

Sigmund Freud

Psicologia e metapsicologia

Edizioni integrali

Seconda edizione: gennaio 2012
© 1970, 1974, 1992 Newton Compton editori s.r.l.
Roma, Casella postale 6214

ISBN 978-88-541-3444-7

www.newtoncompton.com

Stampato su carta prodotta con cellulose senza cloro gas provenienti
da foreste controllate, nel rispetto delle normative ambientali vigenti



Grandi Tascabili Economici
Newton

la sua stessa natura insoddisfacente. Manca sempre qualcosa al pieno rilassamento e soddisfacimento – *en attendant toujours quelque chose qui ne venait point* – e tale parte mancante, la reazione dell'orgasmo, si manifesta con espressioni equivalenti in altri ambiti: assenze, scoppi di risa, pianti (Xy), e forse altro ancora. Ancora una volta la sessualità infantile ha fissato qui un modello.

22. VIII. Lo spazio può essere la proiezione dell'estensione dell'apparato psichico. Nessun'altra derivazione è verosimile. Invece di una delle condizioni a priori kantiane del nostro apparato psichico. La psiche è estesa, non sa nulla di ciò.

22. VIII. Mistica, l'oscura autopercezione del mondo al di fuori dell'Io, dell'Es.

PROGETTO DI UNA PSICOLOGIA (1950)

Parte prima. Schema generale

Introduzione

L'intenzione di questo progetto è di presentare una psicologia che sia una scienza naturale, ossia di illustrare i processi psichici come stati quantitativamente determinati di particelle materiali identificabili, al fine di renderli chiari e incontestabili. Il progetto contiene due idee principali:

- 1) considerare ciò che distingue l'attività dalla quiete come una quantità (Q)¹, soggetta alle leggi generali del movimento;
 - 2) considerare i neuroni come particelle materiali.
- N e Q₁ – simili tentativi sono ora frequenti.

Prima tesi principale. La concezione quantitativa

Tale concezione è ripresa direttamente dalle osservazioni di patologia clinica, in particolare laddove si tratta di rappresentazioni sovraintense [*überstarke Vorstellungen*], come nell'isteria e nella nevrosi ossessiva, nelle quali, come vedremo, il carattere quantitativo emerge più chiaramente che nei processi normali. Processi come lo stimolo, la sostituzione, la conversione e la scarica, che li devono essere ravvisati, ci hanno direttamente suggerito la tesi dell'eccitamento neuronico come quantità in movimento. Tentare di generalizzare ciò che qui è riconosciuto, non ci sembra illegittimo. Muovendo da tale considerazione è stato possibile formulare un principio fondamentale dell'attività neuronica in rapporto alla quantità (Q), principio che sembrava essere molto illuminante poiché pareva comprendere l'intera funzione. È questo il principio dell'*inerzia* neuronica, secondo il quale i neuroni tendono a liberarsi della Q. La struttura e lo sviluppo, così come le funzioni dei neuroni diventano in tal modo comprensibili.

Anzitutto il principio d'inerzia spiega la bipartizione strutturale

¹ [Nel testo sono usate da Freud le seguenti abbreviazioni con riferimento alla quantità: Q = quantità in genere; Qs = quantità dell'energia interneuronica].

Il manoscritto *Entwurf einer Psychologie* è stato composto nel 1895 e pubblicato in tedesco per la prima volta nel volume *Aus den Anfängen der Psychoanalyse* nel 1950. La presente traduzione si basa sul testo pubblicato successivamente in *Gesammelte Werke, Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885 bis 1938*, a cura di Angela Richards e Ilse Grubrich-Simitis (1987) p. 373. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* si trova nel vol. 1, p. 173. Fu pubblicata in Italia nel 1978 per l'edizione Boringhieri, a cura di Cesare Luigi Musatti, in *Opere*, vol. 2 p. 193 (n.d.t.).

dei neuroni in motori e sensori, come un ordinamento che ha per scopo di annullare la ricezione di $Q\eta$ mediante una trasmissione. Il movimento riflesso è ora comprensibile come una forma fissa di tale trasmissione. Il principio di inerzia ci spiega il motivo di tale movimento riflesso. Se guardiamo ancora più indietro, possiamo collegare innanzitutto il sistema nervoso – come erede dell'eccitabilità generale del protoplasma – alla superficie esterna irritabile [di un organismo] la quale si alterna a grossi strati di superficie non irritabile. Un sistema nervoso primario si serve di questa $Q\eta$ così acquisita, per cederla attraverso il collegamento ai meccanismi muscolari, mantenendosi così privo di stimoli. Tale scarica rappresenta la funzione primaria del sistema nervoso. A questo punto è possibile che si sviluppi una funzione secondaria, in quanto tra le diverse vie di scarica sono preferite e mantenute quelle che conducono a una cessazione dello stimolo: *fuga dallo stimolo* [Reizflucht]. In generale qui vi è una proporzione tra la quantità di eccitamento e la prestazione necessaria per la fuga dallo stimolo, così che il principio d'inerzia non ne venga disturbato. Tuttavia il principio d'inerzia è interrotto da un'altra situazione. Con la complessità [crescente] dell'interno [dell'organismo] il sistema nervoso riceve stimoli dall'elemento somatico stesso – stimoli endogeni – i quali, essi stessi, devono essere scaricati. Tali stimoli hanno origine nelle cellule del corpo e provocano i bisogni fondamentali: fame, respirazione, sessualità. A questi l'organismo non può sfuggire, come fa con gli stimoli esterni; non può impiegare la loro quantità Q per fuggire dallo stimolo. Essi cessano solo in determinate condizioni che devono essere realizzate nel mondo esterno – per esempio il bisogno di nutrimento. Perché si compia un'azione del genere, che merita di essere chiamata specifica, serve una prestazione indipendente dalle $Q\eta$ endogene e in genere maggiore, poiché l'individuo è sottoposto a certe condizioni che possono definirsi come *bisogni della vita*. Perciò il sistema nervoso è costretto ad abbandonare la sua originaria tendenza all'inerzia, ossia alla riduzione del livello [di $Q\eta$] a zero. Esso deve accettare di mantenere una scorta di quantità [di $Q\eta$] sufficiente a soddisfare le esigenze di un'azione specifica. Nel modo in cui fa ciò, si nota però la continuazione della stessa tendenza modificata per sforzarsi di mantenere quanto meno più basso possibile il livello di $Q\eta$, e per impedire ogni aumento di tale livello, ossia per mantenerlo costante. Tutte le attività del sistema nervoso devono essere incluse o nell'ambito della funzione primaria, oppure in quello della funzione secondaria, che è stata imposta dai bisogni della vita.

Seconda tesi principale. La teoria dei neuroni

Secondo caposaldo di tale dottrina è l'idea di combinare la teoria della $Q\eta$ con la conoscenza dei neuroni che proviene dalla moderna istologia. Aspetto fondamentale di questa nuova scienza è che il sistema nervoso consiste di neuroni distinti, ma di struttura analoga, i quali sono in contatto tra loro attraverso una sostanza estranea interposta e terminano l'uno nell'altro come in parti di tessuto estraneo, e nei quali sono precostituite certe direzioni di conduzione, in quanto ricevono [l'eccitamento] attraverso prosecuzioni delle cellule e [lo] restituiscono mediante il cilindrasse. A ciò si aggiungono numerose ramificazioni di diverse dimensioni.

Se si combina questa rappresentazione dei neuroni con la tesi della teoria della $Q\eta$ giungiamo alla rappresentazione di un neurone caricato² [besetzten] [di energia quantitativa], pieno di una certa $Q\eta$, mentre altre volte può essere vuoto. Il principio d'inerzia trova la sua espressione nell'ipotesi di una corrente, che è orientata dalle ramificazioni o prolungamenti cellulari verso il cilindrasse. Ogni singolo neurone costituisce così il modello del sistema nervoso nel suo insieme, con la sua dicotomia strutturale, essendo il cilindrasse l'organo di scarica. Invece la funzione secondaria che richiede un'accumulazione di $Q\eta$ è consentita dalla supposizione che vi siano resistenze che si oppongono alla scarica, e la struttura del neurone fa pensare che tali resistenze debbano essere tutte ricercate nei punti di contatto [tra i neuroni] i quali, in questo caso hanno la funzione di barriere [Schranken]. L'ipotesi delle barriere di contatto è proficua da molti punti di vista.

Le barriere di contatto

La prima giustificazione di tale ipotesi proviene dalla considerazione che qui la conduzione passa attraverso un protoplasma indifferenziato, e non, come all'interno del neurone, attraverso un protoplasma differenziato, il quale è probabilmente più adatto alla conduzione. Ciò suggerisce che la differenziazione e la capacità di conduzione siano collegate, per cui potremo aspettarci di scoprire che lo stesso processo di conduzione possa creare una differenziazione nel protoplasma e dunque una maggiore capacità di ulteriore conduzione.

Inoltre la teoria delle barriere di contatto presenta i seguenti van-

² [Besetzten può essere anche tradotto come "investito". Ad esso è collegata la nozione di investimento (Besetzung)].

rio del cervello primario non sono noti agli anatomisti; secondo la nostra teoria esso non sarebbe altro, per esprimerci in modo immediato, che un *ganglio del simpatico*. Qui vi è una prima possibilità di provare la nostra teoria attraverso dati di fatto.

Per il momento supponiamo che il sistema ψ si identifichi con la sostanza grigia del cervello. Si comprende facilmente, in base alle osservazioni introduttive di natura biologica, come proprio ψ sia soggetto a ulteriore sviluppo per aumento del numero dei neuroni e accumulo di Q e si comprende anche come sia utile il fatto che ψ sia costituito da neuroni impermeabili, perché altrimenti non potrebbe soddisfare le esigenze dell'azione specifica. In quale modo però ψ ha acquisito la caratteristica di impermeabilità? In fondo anche φ ha barriere di contatto, e se queste non svolgono alcun ruolo, perché dovrebbero svolgerlo quelle di ψ ? L'ipotesi di una differenza originaria tra il valore delle barriere di contatto di φ e di ψ ha nuovamente il carattere spiacevole dell'arbitrarietà, sebbene sarebbe possibile – seguendo una linea di pensiero darwiniana – appellarsi al fatto che i neuroni impermeabili sono indispensabili e perciò sopravvivono.

Un'altra soluzione ci sembra più proficua e meno ambiziosa. Rammentiamo che anche le barriere di contatto dei neuroni ψ finiscono per essere soggette alla facilitazione e che quest'ultima gli deriva da $Q\eta$. Quanto maggiore è la $Q\eta$ nel decorso dell'eccitamento, tanto maggiore è la facilitazione, ciò significa però che maggiormente ci si avvicinerà alle caratteristiche dei neuroni φ . Attribuiamo dunque la differenza non ai neuroni, ma alle quantità con cui essi hanno a che fare. Si può quindi, a ragione, supporre che attraverso i neuroni φ passino quantità contro le quali la resistenza offerta dalle barriere di contatto sia trascurabile, mentre i neuroni ψ vengano raggiunti solo da quantità che siano dello stesso ordine di grandezza della resistenza. In questo caso, se si potessero scambiare le loro sedi [*Topik*] e connessioni, un neurone φ diventerebbe impermeabile e un neurone ψ diventerebbe permeabile, essi invece mantengono le loro caratteristiche poiché il neurone φ è collegato solo con la periferia e il neurone ψ solo con l'interno del corpo. La loro diversità di natura è sostituita da una diversità dell'ambiente a cui sono destinati.

