhiando il petto materno. L'autorotismo è un segno particolarmente importante della sessualità infantile. Successivamente il bambino prova sensazioni di piacere anche nella defecazione e nello svuotamento della vescica, ciò che conduce a conflitti quando viene il tempo di educarlo alla pulizia, poiché allora per la prima volta si esige una subordinazione del principio del piacere al principio della realtà (esigenze dell'ambiente). Freud chiama questa fase *sadico-anale*: la zona eroga è rappresentata dalla regione anale (per esempio il piacere nel trattenere le feci). Segue quindi la fase del *primato fallico*. A 5-6 anni il bambino entra nella *fase di latenza*: le tendenze sessuali dei livelli pregenitali di organizzazione vanno incontro a una rimozione, mentre



cominciano a strutturarsi le limitazioni etiche come «formazioni di protezione». Se la via dello sviluppo non viene percorsa normalmente (ad esempio, per il prevalere di singoli istinti parziali o per precoci esperienze di soddisfazione), si giunge allora alle cosiddette *fissazioni*, che più tardi (nella pubertà o dopo) agiscono patogeneticamente quando si verifica una regressione.

Freud osservò che già nel bambino ha luogo una scelta dell'oggetto: già nei primi anni di vita (all'incirca tra i due ed i cinque anni), e propriamente nella fase del primato fallico (o genitale), si giunge ad una prima ricapitolazione delle tendenze sessuali il cui oggetto, per il bambino, è la propria madre. Il padre viene odiato come nemico-rivale. A questo *complesso di Edipo* Freud attribuisce un significato preminente per la dottrina delle nevrosi. Se nell'infanzia il complesso di Edipo non viene dominato e risolto, esso si ripete nella pubertà e porta alle diverse complicazioni. Poiché il complesso di Edipo urta contro la barriera dell'incesto, essa si presenta a Freud come la sorgente più importante del senso di colpa. Freud presume quindi che l'umanità abbia acquistato religione e morale dalla fonte di quel senso di colpa che è appunto legato al complesso di Edipo. Negli individui di sesso femminile i rapporti sono alquanto più complicati, poiché la bambina è in un primo momento legata alla madre proprio come il bambino (legame materno pre-edipico) e solo secondariamente si sviluppano l'amore per il padre e l'odio per la madre (chiamato in questo caso *complesso di Elettra*). Veramente Freud usa l'espressione *complesso edipico* anche per la femmina. Secondo la concezione di Freud, al 6° anno di vita circa, la fase del complesso di Edipo termina a causa del complesso di castrazione. Nella fase del primato fallico, secondo Freud, non vi è alcuna differenza tra maschile e femminile, ma solo tra possessore di un pene e castrato. Il fanciullo si accorge che alla bambina manca il fallo (pene) e può quindi arrivare alla conclusione, effettivamente ricca di significato, che il fallo forse ci doveva essere stato in precedenza, ma che poi era stato portato via. La mancanza nel pene nella bambina viene considerato dal bambino come la conseguenza di una punizione per azioni sessuali o desideri incestuosi e si stabilisce allora il timore per la doppia castrazione. Se, sulla base del complesso di Edipo, la soddisfazione sessuale viene minacciata mediante la perdita del pene, ne risulta allora, per l'esperienza subiettiva del bambino, la necessità di allontanarsi dal complesso di Edipo. Nelle bambine piccole le cose vanno diversamente; esse, confrontandosi coi bambini, provano un'invidia per il pene, il sentimento di un danno, di un'inferiorità. Anche qui però sussiste la possibilità che si sviluppi un complesso di castrazione.

### 3.7 Il transfert

Durante i trattamenti analitici effettuati da Freud si rivelò la grande importanza dell'impostazione affettiva del paziente verso il terapeuta e si dimostrò che i sentimenti (di amore e di odio) non sono diretti originariamente alla persona del terapeuta, né sono determinati da essa. Piuttosto, nella situazione analitica si ripete una precedente precoce impostazione affettiva riguardo determinate persone (coazione alla ripetizione o regressione). Ovvero, il terapeuta assume il ruolo della madre, del padre, del fratello, etc., e il paziente rivive in lui le situazioni problematiche e le fissazioni insolite.

### 3.8 La libido

Freud ha teorizzato la presenza di due grandi tipi di istinti: l'istinto di vita, e l'istinto di morte (o pulsione di vita e pulsione di morte). La pulsione è caratterizzata da uno *scopo* e da un *oggetto*. Il primo è dato dall'azione di scarica specifica della pulsione stessa, che risolve lo stato di eccitazione e provoca quindi la soddisfazione del bisogno; il secondo è lo strumento attraverso il quale la pulsione può raggiungere il suo scopo. Ad esempio il bambino che tanto desiderava l'automobile con il motore elettrico (oggetto), adesso, che l'ha ottenuta, può finalmente dar sfogo al desiderio di mostrare ai genitori e agli amici quanto sia bravo come pilota (scopo).

La pulsione di vita, denominata da Freud libido, esprime i bisogni affettivi e sessuali. Il termine “libido” viene di solito usato, oggi, unicamente per indicare il desiderio sessuale, mentre Freud intendeva dargli un valore molto più ampio di quello strettamente genitale.

Esiste anche, secondo la dottrina psicanalitica, una forza che opera in senso opposto a quello dell’impulso di vita, ed è l’impulso di morte. La pulsione di morte tende alla riduzione completa delle tensioni e può essere rivolta o verso l’interno di noi stessi, con la conseguenza dell’autodistruzione (masochismo), o verso l’esterno, ed allora prende la forma di odio, dell’aggressione, della distruttività in genere.