Ora, però, dobbiamo esaminare l'ipotesi secondo la quale le quantità di stimolo che raggiungono i neuroni dalla periferia esterna del corpo sarebbero di ordine più elevato di quelle che provengono dalla periferia interna del corpo. In realtà molti elementi parlano a favore di tale tesi.

Anzitutto non vi è dubbio che il mondo esterno sia l'origine di

tutte le principali quantità di energia poiché, secondo la conoscenza fisica, esso è costituito da masse potenti in violento movimento, che trasmettono il loro moto. Il sistema φ , che è rivolto verso questo mondo esterno, avrà il compito di scaricare il più rapidamente possibile le $Q\eta$ che irrompono sui neuroni, ma sarà comunque soggetto all'influenza di maggiori Q .

Secondo la nostra migliore conoscenza, il sistema ψ non è in contatto con il mondo esterno, esso riceve Q soltanto, da un lato, dagli stessi neuroni φ , dall'altro, dagli elementi cellulari nell'interno del corpo. Si tratta ora di rendere comprensibile che queste quantità di stimolo sono di un ordine di grandezza inferiore. In un primo tempo potremmo essere disturbati dal fatto di dover attribuire ai neuroni ψ due sorgenti di stimolo così diverse come lo sono φ e le cellule dell'interno del corpo; ma proprio a questo punto ci viene in soccorso in modo decisivo la recente istologia del sistema nervoso. Essa mostra che la *terminazione* e la *connessione* neuronica hanno una struttura dello stesso tipo, e che i neuroni terminano l'uno nell'altro così come terminano negli elementi corporei; probabilmente anche il lato funzionale dei due processi è dello stesso tipo. È dunque probabile che quantità simili possano trovarsi interessate nelle terminazioni nervose e nella conduzione intercellulare. È legittimo anche supporre che gli stimoli *endogeni* siano dello stesso ordine di grandezza *intercellulare*. A questo punto ci è offerta una seconda possibilità di verificare la teoria.

Il problema della quantità

Non so nulla della grandezza assoluta degli stimoli intercellulari, ma posso ipotizzare che sia di un ordine di grandezza relativamente piccolo e dello stesso ordine delle resistenze della barriera di contatto, com'è facile supporre. Con tale ipotesi si salva l'uguaglianza sostanziale dei neuroni ψ e φ e la loro differenza di permeabilità viene spiegata su base biologica e meccanica.

In mancanza di prove, è ancor più interessante considerare certi punti di vista e certe interpretazioni che derivano da tale ipotesi. In primo luogo, se abbiamo avuto l'esatta impressione della grandezza delle Q nel mondo esterno, possiamo chiederci se la tendenza originaria del sistema nervoso al mantenimento della $Q\eta$ al [livello] zero non trovi soddisfacimento nella rapida scarica, seppure non sia già in atto durante l'assunzione degli stimoli. In effetti, notiamo che i neuroni φ non terminano in modo libero alla periferia, ma entro strutture cellulari, che ricevono, al loro posto, gli stimoli esogeni.

Tali "apparati nervosi terminali" [*Nervenendapparate*], nel senso più generale, possono ben avere lo scopo di impedire alle Q esogene di produrre un effetto illimitato su φ , di mitigarle dunque. Esse avrebbero allora la funzione di schermi di Q, attraverso i quali passano solo *quozienti* di Q esogene.

Ciò concorda con il fatto che l'altro tipo di terminazione nervosa, quella *libera*, senza organi terminali, è molto più comune nella periferia interna del corpo. Lì non sembra servire uno schermo di Q, probabilmente perché le $Q\eta$ che devono essere ricevute non hanno bisogno di essere prima ridotte al livello intercellulare, perché lo sono fin da principio.

Poiché possiamo calcolare le Q ricevute dalle terminazioni dei neuroni φ , forse questo potrebbe darci un'idea delle grandezze che passano tra i neuroni ψ , le quali sono dello stesso genere delle resistenze delle barriere di contatto.

Qui possiamo intravedere una tendenza che può all'incirca guidare la costruzione del sistema nervoso da vari sistemi: una tendenza sempre crescente a far sì che i neuroni trattengano la $Q\eta$. La struttura del sistema nervoso dunque servirebbe allo scopo di tener lontano [*Abhaltung*] dai neuroni la $Q\eta$, e la sua funzione sarebbe quella di scaricarla.

Il dolore

Tutti i dispositivi di natura biologica hanno limiti alla loro efficienza, al di fuori dei quali falliscono. Tale fallimento si manifesta in fenomeni che confinano con il patologico e che possono essere descritti come modelli normali del patologico. Abbiamo visto che il sistema nervoso è costituito in modo che le grandi Q esterne vengano trattenute da φ e ancor più da ψ , mediante gli schermi delle terminazioni nervose e la connessione solo indiretta tra ψ e il mondo esterno. Esiste un fenomeno che si possa far coincidere con il fallire di tali dispositivi? Io credo che sia il dolore⁴ [*Schmerz*].

Tutto ciò che sappiamo del dolore conferma tale tesi. Il sistema nervoso ha una nettissima tendenza alla *fuga dal dolore*. In ciò è possibile vedere una manifestazione della tendenza primaria contro un aumento di tensione della $Q\eta$ e ne deduciamo che il dolore consiste nella irruzione in ψ di grandi Q. Le due tendenze sono dunque una sola. Il dolore aziona tanto il sistema φ quanto il sistema ψ ; non vi sono ostacoli al suo progredire, è il più autoritario di tutti i proces-

⁴ [Si intende il dolore fisico].

si. I neuroni ψ sembrano dunque essere permeabili al dolore, che consiste dunque nell'azione di alcune Q di ordine relativamente elevato.

Da un lato, il dolore può essere determinato da un aumento quantitativo; tutti gli eccitamenti sensoriali (anche quello degli organi sensori superiori) tendono al dolore con l'aumento dello stimolo. Ciò è da interpretarsi senz'altro come un fallimento. Dall'altro lato, si può avere dolore anche quando le quantità esterne sono deboli, e in questi casi esso si collega sempre a una soluzione di continuità, ovvero si ha dolore quando una Q esterna agisce direttamente sulle terminazioni dei neuroni φ e non tramite apparati nervosi terminali. Il *dolore* è quindi caratterizzato dall'irruzione di Q eccessivamente grandi in φ e ψ , cioè di Q di ordine ancora superiore agli stimoli φ .

Il fatto che il dolore passi per tutte le vie di scarica è facilmente comprensibile. Secondo la nostra teoria, in base alla quale la Q produce facilitazione, senza dubbio il dolore lascia dietro di sé facilitazioni permanenti in ψ , come se fosse passato un fulmine, facilitazioni che probabilmente eliminano del tutto la resistenza delle barriere di contatto e vi stabiliscono una via di conduzione simile a quella che si trova in φ .

Il problema della qualità

Finora non è stato detto che ogni teoria psicologica oltre a soddisfare le esigenze del punto di vista della scienza naturale, deve possedere un altro requisito. Deve spiegarci ciò che conosciamo in modo enigmatico mediante la nostra "coscienza", e poiché tale coscienza non sa nulla delle ipotesi fin qui fatte – sulla quantità e sui neuroni – deve spiegarci anche tale mancanza di conoscenza.

Immediatamente ci sarà chiaro un presupposto che ci ha guidato sinora. Abbiamo trattato i processi psichici come qualcosa che poteva prescindere da tale conoscenza cosciente come qualcosa che esisteva indipendentemente da essa. Siamo preparati cioè a constatare che alcune delle nostre ipotesi non vengono confermate dalla coscienza. Se ciò non ci induce in errore dipende dal fatto che la coscienza non ci dà una conoscenza né completa, né attendibile dei processi neuronici, e che tali processi devono essere anzitutto considerati nell'insieme come inconsci e spiegati come altri fenomeni naturali.

Dopo però occorre inscrivere il contenuto della coscienza nei nostri processi quantitativi ψ . La coscienza ci dà ciò che noi chiamiamo *qualità*: sensazioni che *divergono* secondo numerosissimi modi e

pagazione di qualità non è durevole, non lascia tracce, non è riproducibile.

La coscienza

Solo mediante tali complesse e poco chiare ipotesi sono riuscito sinora a inserire i fenomeni della coscienza nella struttura della psicologia quantitativa. È impossibile tentare di spiegare, ovviamente, come mai i processi di eccitamento nei neuroni ω comportino la coscienza. Si tratta soltanto di far coincidere le proprietà della coscienza che ci sono note con processi nei neuroni ω variabili parallelamente. E non è difficile farlo con una certa precisione.

Una parola sul rapporto di questa teoria della coscienza con le altre. Secondo una moderna teoria meccanicistica, la coscienza sarebbe una semplice appendice dei processi fisiopsichici, la cui mancanza non comporterebbe alcun mutamento al decorso psichico. Secondo un'altra teoria, la coscienza è il lato soggettivo di tutti gli eventi psichici ed è per questo inseparabile dai processi fisiologici della psiche. Tra le due si trova la teoria che abbiamo qui sviluppato. In essa la coscienza è il lato soggettivo di una parte dei processi fisici nel sistema nervoso, ossia dei processi ω , e la mancanza della coscienza non lascia inalterati gli eventi psichici, ma implica l'omissione del contributo da parte del sistema ω .

Se rappresentiamo la coscienza mediante neuroni ω , si hanno molte conseguenze. Tali neuroni devono avere una scarica, per quanto possa essere piccola, e vi deve essere un modo di riempire i neuroni ω di $Q\eta$ nella piccola misura richiesta. La scarica, come in tutti i casi, si compie dalla parte della motilità, dove è da osservare come con il movimento dello scambio si perda naturalmente ogni caratteristica della qualità, ogni particolarità del periodo. I neuroni ω possono essere riempiti di $Q\eta$ solo da ψ poiché vorremmo escludere un qualsiasi rapporto diretto di questo terzo sistema con ω . Non è possibile determinare quale fosse il valore biologico originario dei neuroni ω .

Finora però abbiamo descritto in modo incompleto il contenuto della coscienza. Oltre alla serie delle qualità sensoriali, essa ne presenta un'altra molto diversa: la serie delle sensazioni di *piacere* e *dispiacere*, la quale, a questo punto, richiede una spiegazione. Poiché noi conosciamo di certo una tendenza della vita psichica a *evitare* il *dispiacere*, siamo tentati di identificarla con la tendenza primaria all'inerzia. In questo caso il dispiacere verrebbe a coincidere con un aumento del livello di $Q\eta$ o con un aumento della pressione quantitativa [*Drucksteigerung*], sarebbe una sensazione ω quando la $Q\eta$

aumenta in ψ . Il piacere sarebbe la sensazione della scarica. Poiché si presume che ω sia riempito da ψ , ne deriverebbe l'ipotesi che l'investimento [*Besetzung*] in ω aumenti quando il livello in ψ aumenta, e diminuisca con il decrescere di tale livello. Il piacere e il dispiacere sarebbero le sensazioni in ω del proprio investimento, del proprio livello, laddove ω e ψ rappresenterebbero in un certo senso dei vasi comunicanti. In tal modo anche i processi quantitativi in ψ giungerebbero alla coscienza, ancora una volta in forma di qualità.

Con le sensazioni di piacere e di dispiacere scompare la capacità di percepire le qualità sensoriali che si trovano, per così dire, nella zona di indifferenza tra piacere e dispiacere. Ciò potrebbe essere così tradotto: i neuroni ω dimostrano una capacità ottima di ricevere il *periodo* del movimento neuronico quando hanno una determinata [intensità dell'] investimento, quando l'investimento è più intenso producono dispiacere, quando è più debole, piacere; ciò fin quando all'esaurirsi dell'investimento scompare la capacità ricettiva. Sulla base di tali dati dovrebbe essere costruito il tipo di movimento corrispondente.

Il funzionamento dell'apparato

A questo punto possiamo rappresentare il seguente quadro delle prestazioni dei sistemi φ ψ e ω .

Quantità di eccitamento fanno pressione dall'esterno sulle terminazioni del sistema φ . Esse incontrano anzitutto gli apparati nervosi terminali, dai quali sono frammentate in quozienti che sono probabilmente di ordine più elevato degli stimoli intercellulari (o forse invece dello stesso ordine?). Qui troviamo una prima soglia: al di sotto di una certa quantità non si determina alcun quoziente efficace, così che la capacità effettiva degli *stimoli* [*Reize*] è ridotta in certo modo alle quantità medie [*mittleren*]. Inoltre la natura di "setaccio" delle guaine nervose terminali fa sì che non tutti i tipi di stimolo possono essere efficaci nelle singole terminazioni nervose. Gli stimoli che raggiungono effettivamente i neuroni φ hanno un carattere qualitativo: nel mondo esterno essi formano una serie di uguale qualità e crescente quantità, che dalla soglia si eleva fino al limite del dolore.

Mentre i *processi* del mondo esterno formano un *continuum* in due direzioni, secondo la quantità e il periodo (qualità), i corrispondenti stimoli [*Reize*] sono, per quanto riguarda la quantità, anzitutto *ridotti* e, in secondo luogo, *limitati* da un'interruzione. Per quanto riguarda la qualità, essi sono *discontinui*, così che certi periodi non agiscono affatto da stimoli.

quanto si verifica nel corso della scarica sessuale. Allo stesso tempo ci viene da pensare che in entrambi questi esempi gli stimoli endogeni consistano di sostanze chimiche il cui numero può essere molto alto. Dato che la liberazione di dispiacere può essere molto grande anche laddove esista un leggero investimento di ricordi ostili, possiamo concludere che il dolore lascia dietro di sé facilitazioni particolarmente abbondanti. In relazione a ciò possiamo supporre che la facilitazione dipenda interamente dalla grandezza della $Q\eta$ raggiunta, in modo tale che la facilitazione operata da $3Q\eta$ sia talvolta molto più grande di quella di $3 \times Q\eta$.

Affetti e stati di desiderio

I residui dei due tipi di esperienze [di dolore e di soddisfacimento] che abbiamo considerato sono gli affetti e gli stati di desiderio. Essi hanno in comune il fatto che entrambi comportano un aumento della tensione di $Q\eta$ in ψ . Nel caso di un *affetto* [Affekt] questo si verifica mediante un'improvvisa *emissione* [Entbindung], nel caso di un *desiderio* [Wunsch] attraverso la sommazione. I due stati sono importantissimi in relazione al deflusso [di $Q\eta$] in ψ , poiché lasciano dietro di sé motivi che per esso hanno forza coattiva. Lo stato di desiderio produce un'attrazione positiva per l'oggetto del desiderio, ossia per la sua immagine mnestica. L'esperienza dolorosa ha come conseguenza una repulsione, un'avversione, a mantenere investita l'immagine mnestica ostile. Esse sono la primaria attrazione di desiderio e la primaria difesa.

L'attrazione operata dal desiderio può facilmente spiegarsi supponendo che l'investimento dell'immagine mnestica gradevole, durante lo stato di desiderio, sia di $Q\eta$ molto più grandi di quanto non sia in caso di semplice percezione; in modo che nel primo caso esista una facilitazione particolarmente buona tra il nucleo ψ e il corrispondente neurone del pallio.

Più difficile è spiegare la *difesa* [Abwehr] primaria o *rimozione* [Verdrängung], ossia il fatto che un'immagine mnestica ostile venga regolarmente abbandonata dall'investimento appena possibile. La spiegazione potrebbe essere che le esperienze primarie di dolore siano state interrotte da una difesa riflessa. L'emergere di qualche altro oggetto al posto di quello ostile era il segnale che l'esperienza di dolore fosse conclusa, e il sistema ψ , istruito *biologicamente*, cerca di riprodurre in ψ lo stato che ha determinato una cessazione del dolore. Con l'espressione "istruito biologicamente" si introduce un nuovo piano di spiegazione che deve acquisire un valore indipendente,

per quanto al tempo stesso non escluda, ma anzi richieda, un riferimento a principi meccanici (a fattori quantitativi). Nel presente caso può trattarsi di un aumento di $Q\eta$ che si determina costantemente quando vi è un investimento di ricordi ostili, cosa che opera un aumento nell'attività di scarica e dunque anche un deflusso di ricordi.

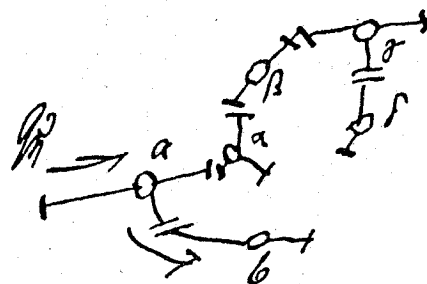
Introduzione dell'Io

Ma in effetti con la nostra ipotesi dell'attrazione di desiderio e di una tendenza alla *rimozione* siamo giunti a un certo stato di ψ che non è ancora stato preso in considerazione. I due processi dimostrano infatti che in ψ si è formata un'organizzazione, la cui presenza disturba decorsi che inizialmente sono stati prodotti in un modo particolare [ossia o con soddisfacimento o con dolore]. Tale organizzazione si chiama "Io" [Ich], e può essere descritta con facilità se pensiamo che la ricezione, costantemente ripetuta, di $Q\eta$ endogene in certi neuroni (del nucleo), e il conseguente effetto facilitante, produrranno un gruppo di neuroni dotati di una carica costante, corrispondente dunque al veicolo di scorta necessario alla funzione secondaria. L'Io dunque deve essere definito come la totalità degli investimenti ψ in un determinato momento, in cui una componente stabile può essere distinta da un'altra soggetta a mutare. Come si vede le facilitazioni tra i neuroni ψ fanno parte del dominio dell'Io, poiché rappresentano la possibilità di indicargli l'ammontare dei suoi cambiamenti nei momenti successivi.

Mentre questo Io non può fare a meno di cercare di liberarsi dai suoi investimenti mediante il soddisfacimento, ciò può avvenire soltanto esercitando un'influenza sulla ripetizione delle esperienze di dolore e degli affetti; e tale esperienza deve essere esercitata nel modo che generalmente è chiamato *inibizione* [Hemmung].

Una $Q\eta$ che, da qualsiasi luogo, irrompe in un neurone cercherà la sua strada attraverso le barriere di contatto che possiedono maggiore facilitazione e determinerà una corrente in quella direzione. In termini più esatti, la corrente $Q\eta$ si dividerà attraverso le barriere di contatto in rapporto inversamente proporzionale alle resistenze da esse opposte, e quando un quoziente si troverà a dover superare una barriera di contatto la cui resistenza è superiore ad esso in pratica non vi sarà alcun passaggio. Tale rapporto può facilmente risultare diverso per ogni $Q\eta$ che entra nel neurone, poiché possono allora comparire dei quozienti che sono superiori alla soglia anche di altre barriere di contatto. Di conseguenza il decorso dipende sia dalla $Q\eta$

sia dai rapporti delle facilitazioni. Abbiamo già conosciuto però il terzo potente fattore. Se un neurone collaterale è investito contemporaneamente, ciò opera come una temporanea facilitazione della barriera di contatto che si trova tra i due neuroni, e modifica il decorso, che altrimenti si sarebbe indirizzato verso la sola barriera di contatto facilitata. Un investimento laterale è dunque una inibizione al flusso di $Q\eta$. Immaginiamo l'Io come una rete di neuroni investiti, ben facilitati l'uno in relazione all'altro. Supponiamo poi una $Q\eta$ che entri nel neurone a dall'esterno (φ). Se non fosse stata influenzata, sarebbe proceduta verso il neurone b . In realtà però è talmente influenzata dall'investimento laterale $a-\alpha$ che solamente un quoziente passa in b e a volte nemmeno lo raggiunge. Ove dunque esiste un Io, esso deve inibire i processi psichici primari.



[Figura 3.]

Ma una inibizione di questo genere è decisamente a vantaggio di φ . Supponiamo che a sia un ricordo ostile e b un neurone chiave per il dispiacere. Al risvegliarsi di a , la prima conseguenza sarà la liberazione di dispiacere, forse inutile, in ogni caso inutile in tutta la sua forza. Con un effetto inibitorio di α la liberazione di dispiacere è però piccola, e al sistema nervoso sono risparmiati lo sviluppo e la scarica di Q senza ulteriore danno. Possiamo facilmente immaginare come, con l'aiuto di un meccanismo che attiri lì l'attenzione dell'Io verso l'imminente nuovo investimento dell'immagine mnestica ostile, l'Io possa giungere a inibire il decorso [quantitativo] dell'immagine mnestica in direzione della scarica di dispiacere, mediante un grande investimento laterale che, se necessario, può essere rinforzato. Infatti ammettendo che l'iniziale spiacevole emissione $Q\eta$ di dispiacere sia assunta dall'Io stesso, si produrrà in essa la fonte del dispendio necessario all'investimento laterale inibitore da parte dell'Io. In tal modo la difesa primaria sarà tanto più forte quanto maggiore sarà il dispiacere.

Processo primario e secondario in ψ

Da quanto abbiamo finora detto, segue che l'Io in ψ – che possiamo ritenere, in relazione alle sue tendenze, come il sistema nervoso nella sua totalità – può cadere due volte in uno stato di impotenza e subire danni quando i processi in ψ non sono influenzati.

La prima volta si verifica quando l'Io, mentre è in uno stato di desiderio, investe il ricordo di un oggetto e mette in movimento dunque un processo di scarica, dove il soddisfacimento non può essere raggiunto perché l'oggetto non è reale, ma è presente solo in una rappresentazione di fantasia [*Phantasievorstellung*]. Inizialmente ψ non è in grado di operare tale distinzione, perché esso può operare soltanto sulla base di una successione di stati analoghi tra i suoi neuroni. È quindi necessario un altro criterio che permetta di distinguere tra percezione [*Wahrnehmung*] e rappresentazione [*Vorstellung*].