### 3.9 Le istanze

Dopo aver elaborato la teoria della libido, Freud prese in considerazione la *dottrina delle istanze*. Ciò si dimostrò necessario in base alla seguente considerazione: il concetto di inconscio, Freud lo aveva acquisito dalla teoria della rimozione; il materiale rimosso era inconscio e, senz’altro, incapace di giungere alla coscienza.

D’altro canto esistono anche contenuti latenti che sono capaci di giungere alla coscienza e Freud descrisse quindi, accanto al conscio ed all’inconscio, anche un’istanza intermedia, il preconscious. A un’esatta osservazione si mostrò che il materiale represso non era identico, né era esattamente sovrapponibile a quello inconscio, ma ne rappresentava soltanto una parte; inoltre si venne anche a dimostrare che l’io, da cui procedono le rimozioni e da cui dipende la coscienza, non è identico con questa, ma si estende anche nel campo dell’inconscio e del preconscious (la rimozione avviene in parte inconsciamente!). Quindi la nevrosi non poteva più intendersi come un conflitto tra l’io e l’inconscio (e rimosso). Freud chiamò d’allora in poi *Es* la parte dell’inconscio che è estranea all’io; termine in cui appunto voleva esprimere il carattere fondamentale di questa istanza psichica, ossia la sua estraneità all’io. L’Es esprime quindi la parte oscura della personalità, il lato difficilmente accessibile, quello delle passioni selvagge, che può venir descritto come solo come il contrario dell’io. L’es non conosce valori, non conosce né il bene né il male, non conosce morale; non possiede nessuna organizzazione, e per esso non sono valide le leggi logiche del pensiero, soprattutto non è valido il principio di contraddizione. Nell’Es spinte impulsive opposte esistono l’una accanto all’altra. Di contro all’Es c’è ancora un’altra istanza, chiamata da Freud, il *super-io*. Il super-io è un organo di controllo, possiede la funzione della coscienza morale e nello stesso tempo è portatore di tutte le immagini ideali. Il super-io è la “difesa di tutte le limitazioni morali, l’avvocato difensore di tutto ciò che tende verso la completezza”. Esso, secondo Freud, viene a costituirsi mediante l’educazione o mediante l’identificazione con i genitori, mediante l’introiezione dell’immagine dei genitori (ossia del super-io dei genitori). Nelle psicosi schizofreniche il super-io viene vissuto anche come totalmente scisso e staccato dall’io (udire le voci che commentano le proprie azioni o che impartiscono ordini). Il super-io, come l’io, appartiene al piano preconscious, in parte a quello inconscio. Così considerato l’io si trova in una situazione difficile: deve servire a tre padroni obbligati, al mondo esterno con le sue esigenze, al super-io, e all’Es. quando l’io viene a scorgere la sua insufficienza cade nell’ansia, nell’*angoscia reale* di fronte al mondo esterno, nell’*angoscia della coscienza* davanti al super io, nell’*angoscia nevrotica* davanti alla forza delle passioni dell’Es.

### 3.10 Il lavoro psicoterapico

Il lavoro psicoterapico, secondo il modello freudiano, ha inizio con i colloqui preliminari, durante i quali lo psicanalista ha modo di verificare il funzionamento dell’io del paziente e la sua capacità di accettare e di vivere con giusta motivazione il rapporto con l’analista.

Si procede, quindi, con il lavoro analitico vero e proprio, mediante le sedute che, secondo la psicoanalisi classica, non dovrebbero essere meno di tre alla settimana. (Molti psicoanalisti, che pure adottano l’analisi classica freudiana, vedono il paziente due volte alla settimana se non addirittura una sola volta. Nella scelta del numero delle sedute influiscono molti fattori, non ultimo

quello del costo della seduta stessa, spesso abbastanza alto, e perciò soltanto le persone con una certa capacità economica possono permetterselo. C'è da dire anche che le strutture pubbliche non sono un grado di fornire un servizio di questo tipo e che chi intende, quindi, entrare in analisi, deve farlo necessariamente nel privato.).

Esistono alcune regole che danno struttura alla situazione analitica. La prima è detta dallo stesso Freud *fondamentale*. Mediante essa l'analizzato è invitato a dire tutto ciò che pensa, che prova, che avverte, senza scegliere quanto gli sembra più giusto dire, senza omettere niente, anche se ciò che gli viene in mente può essere sgradevole da comunicare, o apparentemente privo di interesse o fuori proposito.

La regola fondamentale ha lo scopo di rendere più accessibile il determinismo inconscio, che, a livello cosciente, può manifestarsi proprio attraverso idee improvvise, disorganizzate e casuali.

Essa pone quindi alla base del trattamento psicoanalitico il metodo della *libera associazione*, mediante la quale Freud pensava di aver definitivamente superato le metodologie ipnotiche che venivano praticate prima della psicoanalisi, che non consentivano al paziente di prendere coscienza dei contenuti inconsci che via via emergono nel corso del lavoro psicoterapico.

Un'altra regola è detta *dello specchio*. È fondamentale che il paziente venga messo nella condizione di poter proiettare e trasferire sull'analista il proprio mondo, la propria realtà, i propri vissuti, vivendo l'analista stesso, appunto, come uno specchio, in cui non appaiono altre cose se non le proprie. È necessario soprattutto che il paziente non venga a conoscenza di particolari della vita dell'analista, che potrebbero disturbare questa operazione di trasferimento, il cosiddetto, appunto, *transfert*.

Il lavoro analitico, sempre secondo la psicanalisi classica, si sviluppa attraverso la libera associazione e attraverso l'analisi delle resistenze, dei sogni e del transfert. Con il termine resistenza si indica l'operazione mediante la quale l'analizzato, attraverso atti o parole, crea opposizione all'accesso al proprio mondo inconscio.

Succede normalmente che le resistenze si mostrino via via più forti con il procedere del lavoro analitico, per cui diventa indispensabile che l'analista le sappia smascherare in modo sempre più chiaro, consentendo così al paziente di riconoscerle e di superarle.

Anche i sogni costituiscono, nel lavoro analitico, un materiale prezioso per entrare nella sfera inconscia più profonda del paziente.

Essi presentano un secondo *contenuto manifesto* che nasconde sempre un *contenuto latente*, che il lavoro analitico deve saper scoprire, per mettere in evidenza il desiderio represso o rimosso che è presente nel contenuto latente.

Ciò che il paziente ha vissuto nel corso della sua infanzia, nel rapporto con le persone per lui più significative in quel periodo della vita, di solito i genitori, ciò che fa parte della sua realtà psichica più profonda, viene trasferito nell'analista.

Questa operazione può avere quindi caratteristiche positive o negative, di grande effetto nei confronti dell'analista o di aperta ostilità.

L'analisi del transfert del paziente dipende molto dal controtransfert dell'analista, che implica il vissuto, questa volta dell'analista stesso, delle caratteristiche del quale egli deve assolutamente essere cosciente, per poter comprendere a fondo, e quindi tarare convenientemente, il tipo di reazione e di comunicazione che egli attiva nei confronti di chi sta analizzando.

## 4 GLI PSICOFARMACI

### 4.1 Generalità sugli psicofarmaci

Con il termine psicofarmaci vengono definite quelle sostanze naturali e di sintesi dotate di un'attività farmacologica selettiva sulle funzioni del Sistema Nervoso Centrale. Il loro uso clinico è

rivolto al trattamento delle malattie mentali, là dove si registrano alterazioni dei processi psichici, delle idee e delle percezioni, nonché dell'umore e del comportamento.

Gli psicofarmaci, pur essendo dotati di una peculiare selettività nel rimuovere determinati sintomi dei disturbi mentali, possono indurre la comparsa di effetti indesiderati a carico dello stesso S.N.C., del sistema nervoso periferico e di altri organi ed apparati.

I fattori responsabili della variabilità di risposta agli psicofarmaci sono numerosi; il livello di aspettativa del paziente nei riguardi del farmaco, le sue componenti psicologiche (affettività ed emotività), le caratteristiche della sua personalità e dell'ambito sociale nel quale egli vive, svolgono un ruolo fondamentale nella variabilità di risposta ad uno psicofarmaco. Si registra così una vasta gamma di risposte anomale, cosiddette «paradosse», successive alla somministrazione di uno psicofarmaco. Talvolta a dosi efficaci si registrano effetti di maggiore o minore intensità rispetto a quelli che ci si aspettava. Risposte «paradosse» sono conosciute soprattutto a seguito della somministrazione di sedativi ed ansiolitici. Le benzodiazepine, ad esempio, possono indurre un effetto di disinibizione in soggetti sofferenti di psicosi o di nevrosi; da ciò deriva che, invece di ottenere un effetto sedativo, si registrano atteggiamenti di ostilità e talvolta, in rapporto alla presenza di stimoli frustranti sull'individuo, aggressivi.

La somministrazione prolungata, sia per scopi terapeutici che per abuso indiscriminato, può dare luogo alla comparsa di effetti indesiderati. Questi sono stati chiaramente accertati per alcuni gruppi di psicofarmaci e possono essere divisi in due principali fenomeni: *tolleranza e dipendenza*.

La tolleranza sta ad indicare una riduzione dell'effetto di uno psicofarmaco alle dosi che in precedenza si erano dimostrate efficaci: solo dopo l'aumento delle dosi si può ottenere la ricomparsa dell'effetto. Questa può avvenire con due modalità che, tuttavia, possono coesistere fra loro. La prima è definita *tolleranza recettoriale* e si riferisce ad un diverso modo, da parte dei recettori farmacologici, di rispondere alla somministrazione dello psicofarmaco. Essa è responsabile delle riduzioni delle risposte farmacologiche che si verificano nel corso del trattamento con gli oppiacei e gli allucinogeni. La seconda modalità di instaurarsi di una tolleranza è quella *metabolica*. Questa è legata ad un'accelerazione del metabolismo dello psicofarmaco con conseguente riduzione del suo effetto farmacologico. Tale tolleranza metabolica si registra nel corso di trattamenti con ansiolitici e sedativi.

Si definisce dipendenza la necessità di assumere uno psicofarmaco per bloccare una sindrome (sindrome di astinenza) dovuta alla riduzione della stimolazione dei recettori farmacologici dello psicofarmaco (dipendenza fisica). La sindrome di astinenza è superata dall'assunzione del farmaco. Essa è assai drammatica nel caso degli oppiacei e dei barbiturici, mentre è più contenuta nel caso delle benzodiazepine. Allorché la sindrome di astinenza è scatenata da un esagerato livello di aspettativa da parte del soggetto nei riguardi dello psicofarmaco si realizza la cosiddetta dipendenza psichica. Essa nasce dal bisogno del paziente di superare o di non ricadere nello stato di disagio in cui si trovava allorché, a seguito della sospensione dello psicofarmaco, sente riaffiorare o teme il riaffiorare dei disturbi per i quali assumeva il farmaco.