In secondo luogo ψ ha bisogno di un segno che attiri la sua attenzione sul reinvestimento dell'immagine mnestica ostile e lo metta in grado di prevenire, attraverso l'investimento laterale, la conseguente liberazione di dispiacere. Se ψ è in grado di attuare tale inibizione abbastanza presto, sia la liberazione di dispiacere, sia la difesa contro di essa, sarà leggera; in caso contrario vi saranno un grandissimo dispiacere e un'eccessiva difesa primaria.

Sia l'investimento di desiderio, sia la liberazione di dispiacere, quando vi è un nuovo investimento del relativo ricordo, possono essere biologicamente dannosi. Ciò accade per l'investimento di desiderio ogni volta che supera un certo limite e quindi incoraggia alla scarica; e accade per la liberazione di dispiacere almeno ogni volta che l'investimento dell'immagine mnestica ostile sorge da φ stesso (per associazione) e non dal mondo esterno. Anche in questo caso quindi c'è bisogno di un segno che permetta di distinguere una percezione da un ricordo (o rappresentazione).

Probabilmente sono i neuroni ω a fornire tale segno: il segno di realtà [*Realitätszeichen*]. In ogni percezione esterna vi è un eccitamento qualitativo in ω , ma ciò inizialmente è senza importanza per ψ . È necessario quindi aggiungere che l'eccitamento ω conduce a una scarica ω e che un'informazione di quest'ultima (come di ogni altra scarica) raggiunge ψ . L'informazione della scarica che proviene da ω rappresenta quindi per ψ il segno di qualità o di realtà.

Se l'oggetto desiderato è fortemente investito, in modo da essere attivato in maniera allucinatoria, si avrà lo stesso segno di scarica o di realtà come nel caso della percezione esterna. In tal caso il criterio

viene meno. Tuttavia se l'*investimento* di desiderio è soggetto a inibizione, come può accadere quando l'Io è investito, si può immaginare una situazione di ordine quantitativo, durante la quale l'investimento di desiderio, non essendo abbastanza intenso, non produce un "segno di qualità", come avverrebbe nel caso della percezione esterna. In tal caso il criterio mantiene quindi il suo valore. La differenza consiste nel fatto che mentre il "segno di qualità" derivato dall'esterno compare qualunque sia l'intensità della carica, quello derivato da ψ si presenta solo se le intensità sono notevoli. Ne deriva che l'*inibizione operata dall'Io rende possibile un criterio per distinguere tra la percezione e il ricordo*. L'esperienza biologica insegnerà poi a non iniziare la scarica finché non sia arrivato il "segno di realtà", e che, per tale ragione, l'investimento dei ricordi desiderati non deve essere condotto oltre un certo limite.

D'altronde l'eccitamento dei neuroni ω può anche servire a proteggere il sistema ψ nel secondo caso; ossia attirando l'attenzione di ψ sul fatto della presenza o assenza di una percezione. A tale scopo si deve supporre che i neuroni ω fossero originariamente collegati anatomicamente con le vie di conduzione provenienti dai diversi organi sensoriali, e che dirigano la loro scarica ancora una volta agli apparati motori appartenenti a questi stessi organi sensoriali. Allora la più recente informazione della scarica (quella dell'*attenzione riflessa*) diventerà biologicamente per ψ un segnale per inviare una quantità di investimento nella stessa direzione.

Riassumendo, nel caso in cui l'inibizione è operata da un Io investito, i segni di una scarica ω diventano in genere segni di realtà, che ψ impara a usare biologicamente. Se l'Io si trova in stato di desiderio nel momento in cui emerge tale "segno di realtà", tale fatto permetterà alla scarica di compiersi in virtù dell'azione specifica. Quando un incremento di dispiacere coincide con il "segno di realtà", ψ instaurerà una difesa di grandezza normale mediante un adeguato investimento laterale nel punto indicato. Se nessuno di tali casi si verifica, l'investimento potrà procedere senza ostacoli secondo le condizioni di facilitazione. L'investimento di desiderio portato fino all'allucinazione e lo sviluppo completo del dispiacere, che comporta l'*esaurirsi della difesa*, si possono definire come *processo psichico primario* [psychische Primärvorgänge]. D'altro canto quei processi che sono resi possibili soltanto da un buon investimento dell'Io e che funzionano da moderatori del processo primario, possono venire definiti come *processi psichici secondari* [psychische Sekundärvorgänge]. Condizione indispensabili di questi ultimi è — come si vede — una corretta utilizzazione dei "segni di realtà", e questa è possibile solo quando esiste inibizione da parte dell'Io.

La conoscenza e il pensiero riproduttivo

Qui abbiamo avanzato la tesi che, durante il processo del desiderio, una inibizione proveniente dall'Io porti a un investimento moderato dell'oggetto desiderato, cosa che permette di riconoscerlo come non reale. A questo punto portiamo oltre l'analisi di tale processo; vi è infatti più di una possibilità.

Primo caso: contemporaneamente all'investimento di desiderio dell'immagine mnestica è presente la percezione di essa. I due investimenti quindi coincidono, il che biologicamente non è utilizzabile, ma oltre a ciò, il segno di realtà sorge da ω , ed esso, come siamo venuti a sapere dall'esperienza, è seguito da una scarica che ha successo. Tale caso è facilmente risolto.

Secondo caso: l'investimento di desiderio è presente ed è accompagnato da una percezione che si trova in accordo con esso solo in parte. È il momento di rammentare che gli investimenti percettivi non sono mai investimenti di singoli neuroni, ma sempre di complessi di neuroni. Fin qui non abbiamo considerato tale particolarità, ma è oramai il caso di tenerla presente. Supponiamo che, in genere, l'investimento di desiderio sia applicato a un neurone a + un neurone b , l'investimento percettivo a un neurone a + un neurone c . Dal momento che questo è il caso più comune, più comune di quello dell'identità, esso merita di essere esaminato più attentamente.

Anche in questo caso l'esperienza biologica insegna che è azzardato iniziare la scarica se i segni di realtà confermano solo una parte e non tutto il complesso. Ma, ora, si trova una via per convertire la somiglianza in totale identità. Paragonando tale complesso percettivo con altri complessi percettivi, possiamo scomporlo in due componenti: un neurone a , che in genere è sempre lo stesso, e un neurone b che, il più delle volte, varia. Successivamente il linguaggio applicherà il termine di *giudizio* [Urteil] a tale scomposizione [Zerlegung], e scoprirà la somiglianza effettivamente esistente tra il nucleo dell'Io e la componente percettiva costante [da un lato] e tra le mutevoli cariche nel pallio e la componente incostante [dall'altro]. Il linguaggio descrive il neurone a come la *cosa* [Ding] e il neurone b come la sua attività o attributo, ossia il suo *predicato* [Prädikat].

Il giudicare [Urteilen] è dunque un processo ψ reso possibile solo dall'inibizione esercitata dall'Io e messo in atto dalle differenze tra l'*investimento di desiderio* di un ricordo e un investimento, adesso simile, percettivo. Da ciò deriva che, quando i due investimenti coincidono, la conseguenza sarà un segnale biologico per

porre termine al pensiero e lasciare iniziare una scarica. Quando essi non coincidono, viene incrementata l'attività del pensiero, alla quale verrà posto di nuovo fine quando essi coincideranno.

Il processo può essere ulteriormente analizzato. Se il neurone *a* coincide [nei due investimenti], ma invece del neurone *b* viene percepito il neurone *c*, gli sforzi dell'Io seguono le connessioni di questo neurone *c* e, mediante una corrente di $Q\eta$ lungo tali connessioni, provoca l'emersione di nuovi investimenti, finché alla fine il neurone *b* mancante viene raggiunto. Normalmente si produce l'immagine di un movimento che si interpone tra il neurone *c* e il neurone *b*, e quando essa rivive grazie alla manifestazione di un movimento reale, è ottenuta la percezione del neurone *b* e si stabilisce la desiderata identità. Ad esempio, l'immagine mnestica desiderata è quella del seno materno con il capezzolo in prima vista, e la prima percezione è l'immagine laterale dello stesso oggetto senza il capezzolo. Il bambino ha il ricordo di un'esperienza, fatta casualmente mentre poppava, per cui un particolare movimento della sua testa modificava la visione frontale in visione laterale. La visione laterale lo induce all'[immagine] del movimento della testa, e una prova mostra che si deve compiere il movimento inverso per ottenere la percezione frontale.

Fin qui si tratta ben poco di un giudizio, ma ciò costituisce un esempio della possibilità, mediante la riproduzione di investimenti, di giungere a un'azione che appartiene già al lato accidentale dell'azione specifica.

Non c'è dubbio che ciò che rende possibili tali itinerari lungo i neuroni facilitati è una $Q\eta$ derivata dall'Io investito, e che tale itinerario non è determinato dalle facilitazioni, ma da una meta [Ziel]. Qual è dunque tale meta? E come può essere raggiunta?

La meta è di ritornare al neurone *b* mancante e di scatenare la sensazione d'identità: il momento cioè nel quale il solo neurone *b* è investito e la carica itinerante sfocia in *b*. ciò si ottiene spostando sperimentalmente $Q\eta$ in ogni direzione, e per tale motivo un maggiore o minore dispendio di investimenti laterali sarà chiaramente necessario, a seconda che si possano usare le facilitazioni esistenti o si debba agire contro di esse. La lotta tra le facilitazioni fisse e gli investimenti mutevoli è caratteristica del processo secondario del pensiero riproduttivo, in contrasto con la successione primaria delle associazioni.

Che cosa porta a tale peregrinazione? Il fatto che la rappresentazione di desiderio del ricordo [cioè del neurone *b*] è mantenuta investita mentre si segue l'associazione partendo dal neurone *c*. Noi

sappiamo che un tale investimento del neurone *b* rende più facilitate e accessibili tutte le possibili connessioni.

Nel corso di tale peregrinare può accadere anche che la $Q\eta$ s'incontri con un ricordo legato a un'esperienza di dolore e dia luogo quindi a una liberazione di dispiacere. Dal momento che questo è un segno sicuro che il neurone *b* non può essere raggiunto lungo questa strada, la corrente devierà immediatamente dalla carica in questione. Ma i canali che producono dispiacere mantengono il loro grande valore per la guida della corrente di riproduzione.

Memoria e giudizio

Il pensiero riproduttivo ha dunque uno scopo pratico e una finalità che è stata stabilita biologicamente: riportare una $Q\eta$, che si stia spostando da una percezione superflua, a investire il neurone mancante. Si ottengono in tal modo identità e diritto alla scarica, sempre che, poi, il neurone *b* dia il segno di realtà. Ma il processo può trascurare il secondo di tali scopi [ossia la scarica] e tendere alla sola identità. In questo caso ci troviamo di fronte a un atto di pensiero puro che, però, potrà sempre essere usato, in seguito, nella pratica. Inoltre, in tali casi l'Io investito si comporta esattamente nello stesso modo.