La prescrizione di più psicofarmaci nel soggetto sofferente per disturbi mentali, sia di tipo psicotico che di tipo nevrotico, è spesso una necessità legata al bisogno di rimuovere, non uno ma una serie di sintomi. Ciò implica il possibile instaurarsi di processi interattivi fra due o più sostanze somministrate. Da ciò possono derivare effetti di sommazione o di riduzione dell'efficacia clinica e/o della tossicità di uno psicofarmaco.

Gli psicofarmaci si classificano in base al loro effetto qualitativo.

Nella tabella 1 viene riportata la classificazione degli psicofarmaci basata, appunto, sugli effetti qualitativi secondo le indicazioni di Deniker.

TAB 1: CLASSIFICAZIONE DEGLI PSICOFARMACI

CATEGORIA	GRUPPI	COSTITUENTI PRINCIPALI
Psicolettici	Sedativi Antipsicotici (tranquillanti maggiori) Ansiolitici (tranquillanti minori)	Barbiturici  Benzodiazepine
Psicoanalettici	Stimolanti Antidepressivi	Anfetamina, cocaina... Antidepressivi tricicli
Psicodislettici	Allucinogeni Oppiacei	LSD Morfina, eroina

#### **4.2 Gli psicolettici**

La prima categoria è costituita dai cosiddetti psicolettici. Questi comprendono quattro gruppi: i sedativi, gli antipsicotici, gli ansiolitici, ed infine i regolatori dell'umore.

1. *Sedativi*.- sono farmaci che calmano l'azione del S.N.C.. I barbiturici inducono ad un depressione globale di tutte le attività del S.N.C. per cui, in rapporto alla dose, passano da un'azione sedativa ad una chiara azione ipnotica, quindi un effetto narcotico (di anestesia generale) ed infine a manifestazioni tossiche con compromissione dei centri circolatori. Il sonno viene indotto mediante la depressione dei centri della veglia e della vigilanza. I barbiturici si dividono in due sottogruppi: quelli a lunga durata (6-10 h), impiegati come antiepilettici, e quelli a breve durata (2-3 h), impiegati come sedativi.
2. *Antipsicotici*.- questi farmaci sono dotati di attività specificamente antipsicotica e anti-allucinatoria, a cui può accompagnarsi in maniera più o meno evidente un'attività sedativa. Vengono impiegati nel trattamento delle psicosi, specie delle schizofrenie.
3. *Ansiolitici*.- il loro effetto è prevalentemente diretto contro l'ansia attraverso una riduzione e limitazione dell'eccitabilità delle cellule nervose. Il farmaco, oltre ad abbassare il livello dell'ansia, riduce la grande tensione del paziente (effetto sedativo) e presenta un effetto miorelassante. Uno degli ansiolitici per eccellenza sono le benzodiazepine che, in ragione della loro scarsa tossicità e della facilità della loro prescrizione, sono i farmaci più venduti al mondo. I derivati benzodiazepinici sono dotati di effetti sedativi, ansiolitici, miorelassanti e anticonvulsivanti. Tuttavia, a basse dosi, essi sono in grado di far emergere una certa selettività di effetto che può utilmente adattarsi al soggetto nevrotico. Il loro impiego di elezione è rivolto a combattere gli stati ansiosi, soprattutto là dove sono presenti somatizzazioni periferiche, disturbi del sonno e stati di agitazione psichica di natura nevrotica. Il loro uso è stato esteso ad alleviare i sintomi di astinenza da alcool e talvolta in quella di oppiacei. In generale non esistono controindicazioni assolute alla somministrazione di benzodiazepine tranne l'interazione con l'alcool, che comporta un rinforzo degli effetti singoli delle due sostanze. La loro tossicità acuta consiste in astenia muscolare e profondo sopore, che non porta mai a morte, ma che generalmente si risolve entro 36-48 ore. La somministrazione cronica può portare alla comparsa di segni di tolleranza e, per dosaggi elevati, di dipendenza fisica. Si possono quindi registrare segni di astinenza (tremori, sudorazione, vomito, nausea, tachicardia, raramente convulsioni) a seguito di sospensione del trattamento. Esistono una serie di farmaci ansiolitici non benzodiazepinici che sembrano dotati della stessa maneggevolezza delle benzodiazepine e di una certa selettività per quanto riguarda l'attività ansiolitica.



### 4.3 Gli psicoanalettici

La seconda categoria è costituita dagli psicoanalettici, che si dividono in due gruppi: gli psicostimolanti e gli antidepressivi.

1. *Psicostimolanti*. – questi farmaci sono dotati di un'azione stimolante globale e quindi indiscriminata su tutte le attività del S.N.C.. Essi inducono una sensazione di benessere e di aumento dell'attività psicomotoria fino all'euforia che, accanto al mascheramento della stanchezza e della fatica, portano il soggetto a persistere nell'impegno fisico e mentale fino all'esaurimento delle sue risorse, con conseguente collasso.
2. *Antidepressivi*. – questi psicofarmaci possiedono la peculiare caratteristica di elevare il tono dell'umore nei soggetti depressi. Esistono due sottogruppi: gli antidepressivi *trimentici* e gli antidepressivi *timolettici*.
  - I *trimentici* inducono un pronto ed evidente miglioramento del tono dell'umore, che può arrivare talvolta a comportamenti ipomaniacali o chiaramente maniacali con eccitazione psicomotoria, euforia, e loquacità.
  - I *timolettici*, al contrario, possono indurre ad un certo grado di euforia senza tuttavia provocare sindromi maniacali. La loro attività antidepressiva è simile a quella dei trimetrici, pur se il loro effetto si instaura lentamente: a dosi intermedie possiedono una buona attività antifobica. Alcuni di loro possiedono anche proprietà sedative e ansiolitiche. La loro indicazione principale riguarda il trattamento della diverse sindromi depressive, e la scelta del derivato è legata alle caratteristiche della sindrome; pertanto là dove il farmaco presenta attività sedative, verrà indicato nelle depressioni accompagnate da ansia ed agitazione. Si può fare ricorso ai timolettici nelle forme depressive medio-leggere e nevrotiche, così come nelle cosiddette «depressioni mascherate», nelle quali, pur in assenza di sintomi depressivi conclamati, il soggetto accusa disturbi, quali ansia, cefalea, apprensività, insonnia, anoressia.

### 4.4 Gli psicodislettici

In generale, non esiste una netta demarcazione fra questa categoria di farmaci e le altre due, in quanto numerosi psicofarmaci, in particolari condizioni, possono indurre illusioni, allucinazioni, ed alterazioni di vario grado e intensità dell'umore e dell'ideazione. In questa categoria sono raccolti i farmaci che alterano le capacità di pensiero e di sensazione, così come avviene nei sogni.

1. *Allucinogeni*. – questi farmaci hanno il peculiare effetto di alterare le capacità percettive al punto che, in assenza di stimoli sensoriali, il soggetto ha percezioni di varia intensità (allucinazioni) a livello visivo, acustico, tattile, olfattivo. Alcuni di questi psicofarmaci, a piccole dosi, possono indurre uno stato di benessere e di euforia cui si accompagna un aumento delle capacità percettive e di immaginazione. A dosi più elevate si raggiungono gli stati allucinatori fino ad un vero e proprio stato delirante. A causa dell'instaurarsi di uno stato di tolleranza, si determina la necessità di un progressivo aumento della dose per raggiungere tali situazioni.
2. *Opiacei*. – in generale il loro uso terapeutico è rivolto a combattere il dolore. La morfina, somministrata a dosi terapeutiche in soggetti non sofferenti per dolore, induce un lieve senso di euforia e alterazioni dell'umore, accompagnate da difficoltà di concentrazione, apatia, facile astenia, riduzione dell'acuità visiva, e senso di confusione mentale. L'intossicazione acuta si accompagna a riduzione dell'attività cardiorespiratoria fino al coma profondo, accompagnato da ipotermia, flaccidità muscolare e fissità delle pupille. La somministrazione cronica di questi farmaci induce la comparsa di segni di tolleranza fisica e psicologica, così come la comparsa di una sindrome di astinenza allorché si sospenda la loro somministrazione.

## 5 LEGGE 180 DEL 1978

### **5.1 Sintesi della legge**

Questa detta le nuove norme relative all'esecuzione dei trattamenti sanitari obbligatori (T.S.O.). in riferimento ai T.S.O. per patologia mentale la legge stabilisce tutta una serie di elementi a tutela del paziente e stabilisce che il ricovero non può essere fatto in un ospedale psichiatrico, ma in un reparto ospedaliero; nell'ospedale psichiatrico, che deve essere progressivamente smantellato, non è più possibile effettuare nuovi ricoveri, la gestione dalla psichiatria passa gradatamente dalle province alle regioni.

#### **ART 1**

Afferma che: “Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori (T.S.O.) sono volontari. Possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, dove necessita la degenza, nelle strutture ospedaliere.[...]

Nel corso del T.S.O. che vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Sono disposti con provvedimento del sindaco su proposta del medico.”

#### **ART 2**

Chiarisce le condizioni degli accertamenti e dei T.S.O. per malattia mentale. “La proposta di T.S.O. può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. [...] Il provvedimento che dispone il T.S.O. in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica.”

#### **ART 3**

Riguarda il “procedimento relativo agli accertamenti e T.S.O. in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale. Il provvedimento deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte tutte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne da comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del T.S.O. in condizioni di degenza ospedaliera.”

#### **ART 4**

Parla della “revoca e modifica del T.S.O. chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il T.S.O”.

#### **ART 5**

Garantisce che “chi è sottoposto a T.S.O., e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per il territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare”.

#### **ART 6**

Indica le “modalità relative agli accertamenti e T.S.O. in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale. Gli interventi di prevenzione, cura, e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra-ospedalieri”. Per la degenza ospedaliera Le Regioni sono tenute ad individuare gli ospedali generali dove devono essere istituiti i servizi psichiatrici su diagnosi di cura, “che non devono essere dotati di numero posti letto superiore a 15” e devono essere collegati con gli altri presidi psichiatrici presenti sul territorio.

**ART 7**

Tratta del “trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica”

**5.2 Commento alla 180**

La legge 180 si tratta di un importante documento che ha lo scopo di rivoluzionare completamente i modi ed i luoghi dell’assistenza psichiatrica rispetto a quanto esisteva precedentemente, garantendo al malato il massimo rispetto della sua dignità personale.

Questa legge ha portato in Italia al superamento dei così detti manicomi, ospedali specializzati per i casi psichiatrici. E questo avvenne grazie al movimento antipsichiatrico che negli anni '60 e '70 attaccò queste istituzioni. L’antipsichiatria metteva in discussione la psichiatria, l’esistenza delle strutture manicomiali, poiché non solo non si mostravano in grado di garantire il recupero del malato, ma diventarono, di fatto, una realtà ulteriormente alienante e causa di disagio e sofferenza.

La vita all’interno del manicomio diveniva tutta uguale, una vita “istituzionalizzata”, se si può dire così. E questa vita diventò rapidamente il comportamento stesso della persona, fatto di sottomissione ed aggressività, di regressione e di comportamenti rigidi e disarticolati.