Consideriamo ora la terza possibilità che può verificarsi in uno stato di desiderio, quando in presenza di un investimento di desiderio emerge una percezione che non coincide in alcun modo con l'immagine mnestica desiderata (mnes.+)⁵. Emergerà dunque un interesse a conoscere tale immagine percettiva, in modo che, nonostante tutto, sia possibile trovare una via da essa a mnes.+ . A tale scopo l'immagine percettiva è probabilmente sovraccaricata dall'Io, esattamente come nel caso precedente accadeva solo con una componente di essa, il neurone *c*. Se l'immagine percettiva non è del tutto nuova, essa *richiamerà e farà rivivere* un'immagine percettiva mnestica con la quale ha almeno qualcosa in comune. Il processo del pensiero in precedenza descritto verrà allora ripetuto a proposito di tale immagine mnestica, sebbene privo, fino a un certo grado, dello scopo fornito in precedenza dalla rappresentazione di desiderio che era investita.

Fin quando gli investimenti coincidono, essi non danno occasione per l'attività di pensiero. Invece le parti non coincidenti "provocano interesse" e possono dare spunto ad attività di pensiero di due tipi. O la corrente si dirigerà sui ricordi risvegliati e svilupperà un'attività mnemonica priva di meta, che sarà mossa dalle differenze e non dal-

⁵ [Il segno + può essere interpretato come "investita di desiderio"].

le somiglianze, oppure rimarrà concentrata sulle componenti da poco presentatesi [della percezione] e porrà in essere un'attività di giudizio ugualmente senza meta.

Supponiamo che l'oggetto che fornisce la percezione sia simile al soggetto, cioè un *essere umano prossimo*. L'interesse teorico [suscitato nel soggetto] si spiega anche in quanto un oggetto siffatto è stato contemporaneamente il primo oggetto di soddisfacimento e il primo oggetto di ostilità, così come l'unica forza ausiliare. Per tale ragione è sul suo prossimo che l'uomo impara a conoscere. I complessi percettivi che sorgono da questo prossimo saranno in parte nuovi e incomparabili: ad esempio i suoi lineamenti (nell'ambito visivo); ma altre percezioni visive (ad esempio i movimenti delle mani) coincideranno nel soggetto con i suoi ricordi di analoghe impressioni visive del suo corpo, i quali si assoceranno a ricordi di movimenti sperimentati da lui stesso. La medesima cosa accadrà con altre percezioni dell'oggetto; quindi, ad esempio, se l'oggetto grida, un ricordo delle proprie grida si risveglierà [nel soggetto] rinnovando le sue esperienze di dolore. Così l'insieme costituito da un altro essere umano si divide in due componenti; di cui una si impone per la sua struttura costante come una cosa coerente, mentre l'altra può essere capita mediante l'attività della memoria; ossia può essere ricondotta a un'informazione che [il soggetto] ha del proprio corpo. Tale scomporre un insieme percettivo si chiama *conoscenza* di esso; comporta un *giudizio* e termina quando tale scopo ultimo è realizzato. Come si vede, il giudizio non è una funzione, ma presuppone l'investimento da parte dell'Io delle parti disperate [della percezione]. In un primo momento il giudizio non ha una finalità pratica, e durante il processo del giudizio, l'investimento delle differenti componenti viene forse scaricato. Questo spiegherebbe perché le attività, o "predicati" siano separate attraverso una via piuttosto imprecisa dall'insieme del soggetto.

Da questo punto si potrebbe partire per approfondire l'analisi dell'atto del giudizio, ma ciò costituirebbe una deviazione dal nostro tema. Sarà sufficiente tenere bene a mente che è l'interesse originario a stabilire la situazione di soddisfacimento, che produce in un caso la *riflessione riproduttiva* e nell'altro il *giudizio*, come metodi per procedere dalla situazione percettiva, come essa si presenta in realtà, verso la situazione desiderata. Il presupposto di tutto ciò è il fatto che i processi ψ non facciano il loro corso senza inibizione, ma in relazione a un Io attivo. Con ciò, però, verrebbe dimostrato il senso eminentemente pratico di ogni attività del pensiero.

Pensiero e realtà

Meta e finalità di tutti i processi di pensiero è quindi di stabilire uno *stato d'identità*, di smistare una $Q\eta$ d'investimento proveniente dall'esterno in un neurone investito dall'Io. Il pensiero *conoscitivo* o *giudicante* cerca d'identificarsi con un investimento somatico; il pensiero *riproduttivo* cerca di identificarsi con una propria carica psichica (una propria esperienza vissuta). Il pensiero giudicante opera in anticipo rispetto al pensiero riproduttivo, fornendo a quest'ultimo facilitazioni già pronte per l'ulteriore itinerario associativo. Se, una volta che si è concluso l'atto di pensiero, giunge alla percezione il segno di realtà, allora si ottiene un *giudizio di realtà*, la credenza, e lo scopo di tutta l'attività è raggiunto.

Per quanto riguarda il giudizio, vi è poi da osservare che esso si basa evidentemente sulla presenza di esperienze somatiche, di sensazioni e di immagini motorie del soggetto stesso. Fin quando sono assenti, la parte variabile del complesso percettivo non può essere compresa; essa cioè può essere riprodotta, ma non dà alcuna indicazione per ulteriori direzioni di pensiero. Ad esempio (fatto che avrà importanza più oltre), tutte le esperienze sessuali non producono alcun effetto finché il soggetto non avrà provato sensazioni sessuali, cioè, in genere, fino all'inizio della pubertà.

Il *giudizio primario* sembra presupporre un grado minore d'influenza da parte dell'Io investito di quanto non avvenga per gli atti di pensiero riproduttivi. In esso si tratta unicamente del proseguimento di un'associazione per coincidenze parziali (degli investimenti di desiderio e percettivi), associazione che è senza modificazioni. Così vi sono anche casi nei quali il processo associativo di giudizio si compie con quantità piena. Può dirsi che la percezione corrisponda a un nucleo oggettuale+un'immagine motoria. Mentre si percepisce la percezione, si copia il movimento; ossia s'innerva con tanta forza la propria immagine motoria, suscitata per coincidere [con la percezione], che il movimento si compie. In questo caso si può parlare di percezione avente un *valore imitativo*. Oppure la percezione provoca l'immagine mnestica di una sensazione dolorosa subita dal soggetto stesso, in modo tale che esso prova il dispiacere corrispondente e ripete gli appropriati movimenti difensivi. In ciò abbiamo il valore simpatetico di una percezione.

Questi due casi ci mostrano senz'altro il *processo primario* nel giudizio e possiamo supporre che tutti i giudizi secondari si effettuino mediante l'attenuarsi di questi processi puramente associativi. In origine — mentre in seguito sarà mezzo, di possibile rilevanza prati-

ca, per conoscere un oggetto – il giudizio è dunque un processo di associazione tra gli investimenti dall'esterno e quelli derivati dal corpo stesso dell'individuo, una *identificazione di informazioni, o investimenti, provenienti da φ e dall'interno*. Forse non è infondato supporre che contemporaneamente il giudizio indichi anche il modo con il quale le Q provenienti da φ possano venire trasmesse e scaricate. Quelle che noi chiamiamo cose sono residui che si sottraggono al giudizio.

L'esempio del giudizio ci suggerisce per la prima volta una differenza quantitativa che dobbiamo presumere esista tra il pensiero e il processo primario. È legittimo supporre che, nell'attività del *pensare*, una piccola corrente di innervazione motoria defluisca da ψ , ma solo, ovviamente, se durante tale atto sia innervato un neurone motore o un neurone chiave. Sarebbe però sbagliato considerare tale scarica come il processo stesso di pensiero, del quale essa è solo un risultato non intenzionale e sussidiario. Il processo di pensare consiste nell'investimento di neuroni ψ con modifica della coazione che è creata dalla facilitazione, modifica che avviene per investimento laterale da parte dell'Io. È comprensibile, dal punto di vista meccanico, che qui solo una parte della $Q\eta$ è in grado di seguire le facilitazioni, e che la grandezza di questa parte è costantemente regolata dagli investimenti. Tuttavia è altrettanto chiaro che, in tal modo, una sufficiente $Q\eta$ viene al tempo stesso risparmiata, così da rendere la riproduzione in generale vantaggiosa. Altrimenti l'intera $Q\eta$, che è necessaria per la scarica finale verrebbe spesa ai punti di sfogo motorio durante il suo passaggio. *Il processo secondario quindi è una ripetizione dell'originario flusso ψ , ma a più basso livello e con quantità minori.*

Con $Q\eta$ persino più piccole – ci si può domandare – di quelle che normalmente passano attraverso i neuroni ψ ? Come è possibile che per $Q\eta$ così piccole si aprano vie che sono di norma solo percorribili da quantità più grandi di quelle che ψ usualmente riceve? La sola risposta possibile è che deve esservi una conseguenza meccanica degli investimenti laterali. Dobbiamo concludere che le cose sono organizzate in modo che, quando vi è un investimento laterale, le piccole $Q\eta$ possono scorrere attraverso facilitazioni che sarebbero normalmente attraversate solo da quelle grandi. L'investimento laterale "lega", per così dire, un certo importo della $Q\eta$ che corre attraverso il neurone.

Il pensare deve poi soddisfare un'altra condizione. Esso non deve portare sostanziali cambiamenti alle facilitazioni stabilite dai processi primari, altrimenti falsificherebbe le tracce della realtà. A tale proposito basti osservare che la facilitazione è probabilmente

il risultato [del passaggio] di una singola quantità notevole e che l'investimento, quantunque molto potente al momento, non lascia dietro di sé un effetto di durata paragonabile. In genere le piccole Q che passano durante il pensiero non possono prevalere sulle facilitazioni.

Non vi è dubbio inoltre del fatto che il processo di pensiero lascia tracce permanenti, dal momento che ripensare [*zweites Überdenken*] a qualcosa una seconda volta richiede uno sforzo molto minore della prima. Perché la realtà non venga falsificata, dunque, devono esservi speciali tracce (indicazioni dei processi di pensiero) che rappresentino una memoria del pensiero, qualcosa che non è stato fino ad oggi possibile formulare. Più avanti vedremo con quali mezzi le tracce dei processi di pensiero siano distinte dalle tracce della realtà.

Processi primari: sonno e sogno

Si pone a questo punto il problema di comprendere da quali fattori quantitativi sia messo in atto il processo primario ψ . Nel caso dell'esperienza di dolore tale origine è ovviamente la Q che irrompe dall'esterno. Nel caso di un affetto si tratta della Q endogena liberata dalla facilitazione. Nel caso del processo secondario del pensiero riproduttivo, una maggiore o minore $Q\eta$ può naturalmente essere trasferita dall'Io al neurone c , e questa può venire indicata come l'interesse di pensiero ed è proporzionale all'interesse affettivo, laddove questo si sia potuto sviluppare. Si tratta solo di sapere se esistano processi ψ di natura primaria per i quali sia sufficiente la $Q\eta$ fornita da φ , o se all'investimento φ della percezione si aggiunga automaticamente un contributo ψ (ovvero l'attenzione), che sia il solo a rendere possibile un processo ψ . Tale problema rimane aperto, sebbene forse possa essere risolto in riferimento a particolari fatti psicologici.

Uno di tali importanti fatti è che i processi primari ψ , quelli che sono stati biologicamente a poco a poco repressi nel corso dello sviluppo di ψ , si ripresentano quotidianamente a noi durante il sonno. Un secondo fatto, ugualmente importante, è che i meccanismi patologici rilevati dalla più attenta analisi nelle psiconevrosi hanno la più grande somiglianza con i processi onirici. Da tale confronto, che in seguito approfondiremo, segue la conclusione più importante.

Anzitutto il fatto stesso del sonno deve essere incluso nella nostra teoria. La *condizione essenziale* del sonno è facilmente riconoscibile nei bambini. Se non sono disturbati da bisogni o da stimoli esterni (fame o sensazioni di freddo derivanti dal bagnato), i bambini conti-

Sigmund Freud

Psicoanalisi dell'isteria e dell'angoscia

Edizioni integrali

Seconda edizione: maggio 2010

© 1992, 2006, 2010 Newton Compton editori s.r.l.
Roma, Casella postale 6214

ISBN 978-88-541-1726-6

www.newtoncompton.com



Grandi Tascabili Economici
Newton

SIGMUND FREUD/JOSEF BREUER

STUDI SULL'ISTERIA

(1892/1895)

PREFAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE

L'interesse che, in proporzione costantemente crescente, viene rivolto alla psicoanalisi sembra ora estendersi anche a questi *Studi sull'isteria*. L'editore desidera preparare una nuova edizione del libro, attualmente esaurito. Ora ne compare la ristampa, senza alcuna modifica, benché le opinioni e i metodi, proposti nella prima edizione, abbiano nel frattempo subito notevolissimi e profondi sviluppi. Per quanto mi riguarda personalmente, da quel tempo non mi sono più occupato attivamente dell'argomento, non ho avuto parte in questo importante sviluppo e non potrei aggiungere nulla di nuovo a quanto pubblicato nel 1895. Pertanto non ho potuto far altro che esprimere il desiderio che i miei contributi al volume venissero ristampati senza alcuna modifica.

BREUER

Anche per quanto riguarda la mia parte di libro, l'unica decisione possibile era che il testo della prima edizione venisse ristampato senza alcuna alterazione. Gli sviluppi ed i cambiamenti delle mie opinioni nel corso di tredici anni di lavoro sono troppo profondi perché sia possibile collegarli al mio dettato originario senza distruggerne il carattere essenziale. Neppure ho ragione alcuna per desiderare di eliminare questa prova delle mie prime opinioni. Persino oggi io non le considero errori, ma come prime, valide approssimazioni a una conoscenza che poteva essere acquistata solo dopo lunghi e continui sforzi. Il lettore attento sarà in grado di ravvisare in questo libro i germi di tutto ciò che è stato aggiunto da allora, alla teoria della catarsi: per esempio, il ruolo dei fattori psicosessuali e dell'infantilismo, l'importanza dei sogni e del simbolismo inconscio. E non potrei dare, a chiunque si interessi all'evoluzione della catarsi in psicoanalisi, un miglior consiglio di quello di cominciare con gli *Studi sull'isteria* seguendo il cammino che io stesso ho percorso.

FREUD

Vienna, luglio 1908

1. Comunicazione preliminare. Meccanismo psichico dei fenomeni isterici *

SIGMUND FREUD/JOSEF BREUER

1.

Osservazioni occasionali ci hanno condotto, nel corso di molti anni, a studiare un gran numero di forme e sintomi differenti di isteria, con l'intento di scoprirne la causa scatenante, ossia quell'evento che ha provocato la prima comparsa del fenomeno in questione, spesse volte parecchi anni prima. Nella gran maggioranza dei casi non è possibile stabilire il momento di origine mediante il semplice interrogatorio del paziente, per quanto esauriente questo possa essere. Ciò si deve in parte al fatto che molte volte il fenomeno in questione è rappresentato da qualche esperienza di cui il paziente non ama parlare. Ma la cagione fondamentale è che il paziente è sinceramente incapace di rammentarlo e spesse volte nemmeno sospetta l'esistenza di un nesso causale tra l'evento scatenante ed i fenomeni patologici. Di regola è necessario ipnotizzare il paziente onde rievocare, sotto ipnosi, i ricordi relativi al tempo in cui i sintomi fecero la loro prima comparsa. Così facendo, è possibile mettere in luce questo nesso nel modo più chiaro e convincente.

Questo metodo in un gran numero di casi ha dato risultati che ci paiono validi sia da un punto di vista teorico che da un punto di vista pratico.

Essi sono teoricamente importanti perché ci hanno insegnato che gli eventi esterni determinano la patologia dell'isteria in proporzione molto maggiore di quanto è attualmente conosciuto e ammesso. Naturalmente è ovvio che, in casi di isteria «traumatica», è l'incidente quello che provoca i sintomi. Il nesso causale è parimenti evidente negli attacchi isterici quando sia possibile ottenere dal paziente la prova che egli, in occasione di ogni accesso, ha la rappresentazione allucinatoria dello stesso evento che scatenò il primo attacco.

Nel caso di fenomeni di ordine differente la situazione è più oscura.

Però le nostre esperienze ci hanno dimostrato che i sintomi più diversi, che sono prodotti evidentemente spontanei e, si può dire, idiopatici dell'isteria, sono tanto strettamente correlati col trauma precipitante quanto lo sono i fenomeni, cui abbiamo or ora accennato, la cui

* [Come indicato nella «Prefazione alla prima edizione» dell'aprile 1895, questo primo capitolo, opera collettiva di Josef Breuer e Sigmund Freud, fu pubblicato originariamente come lavoro a sé stante sui nn. 1 e 2 di *Neurologisches Zentralblatt* del 1893.]

connessione col trauma è ben chiara. Tra i sintomi, il decorso dei quali abbiamo potuto risalire fino ai fattori precipitanti, si trovano nevralgie ed anestesi di natura quanto mai varia, molte delle quali sono perdurate per anni, spasmi e paralisi, attacchi isterici e convulsioni epilettoidi, che qualsiasi osservatore scambiarebbe per vera epilessia, piccolo male e disturbi del tipo del *tic*, vomito abituale ed anoressia, fino al rifiuto totale di ogni nutrimento, varie forme di turbe visive, allucinazioni visive ricorrenti in modo costante, ecc. Ciò che ormai siamo abituati ad osservare invariabilmente nelle nevrosi traumatiche è la sproporzione tra la pluriennale durata della sintomatologia isterica e l'unicità del fatto che l'ha provocata. Assai spesso è qualche evento dell'infanzia quello che ha provocato un sintomo più o meno grave che persiste negli anni seguenti.

Il nesso è spesso talmente chiaro che è perfettamente evidente come l'evento scatenante abbia prodotto un dato fenomeno anziché un altro qualsiasi. In tal caso il sintomo è stato molto chiaramente determinato dalla causa scatenante. Possiamo citare, come un esempio molto comune, il caso di un'emozione penosa insorta durante un pasto, ma rimossa in quel momento, e la nausea e vomito conseguenti, che persistono per mesi sotto forma di vomito isterico. Una ragazza, che vegliava al capezzale di un malato in un tormentoso stato di ansia cadde in uno stato crepuscolare ed ebbe un'allucinazione terrificante, mentre le si intorpidiva il braccio destro, che poggiava sullo schienale della sedia; da ciò si sviluppò una paresi di questo braccio con contrattura e anestesia. Cercò di pregare ma non trovò le parole; alla fine riuscì a ripetere una preghiera infantile in inglese. In seguito, allorché le si manifestò una grave isteria con serie complicazioni ella sapeva parlare, scrivere e capire soltanto l'inglese, mentre la sua lingua materna le rimase inintelligibile per diciotto mesi. La madre di una bambina molto malata, che si era finalmente addormentata, concentrò tutta la propria volontà sul fatto di rimanere silenziosa per non destarla. Proprio a causa di questa sua intenzione ella fece uno «schiocco» con la lingua (un esempio di «controvolutezza isterica»). Questo rumore fu ripetuto in una successiva occasione, nella quale ella intendeva mantenersi perfettamente silenziosa; da ciò prese origine un *tic*, sotto forma di schiocco della lingua, che si manifestò per lunghi anni ogni volta che ella si sentiva eccitata. Un uomo molto intelligente, mentre il fratello era sottoposto, sotto anestesia, all'estensione di un'articolazione dell'anca anchilosata, nell'istante in cui l'articolazione cedette con un rumore di scatto, percepì un violento dolore all'anca, persistito per quasi un anno. Si potrebbero citare altri esempi.

In altri casi il nesso non è così semplice. Esso è rappresentato solamente da ciò che potrebbe essere definito come un rapporto «simbolico» tra causa scatenante e fenomeno patologico, un rapporto, quindi, del genere di quelli che gli individui sani istituiscono nei sogni. Per esempio, ad una sofferenza psichica o a un vomito derivato da una sensazione di disgusto morale, può seguire una nevralgia. Noi abbiamo studiato dei pazienti in cui questo tipo di simbolizzazione era

quanto mai abbondante. In altri casi ancora non è possibile comprendere a prima vista come i sintomi si possano essere stabiliti nel modo che abbiamo suggerito. Sono proprio i sintomi tipici dell'isteria che rientrano in questa classe, come la emianestesia, il restringimento del campo visivo, le convulsioni epilettiformi, e così via. Rimandiamo una spiegazione delle nostre opinioni su questo gruppo ad una più estesa trattazione dell'argomento.

Ci sembra che osservazioni di questo genere vengano a stabilire un'analogia tra la patogenesi dell'isteria comune e quella delle nevrosi traumatiche, tale da giustificare un'estensione del concetto di isteria traumatica. Nelle nevrosi traumatiche la causa efficiente della malattia non è l'insignificante lesione fisica, ma l'effetto della paura: il trauma psichico. Analogamente, le nostre ricerche rivelano che le cause scatenanti di molti sintomi isterici, se non della maggior parte di essi, non possono essere descritte altrimenti che come traumi psichici. Qualsiasi esperienza che susciti una situazione emotiva penosa – quale la paura, l'ansia, la vergogna o il dolore fisico – può agire da trauma di questo genere e che ciò si verifichi effettivamente dipende, abbastanza naturalmente, dalla suscettibilità della persona colpita (come pure da altre condizioni di cui faremo cenno più avanti). Nel caso dell'isteria comune capita sovente di trovare numerosi traumi parziali, che costituiscono un *gruppo* di cause scatenanti, in luogo di un singolo trauma importante. Detti traumi sono stati in grado di esercitare il loro effetto soltanto per via di sommazione e hanno in comune il fatto di essere le componenti parziali di una serie di disturbi riuniti in una stessa anamnesi. Vi sono altri casi in cui una circostanza evidentemente banale viene a combinarsi con l'evento causale effettivo, o si verifica durante un periodo di particolare reattività agli stimoli, assurgendo in tal maniera alla dignità di un trauma, che altrimenti non avrebbe posseduto, e mantenendola da quel momento.