La degenza negli ospedali psichiatrici provocava, dopo qualche anno, o anche dopo pochi mesi, un tipo caratteristico di comportamento, chiamato “nevrosi istituzionale”. Il ricoverato si chiudeva pian piano in se stesso, diveniva passivo, dipendente, indifferente, sporco, spesso scontroso, e regrediva a comportamenti infantili, si adattava ad una routine di vita estremamente circoscritta e povera, dalla quale non desiderava più uscire.

La struttura manicomiale era un mondo astorico e senza tempo, in cui lo squallore ed il vuoto della vita quotidiana erano responsabili di comportamenti passivi, che divenivano, pian piano, comuni a tutti. Mancava perciò il rispetto della persona e della sua dignità e diversità.

Ora, con questa legge, e con la 833, i manicomi sono stati smantellati, ed il luogo del ricovero può scegliere essere scelto dal paziente, o, se non è in grado, da un suo familiare. Il malato non sarà più costretto a vivere in un contesto chiuso, alienato, e senza contatti con il mondo esterno. Anche i trattamenti sono diversi. Da obbligatori passano a volontari, ed il malato può scegliere di non sottoporsi ad essi.

Il paziente viene reso dunque più libero, viene rispettata la sua persona e, soprattutto, non viene più istituzionalizzato, e perciò la sua vita resta (o dovrebbe restare) quella di un individuo con le sue specificità e la sua unicità.

**6 UN NEVROTICO: ZENO COSINI****6.1 Svevo: vita e opere**

Nasce nel 1861 a Trieste, città che rimane austriaca fino al 1919, da una famiglia borghese. Il suo vero nome è Ettore Schmitz, ma adotta lo pseudonimo di Italo Svevo probabilmente per sottolineare la sua duplice mentalità italo-tedesca. Dopo alcuni anni trascorsi in un collegio, ritorna a Trieste e frequenta un istituto tecnico.

Negli anni '80, il fallimento del padre lo costringe a lasciare gli studi e ad impiegarsi in banca. Sposatosi nel '96, entra a far parte dell’impresa dei suoceri, proprietari di una grossa ditta di colorifici.

La sua vita muta radicalmente e Svevo riesce quindi ad entrare nell’ambiente dell’alta borghesia imprenditoriale. Tuttavia la sua preparazione culturale è prevalentemente tecnica e la letteratura è per lui esclusivamente una passione che viene coltivata in modo clandestino in quanto contrasta con il mondo borghese a cui lui stesso appartiene.

Le sue prime due opere, “Una vita” e “Senilità”, rispettivamente del '93 e del '97, sono pubblicate a sue spese e non avranno successo. Deluso, non pubblicherà nulla fino al 1923, anno in cui esce la “Coscienza di Zeno”, con cui l’autore raggiunge la notorietà.

Molto influenti nelle sue opere sono le teorie psicanalitiche formulate da Freud, le opere di James Joyce, Proust e Kafka.

Nel 1928 Svevo muore a seguito di un incidente d'auto.

Le sue principali opere sono:

UNA VITA: viene scritto nel 1893. È un romanzo tardoverista che mette ben in evidenza la figura dell'inetto. Il protagonista è Alfonso Nitti, impiegato in banca, che vede le sue ambizioni sociali e letterarie frustrate dalla meschinità dell'ambiente di lavoro e dal ruolo subalterno a cui è condannato dalla nascita. Una breve relazione con Annetta, la figlia del principale, pare aprirgli prospettive diverse, ma nel momento in cui gli si presenta la possibilità di sposarsi, preferisce rinunciare per non andare in contro a troppe responsabilità. Tuttavia, non contento della sua scelta, alla fine del romanzo si suicida, andando contro quello che è il naturale destino dell'inetto.

SENILITÀ: viene scritto nel 1897. Il protagonista è Emilio Brentani, un impiegato poco meno che quarantenne, anche lui sognatore con passati vani desideri letterari, conosce una bella popolana, Angiolina Zarri, che diventa la sua amante, coinvolgendolo anche sul piano sentimentale. Angiolina, creatura incolta e primitiva non si lascia condizionare da Emilio che ne vorrebbe elevare la sua condizione socioculturale. Intanto la sorella del protagonista, Amalia, si innamora di Stefano Balli, amico di Emilio a cui era stato chiesto un consiglio riguardo Angiolina; Amalia, non contraccambiata rinuncia ai suoi desideri e, dopo una malattia, muore. Anche Emilio, alla fine del romanzo, dopo la sua delusione amorosa, capisce di aver fallito nel campo più impegnativo della vita e, quindi, decide di continuare la sua vita in una condizione di Senilità, cioè di vecchiaia e di rinuncia all'amore e ai sentimenti.

## **6.2 La coscienza di Zeno**

Il romanzo è del 1923 e con questo libro Svevo raggiunge la notorietà. L'autore immagina che Zeno racconti la sua vita al dottor S per cercare di guarire dalla sua nevrosi e questo per dispetto, pubblica le sue memorie nel momento in cui il protagonista decide di interrompere la terapia.

La struttura è fatta di otto parti: la prima è la prefazione e in essa Svevo immagina che il dottor S esprima le sue opinioni di disprezzo a riguardo del protagonista. La seconda parte è il preambolo in cui Zeno parla della sua malattia e dei motivi che lo hanno portato a frequentare il dottore S.

Seguono altri cinque capitoli che trattano della vita di Zeno: in "Il fumo" sono raccontati i pietosi tentativi di smettere di fumare, anche se in realtà non era questa l'intenzione del protagonista. In "La morte del padre" Zeno approfitta della condizione di infermità del genitore per accusarlo di essere il principale responsabile della sua condizione nevrotica, dovuta, secondo lui, agli eccessivi atteggiamenti autoritari. "La storia del suo matrimonio" racconta gli amori di Zeno nei riguardi delle figlie del Signor Malfenti: inizialmente propone il matrimonio prima ad Ada, e successivamente ad Alberta, ma entrambe rifiutano e Zeno è costretto a ripiegare su Augusta, la quale invece accetta. In "La moglie e l'amante" viene introdotta la figura di Carla che diventa l'amante di Zeno, ma che rinuncia a lui per non rovinare quello che crede un matrimonio felice e perfetto. "La storia di un'associazione commerciale" è un capitolo che vede Zeno contrapposto a Guido, il marito di Ada: dopo il fallimento di un investimento di quest'ultimo, Zeno cerca di rimediare effettuando una buona operazione finanziaria che fa recuperare il denaro perduto alla famiglia Malfenti. L'ultima parte è il diario di Zeno in cui egli racconta la sua guarigione: Zeno nega di essere mai stato malato e anzi, generalizza la malattia a tutto il mondo sostenendo che chi si sentiva sano era malato e viceversa: la salute è la condizione di chi possiede certezza, principi, quindi, constatata la vanità di questi, Zeno conclude che sarebbe stato meglio "guarire dalla salute". La sua quindi, non era una malattia, ma solo uno stato che gli ha permesso una visione più lucida della realtà. Quindi il finale è apocalittico, infatti l'unico modo per guarire il mondo può essere soltanto una violenta esplosione che trasformi la terra in nebulosa.

Zeno è vecchio, al contrario di Alfonso ed Emilio, protagonisti dei romanzi precedenti, e quindi riesce a essere consapevole della sua inettitudine.

### 6.3 La figura dell'inetto

Un ruolo centrale nella narrativa di Svevo è occupato dalla figura dell'inetto. L'inetto si sente inadatto a vivere poiché non riesce ad aderire alla vita, non ha valori in cui credere, non ha scopi, non ha un ruolo nella società in cui riconoscersi, quindi non riesce a dare un senso alla propria vita. Inoltre l'inetto si sente malato di quella malattia che è il disagio del '900: l'incapacità di provare sentimenti, che provoca nell'uomo un intenso alone di tristezza e di infelicità. L'inetto quindi, è sempre un eroe sconfitto. Il fallimento dell'inetto è da ricondurre alla frattura venutasi a creare tra l'io e la realtà e all'interno dell'uomo con la scoperta dell'inconscio.

Tutti i personaggi protagonisti dei romanzi di Svevo sono quindi degli inetti, ma c'è tuttavia una sostanziale differenza tra Alfonso ed Emilio, protagonisti rispettivamente di "Una vita" e "Senilità" e Zeno, protagonista de "La coscienza di Zeno": i primi due sono tragici, sono rappresentati in una dimensione cupa e triste e il loro destino è la morte o comunque la rinuncia a vivere; Zeno invece riesce a non essere tragico in quanto, vista la sua età matura, assume la consapevolezza della sua "malattia" e usa l'ironia per sdrammatizzare se stesso e la sua condizione.

### 6.4 La donna e l'amore

Una delle caratteristiche principali della figura dell'inetto in cui l'uomo in questo periodo si immedesima, è l'incapacità di provare sentimenti verso gli altri. I personaggi rappresentati da Svevo quindi, non riusciranno mai ad avere una relazione duratura, anche perché vogliono evitare quelle ovvie responsabilità derivanti da un matrimonio.

Per esempio, l'amore di Alfonso per Annetta in "Una vita" è semplicemente un'occasione per elevarsi da quella condizione di inferiorità a cui il protagonista deve sottostare fin dalla nascita.

L'amore di Emilio e Angiolina in "Senilità" è invece un amore trasgressivo, un sinonimo di gioventù, quindi un tentativo per rimanere giovani. Tuttavia questo amore occasionale procura a Emilio una grande delusione dovuta a continui inganni, tradimenti e bugie. La sua reazione è quella di ritirarsi in una condizione di Senilità, di vecchiaia, quindi di rinuncia all'amore stesso.

Un'eccezione è però quella di Zeno, in "La coscienza di Zeno", per cui amore significa matrimonio. Infatti lui riesce a sposarsi, anche se non con la donna che ama. Augusta è, agli occhi di Zeno, l'immagine della salute che si contrappone alla sua condizione di malattia. Tuttavia nel corso del romanzo, questa contrapposizione viene meno, infatti Zeno capisce che la sua condizione è una condizione generalizzata, quindi non è lui che bisogna curare, ma bensì sono la moglie, e tutte le persone come lei, che devono guarire dalla salute.

Una curiosità è costituita dal fatto che i personaggi femminili di Svevo hanno tutti nomi che iniziano per "A". Particolarmente evidente risulta il contrasto salute-malattia, rappresentato rispettivamente da Augusta e Zeno e sottolineato dalle iniziali dei nomi.

### 6.5 Svevo e la psico-analisi

Il rapporto con la psicanalisi inizia intorno al 1908, in cui Svevo inizia a leggere le opere di Freud. Negli anni che vanno dal 1911 al 1918, Svevo approfondisce il discorso sulla psicanalisi perché suo cognato, Bruno Veneziani, è in trattamento a Vienna dallo stesso Freud. In questi anni Svevo si lascia conquistare dalle teorie psicanalitiche, anche se il suo rapporto con esse risulta sempre problematico. Sul lato pratico della disciplina Svevo nutre molti dubbi sulla possibilità di guarigione del paziente, alimentati soprattutto dall'insuccesso della terapia del cognato, definito da Freud incurabile. Svevo si mette dunque in una posizione critica rispetto alla psicanalisi, ed ambigua: coglie le teorie, ma allo stesso tempo le allontana, è affascinato, ma distaccato, non c'è un categorico rifiuto, né un'aperta adesione.