Ma il rapporto causale tra il trauma psichico determinante e il fenomeno isterico non è di un genere tale da comportare che il trauma agisca semplicemente da agente provocatore nello scatenare il sintomo, che in seguito viene a possedere un'esistenza indipendente. Dobbiamo presupporre che il trauma psichico – o, più esattamente, il ricordo del trauma – agisca come un corpo estraneo che, anche molto tempo dopo la sua penetrazione, deve seguire ad essere considerato come un agente ancora attivo. Una prova di ciò noi la troviamo in un fenomeno assai degno di rilievo, che, nel contempo, comporta un notevole interesse *pratico* per le nostre osservazioni.

Infatti abbiamo scoperto, inizialmente con grande stupore, che *ogni singolo sintomo isterico scompariva immediatamente e permanentemente nel caso in cui fossimo riusciti a riportare chiaramente alla luce il ricordo dell'accaduto, dal quale esso era stato provocato, e a suscitare lo stato affettivo che ad esso si accompagnava, purché il paziente descrivesse quell'accaduto il più particolareggiatamente possibile e accompagnasse le parole con il corrispondente stato emotivo.* Il ricordo senza emozione non produce quasi mai alcun effetto. Il processo psichico originariamente verificatosi deve essere ricostruito nel

modo più vivo possibile; deve essere riportato al suo *status nascendi* e quindi espresso con parole.

Nei casi in cui si ha a che fare con fenomeni comportanti stimolazioni (spasmi, nevralgie, allucinazioni) essi ricompaiono una volta ancora col massimo di intensità e poi svaniscono per sempre. Deficit funzionali, quali parestesie e anestesie, scompaiono nello stesso modo, naturalmente senza che si possa evidenziare un aumento transitorio di intensità¹.

È comprensibile che si pensi che in questi casi entri in gioco la suggestione inconscia: il paziente si aspetta da questo procedimento un sollievo alle sue sofferenze, ed è la sua aspettativa, e non già il resoconto verbale, il fattore operante. Però le cose non stanno così. Il primo caso del genere che cadde sotto la nostra osservazione risale al 1881, vale a dire all'epoca «pre-suggestione». Analizzammo con questa metodica un caso assai complesso di isteria ed eliminammo separatamente i sintomi, i quali traevano origine da cause separate. Tale osservazione fu resa possibile grazie ad un'auto-ipnosi spontanea del paziente, e fu causa di grande sorpresa per l'osservatore.

Potremmo invertire il detto *cessante causa cessat effectus* (col cessare della causa cessa l'effetto) e concludere, in base a queste osservazioni, che il processo causale continua a essere operante, in qualche modo, per anni – non indirettamente, attraverso una catena di anelli causali intermedi, ma a guisa di causa scatenante *diretta* – proprio come un dolore psichico, che venga ricordato in stato di coscienza vigile, provoca una secrezione lacrimale ancora per molto tempo dopo l'accaduto. *Gli isterici soffrono principalmente di reminiscenze*².

2.

A prima vista sembra straordinario che eventi vissuti tanto tempo prima debbano seguitare ad agire così intensamente, che il loro ri-

¹ La possibilità di un procedimento terapeutico di questo genere è stata chiaramente riconosciuta da Delbeuf e Binet, come è dimostrato dalle seguenti citazioni: «On s'expliquerait dès lors comment le magnétiseur aide à la guérison. Il remet le sujet dans l'état où le mal s'est manifesté et combat par la parole le même mal, mais renaissant». («Potremo ora spiegare come l'ipnotizzatore contribuisca alla guarigione. Egli riporta il soggetto nello stato in cui si trovava allorché il disturbo si è manifestato e combatte mediante parole questo stesso disturbo che ora torna a manifestarsi») (Delbeuf, *Le magnétisme animal*, Parigi 1889) – «... peut-être verra-t-on qu'en reportant le malade par un artifice mental au moment même où le symptôme a apparu pour la première fois, on rend ce malade plus docile à une suggestion curative.» (... forse si scoprirà che, riportando il malato, mercé un artificio mentale, all'istante stesso in cui il sintomo fece la sua prima comparsa, si può rendere il malato più ricettivo ad una suggestione terapeutica) (Binet, *Les altérations de la personnalité*, Parigi 1892, p. 243) – Nell'interessante studio di Janet sull'automatismo mentale (1889) si trova un resoconto della cura di una giovane isterica condotta con un metodo simile al nostro.

² In questa comunicazione preliminare non ci è possibile far distinzione fra ciò che è nuovo e ciò che è stato detto da altri autori, come Moebius e Strümpell che hanno espresso delle opinioni sulla isteria simili alle nostre. La massima approssimazione a quanto dobbiamo dire degli aspetti teorici e terapeutici della questione, si trova in talune note di Benedikt, pubblicate saltuariamente. Ne tratteremo altrove.

cordo non vada incontro a quel processo di estinzione cui sono, in fin dei conti, sottoposti tutti i nostri ricordi. Il fatto sarà forse reso un po' meglio comprensibile dalle considerazioni che seguono.

L'estinguersi di un ricordo o la perdita della sua carica affettiva dipendono da diversi fattori, il più importante dei quali è il fatto se vi sia o non vi sia stata un'intensa reazione all'accaduto che determina un'emozione. In questo caso, per reazione intendiamo l'intera gamma di riflessi volontari ed involontari – dalle lacrime agli atti di rivolta – nei quali, come l'esperienza ci insegna, si scaricano gli stati emotivi. Se tale reazione si manifesta in grado sufficiente, si ha il risultato che gran parte dello stato emotivo scompare. Il linguaggio parlato dà una dimostrazione di questo fatto, osservabile quotidianamente, con espressioni come «sfogarsi nel pianto» (*sich ausweinen*) o «scaricare» (*sich austoben*, letteralmente «gettar fuori la rabbia»). Se la reazione è repressa, lo stato emotivo rimane impresso nella memoria. Un'offesa che sia stata vendicata, se non altro almeno a parole, viene ricordata molto diversamente da una che si sia dovuta sopportare. Anche il linguaggio riconosce questa distinzione nelle sue conseguenze mentali e fisiche; esso definisce, molto caratteristicamente, un'offesa sopportata in silenzio come una «mortificazione» (*Kränkung*, lett. «rendere ammalato»). La reazione al trauma della persona offesa esercita un effetto «catartico», totale se è una reazione *adeguata*, come, per esempio, la vendetta. Ma il linguaggio serve da succedaneo della azione; grazie ad esso uno stato emotivo può subire una «abreazione» quasi altrettanto efficace. In altri casi l'espressione verbale rappresenta di per sé un riflesso efficace, come quando, per esempio, si esprimono delle lamentele o si rivela un segreto tormentoso, per esempio con una confessione. Se tale reazione manca, sia essa di fatti o di parole, o nei casi più leggeri, di lacrime, ogni ricordo dell'accaduto mantiene il tono affettivo che si manifestò la prima volta.

Però l'«abreazione» non è l'unica maniera possibile di affrontare la situazione per una persona normale che abbia provato un trauma psichico. Un ricordo di questo trauma, persino se non vi è stata l'abreazione, entra nel grande complesso di associazioni, viene in contatto con altre esperienze, che possono contraddirgli, ed è sottoposto ad una rettificazione da parte di altre idee. Per esempio, dopo un incidente, il ricordo del pericolo e il ripetersi (attenuato) dello stato di paura, vengono ad associarsi con il ricordo di quanto è accaduto dopo: il salvataggio e la consapevolezza dell'attuale sicurezza. Ancora: il ricordo che un individuo ha di un'umiliazione viene corretto collocando i fatti nella loro giusta luce, considerando la propria superiorità, ecc. In tal modo un individuo normale è in grado di realizzare, mediante il processo di associazione, la scomparsa della concomitante reazione affettiva.

Dobbiamo aggiungere a ciò la generica estinzione delle impressioni, quello svanire di ricordi che chiamiamo «oblio» e che allontana in particolare quelle idee che non sono più operanti dal punto di vista affettivo.

D'altro canto le nostre osservazioni hanno dimostrato che i ricordi

che sono divenuti fattori determinanti dei fenomeni isterici, persistono a lungo con stupefacente freschezza e con tutta la loro coloritura affettiva. Dobbiamo, però, accennare a un altro fatto degno di nota, di cui più avanti potremo rendere ragione, vale a dire che questi a differenza di altri ricordi della vita trascorsa, non sono disponibili per i pazienti. Al contrario, *queste esperienze sono completamente assenti dalla memoria dei pazienti, quando essi si trovano in una condizione psichica normale, oppure sono presenti solamente in una forma quanto mai sommaria*. Questi ricordi non riemergeranno, con l'intatta vivacità di un avvenimento recente, se non quando saranno evocati sotto ipnosi.

Per esempio una delle nostre pazienti riprodusse per sei interi mesi, sotto ipnosi, con allucinante vividezza, tutto ciò che l'aveva eccitata nello stesso giorno dell'anno precedente, durante un attacco di isteria acuta. Un diario, tenuto dalla madre della paziente a insaputa di questa, confermò la completezza della riproduzione. Un'altra paziente, in parte sotto ipnosi e in parte nel corso di accessi spontanei, riviveva con allucinante chiarezza tutti gli eventi di una psicosi isterica che aveva in massima parte dimenticato fino al momento in cui riemergeva. Inoltre, certi ricordi, aventi importanza etiologica, che risalivano a quindici-venti anni prima, risultarono meravigliosamente conservati e dotati di una notevole intensità affettiva, sì che, quando ritornavano, agivano con tutta la potenza emotiva delle esperienze nuove.

Si può dare una spiegazione di ciò supponendo che questi ricordi rappresentino un'eccezione nei confronti del processo di estinzione di cui si è detto sopra. *Vale a dire che risulta che tali memorie corrispondono a traumi per i quali l'abreazione non è stata sufficiente*, e se esaminiamo più a fondo le ragioni che l'hanno impedita, troviamo almeno due serie di condizioni in occasione delle quali la reazione al trauma manca di realizzarsi.

Nel primo gruppo vi sono quei casi in cui i pazienti non hanno reagito a un trauma psichico in quanto la natura del trauma escludeva una reazione, come nel caso della perdita, evidentemente irreparabile, di una persona amata, o nel caso in cui circostanze di ordine sociale rendevano impossibile la reazione o perché si trattava di cose che il paziente voleva dimenticare e che, quindi, furono intenzionalmente represses dal suo pensiero cosciente, e poi inibite ed eliminate. Sono proprio dei fatti dolorosi di questo genere che noi troviamo, mediante l'ipnosi, alla base dei fenomeni isterici (p. es. deliri isterici di santi e di monache, di donne che praticano la continenza e di ragazzi bene educati).