Nella coscienza di Zeno si possono individuare diversi modelli psicologici e di conseguenza diversi metodi di cura. C'è una prima psicanalisi, quella di W. Steckel. La differenza tra Steckel con Freud



consente a Svevo di creare una figura, il dottor S., che fa scrivere a Zeno a sua autobiografia. Ed è proprio qui la diversità tra le due teorie: Freud esclude categoricamente il metodo dell'autobiografia, dell'indagine introspettiva di Steckel, perché nella vera psicanalisi la terapia è basata sulle sedute. Ad un secondo livello sta la psicanalisi freudiana vera e propria: Svevo introduce, nei discorsi di Zeno, tutta una serie di associazioni libere, dimenticanze contraddizioni, che non possono essere letti se non in chiave freudiana (come l'episodio del funerale di Guido Speier, in cui Zeno sbaglia funerale). Ciò sta a dimostrare che Svevo ha accettato di servirsi della psicanalisi freudiana come metodo esplicativo della psiche umana, anche se rimane molto scettico rispetto al suo funzionamento.

Nel nome del protagonista del romanzo, Zeno Cosini, si può notare una forte ambivalenza. Il nome, Zeno, indica lo straniero (dal greco *xenos*, che sta a significare appunto lo sconosciuto), il cognome, Cosini, corrisponde alla storpiatura dialettale di cugini, ed indica quindi il consanguineo, il familiare. Svevo sembra voler alludere al complesso edipico, cioè a quella situazione caratterizzata da dinamiche affettive ambivalenti, che caratterizza il bambino nell'età compresa tra i 3 e 5 anni. Il complesso di Edipo consiste, per la psicanalisi, nel provare attrazione verso il genitore dello stesso sesso, e rivalità per il genitore del sesso opposto. Con il superamento di questo il bambino si identificherà con il genitore dello stesso sesso, e l'altro sarà trasferito nell'oggetto d'amore adulto. Nel terzo capitolo della Coscienza, "il fumo", Zeno sottolinea che il piacere per la sigaretta è alimentato soprattutto dalle proibizioni (da parte del medico e del padre). E questo piacere legato al divieto di fumare assumerà in Zeno, una sorta di "rituale nevrotico" dell'ultima sigaretta: "Giacché mi fa male non fumerò mai più, ma prima voglio farlo l'ultima volta".

Ma ad aumentare l'attaccamento al fumo è proprio l'impegno di astenersene poi per sempre. Con il pretesto dell'ultima sigaretta Zeno si garantisce non solo la soddisfazione di un desiderio, ma anche il piacere di infrangere il divieto, e l'ultima sigaretta è anche più buona!: "Penso che la sigaretta abbia un gusto più intenso quando è l'ultima", dice.

## CONCLUSIONE

Nel corso del lavoro per la presente tesina ho avuto modo di approfondire alcuni argomenti che mi sono sembrati interessanti. In particolare mi ha colpito la sintomatologia della nevrosi, una malattia sottovalutata ma dagli esiti davvero devastanti per un individuo. Mi sono così interrogata su quali possano essere le cause scatenanti questa forma di disagio, e penso che siano anche in parte ambientali. Probabilmente il diffondersi di questo e di altri disagi non strettamente collegati a cause organiche ci segnala che qualcosa non funziona nella realtà in cui viviamo. Non credo si tratti solo del famigerato stress, ma, più profondamente, sia la condizione innaturale in cui si trovano a vivere molti esseri umani ad indurre malattie come la nevrosi. Il ritmo del lavoro e della città sembrano poco consoni all'uomo, così come l'assenza di forti legami di appartenenza. Il senso del dovere e, collegato, il senso di colpa e di inadeguatezza mi sembrano abbiano in molti casi sostituito la ricerca della autentica soddisfazione delle proprie reali esigenze. Proprio per questo ho trovato estremamente illuminanti le parole di Zeno Cosini quando invita a guarire dalla salute...

E' però difficile trovare delle alternative valide: credo che questo si possano trovare a livello individuale, perché un'azione politica mi sembra davvero quasi impossibile, oggi (forse a differenza di quanto avveniva trent'anni fa).

**INDICE GENERALE**

1. INTRODUZIONE
2. LA NEVROSI
  - 2.1 Aspetti generali
  - 2.2 Sintomatologia generale
  - 2.3 Alcuni tipi di nevrosi
  - 2.4 La nevrosi isterica
3. LA PSICANALISI
  - 3.1 Le origini
  - 3.2 La catarsi
  - 3.3 La regola fondamentale
  - 3.4 Il conflitto
  - 3.5 I sogni
  - 3.6 La sessualità
  - 3.7 Il transfert
  - 3.8 La libido
  - 3.9 Le istanze
  - 3.10 lavoro psicoterapico
4. GLI PSICOFARMACI
  - 4.1 Generalità
  - 4.2 Gli psicolettici
  - 4.3 Gli psicoanalettici
  - 4.4 Gli psicodislettici
5. LA LEGGE 180 DEL 1978
  - 5.1 sintesi della legge
  - 5.2 commento alla 180
6. UN NEVROTICO: ZENO COSINI
  - 6.1 Svevo: vita e opere
  - 6.2 La coscienza di Zeno
  - 6.3 La figura dell'inetto
  - 6.4 Le donne e l'amore
  - 6.5 La psico-analisi
7. CONCLUSIONE