Il secondo gruppo di condizioni è determinato non dal contenuto dei ricordi ma dagli stati psichici in cui si trovava il paziente quando subì le esperienze in questione. Infatti noi, sotto ipnosi, scopriamo, tra le cause dei sintomi isterici, delle idee che non sono significative di per se stesse, ma la cui persistenza è dovuta al fatto che nacquero mentre erano in atto stati emotivi fortemente inibenti, quali lo stato crepuscolare semi-ipnotico del sogno a occhi aperti, l'auto-ipnosi, e

così via. In tali casi è la natura stessa di questi stati che rende impossibile una reazione di fronte all'evento.

Entrambi i tipi di condizioni possono, naturalmente, essere contemporaneamente presenti, e questo, di fatto, si verifica di frequente.

Si dà questo caso quando un trauma, di per sé efficace, si verifica mentre è in atto uno stato emotivo fortemente inibente ovvero durante uno stato di alterazione della coscienza. Però sembra anche che in molti individui sia il trauma psichico a provocare uno di questi stati anormali, ciò che rende impossibile una reazione all'evento. Però, entrambi i gruppi di condizioni hanno in comune il fatto che i traumi psichici che non sono stati superati da una reazione non possono nemmeno essere superati mediante l'associazione. Nel primo gruppo, il paziente è deciso a dimenticare le esperienze penose e quindi le esclude per quanto possibile dall'associazione, mentre, nel secondo gruppo, il lavoro associativo non avviene perché manca un collegamento associativo sufficientemente esteso tra lo stato normale di coscienza e gli stati patologici durante i quali le idee fecero la loro comparsa. Avremo immediata occasione di approfondire l'argomento.

Pertanto si può affermare che le idee che sono divenute patologiche, persistono con tale freschezza e potenza affettiva perché non hanno subito il normale processo di cancellazione ottenibile mediante l'abreazione e la riproduzione in stati di associazione non inibita.

3.

Abbiamo descritto le condizioni alle quali, come ci insegna la nostra esperienza, è imputabile il manifestarsi di fenomeni isterici da trauma psichico. Nel fare ciò siamo già stati costretti a parlare di stati di coscienza anormali, in cui tali idee patologiche insorgono, e a ribadire il concetto che il ricordo del trauma psichico causale non si può ritrovare nella memoria normale del paziente ma nella sua memoria quando è ipnotizzato. Quanto più ci siamo occupati di questi fenomeni, tanto più ci siamo venuti convincendo che quello *sdoppiamento della coscienza, tanto evidente nei ben conosciuti e classici casi noti come double conscience*³, *si ha in grado rudimentale anche in tutte le forme di isteria, e che una tendenza a tale dissociazione, e, concomitante con essa, la comparsa di stati anormali della coscienza (che riuniremo sotto il termine di ipnoidi) sono i fenomeni fondamentali di questa nevrosi*. In questo modo di vedere noi concordiamo con Binet e con i due Janet⁴, pur non disponendo noi di osservazioni tanto interessanti quali quelle fatte da essi su pazienti in anestesia.

Vorremmo contrapporre alla tesi corrente, secondo la quale l'ipnosi è un'isteria artificiale, un'altra tesi: base e condizione *sine qua non* dell'isteria è l'esistenza di stati ipnoidi. Questi stati ipnoidi hanno in

³ [Termine francese per «coscienza sdoppiata»].

⁴ [Pierre e Jules.]

4. Psicoterapia dell'isteria *

SIGMUND FREUD

Nella «Comunicazione preliminare» abbiamo riferito che nel corso della nostra ricerca sull'etiologia dei sintomi isterici, trovammo anche un metodo terapeutico che ci sembrò di importanza pratica. Infatti abbiamo scoperto, inizialmente con grande stupore, che ogni singolo sintomo isterico scompariva immediatamente e permanentemente nel caso in cui fossimo riusciti a riportare chiaramente alla luce il ricordo dell'avvenimento dal quale esso era stato provocato, e a suscitare lo stato affettivo che ad esso si accompagnava; purché il paziente descrivesse l'avvenimento in questione il più particolareggiatamente possibile e accompagnasse le parole con il corrispondente stato emotivo.

In seguito ci siamo sforzati di spiegare il modo in cui agisce il nostro metodo psicoterapeutico. «Esso viene a esaurire l'energia attiva dell'idea che, originariamente, non aveva subito l'abreazione, permettendo allo stato emotivo soffocato di trovare sfogo attraverso le parole; inoltre lo sottopone a una correzione associativa introducendola grazie alla suggestione del curante, come avviene nel sonnambulismo accompagnato da amnesia.»

Adesso tenterò di fornire un resoconto articolato dei risultati che il metodo ci dà, sotto quali rispetti questi siano superiori a quelli conseguiti da altri metodi, secondo quale tecnica vada applicato e quali difficoltà presenti. Gran parte della essenza del metodo è già contenuta nelle storie cliniche di cui alla prima parte del libro, per cui non potrò non ripetermi nel resoconto che segue.

1.

Per quanto mi riguarda, posso dire di ritenere tuttora valido quanto pubblicato nella «Comunicazione Preliminare». Comunque devo confessare che, negli anni che sono trascorsi da allora, — durante i quali mi sono occupato incessantemente dei problemi di cui essa tratta — nella mia mente si sono formate nuove convinzioni. Queste mi hanno condotto a raggruppare e a interpretare, almeno in parte, diversamente il materiale scientifico a mia disposizione in quel tempo. Non

* [Sul problema dei fenomeni isterici Freud aggiunge qui all'illustrazione della tecnica di Breuer, una serie di considerazioni teoriche che in larga misura si spingono ben più in là di quanto il collega più anziano non fosse disposto a concedere.]

sarebbe bello se volessi accollare una porzione troppo grande della responsabilità di questa evoluzione al mio onorato amico Dott. Josef Breuer. Per tale ragione le considerazioni che seguono sono quasi del tutto sotto la mia responsabilità. Quando ho tentato di applicare ad un numero relativamente grande di pazienti il sistema di cura di Breuer per il trattamento dei sintomi isterici mediante la loro ricerca e abreazione sotto ipnosi, mi sono imbattuto in due difficoltà, la cui considerazione mi ha indotto a modificare sia la tecnica sia il modo di interpretare i fatti. 1. Ho scoperto che non tutti coloro che presentavano segni indubitabili di isterismo potevano essere ipnotizzati, pur essendo governati, con tutta probabilità, dallo stesso meccanismo psichico; 2. mi sono veduto costretto a prendere posizione sulla questione di ciò che, in fin dei conti, caratterizza l'isteria e la distingue dalle altre nevrosi.

Rimanderò a più tardi la descrizione di come ho superato la prima difficoltà e di che cosa ho appreso da essa e comincerò con l'illustrare l'attitudine da me assunta nella pratica quotidiana nei confronti del secondo problema. È molto difficile farsi un'idea precisa di un caso di nevrosi prima di averlo sottoposto ad un'approfondita analisi, analisi che, in effetti, non può essere condotta che con il metodo di Breuer. Ma bisogna prendere una decisione sulla diagnosi e sul tipo di terapia da adottare, prima ancora di arrivare a questa completa conoscenza del caso. Dunque l'unico partito cui potevo attenermi era quello di scegliere, per il trattamento catartico, quei casi che potevano essere diagnosticati provvisoriamente come isteria, in quanto presentavano una o più stigmate e sintomi caratteristici dell'isteria. A volte accadeva che, nonostante la diagnosi di isteria, i risultati terapeutici fossero piuttosto scarsi e che nemmeno l'analisi riuscisse a portare alla luce qualcosa di interessante. In altre occasioni ancora, ho tentato di applicare il metodo di Breuer alla cura di nevrosi che nessuno avrebbe scambiato per isteria e ho scoperto che in questo modo era possibile esercitare su di esse un'influenza e chiarirle efficacemente. Ho fatto questa esperienza, per esempio, con le idee ossessive, vere e proprie del tipo di Westphal, in casi senza un solo segno che ricordasse l'isteria. Pertanto il meccanismo psichico descritto nella «Comunicazione Preliminare» non poteva essere patognomonicamente dell'isteria. Nemmeno potevo risolvermi, solo per conservare a quel meccanismo il suo carattere distintivo, ad accomunare all'isteria tutte queste altre nevrosi. Alla fine trovai una soluzione a tutti questi dubbi che mi assillavano nel sistema di trattare tutte le altre nevrosi in questione alla stessa maniera dell'isteria. Decisi di studiare la loro etiologia e la natura del loro meccanismo psichico in tutti i casi e di lasciare che la decisione se la diagnosi di isteria fosse giustificata dipendesse dall'esito della ricerca.

Dunque, prendendo le mosse dal metodo di Breuer, mi trovai impegnato a studiare l'etiologia e il meccanismo delle nevrosi in generale. Ebbi la ventura di arrivare a risultati di qualche utilità pratica in tempo relativamente breve. In primo luogo fui costretto a riconoscere che, nei limiti in cui si può parlare di cause determinanti che condu-

cono all'*acquisizione* delle nevrosi, la loro etiologia dev'essere ricercata nei fattori *sessuali*. Ne seguì la scoperta che fattori sessuali differenti, nel senso più generale, producono diversi quadri di disturbi nevrotici. Quindi divenne possibile, nei limiti di convalida di questo rapporto, arrischiarsi a far uso dell'etiologia allo scopo di caratterizzare le nevrosi e di tracciare nette linee di demarcazione tra i quadri clinici delle diverse nevrosi. La cosa era naturalmente giustificata nei casi in cui le caratteristiche etiologiche coincidevano esattamente con quelle cliniche.

In questo modo trovai che la nevrastenia presentava un quadro clinico monotono in cui, secondo quanto dimostrava la mia analisi, non entrava in gioco un «meccanismo psichico». Vi era una netta distinzione tra nevrastenia e «nevrosi ossessiva» (nevrosi con idee ossessive propriamente detta). In quest'ultima potei individuare un complesso meccanismo, un'etiologia simile a quella dell'isteria e una grande possibilità di ridurlo mediante la psicoterapia. D'altro canto, mi parve assolutamente necessario separare dalla nevrastenia un complesso di sintomi nevrotici che dipendevano da un'etiologia del tutto differente, addirittura agli antipodi. I sintomi costituenti questo complesso sono accomunati da una caratteristica già riconosciuta da Hecker. Infatti essi sono o sintomi o equivalenti di *manifestazioni di ansia*, e, per tale ragione, ho dato a questo complesso, che dev'essere distinto dalla nevrastenia, il nome di «nevrosi d'angoscia» e ho sostenuto che essa insorge per accumulo di tensione fisica, la quale a sua volta è, anch'essa, di origine sessuale. Neppure questa nevrosi ha alcun meccanismo psichico, ma esercita immancabilmente un'influenza sulla vita mentale, di modo che l'«attesa ansiosa», le fobie, l'ipersensibilità al dolore, ecc., sono tra le sue abituali manifestazioni. Questa nevrosi ansiosa, nel senso che io do al termine, senza dubbio coincide in parte con la nevrosi che, sotto il nome di «ipocondria», trova posto in molte trattazioni a fianco dell'isteria e della nevrastenia. Ma non posso considerare i limiti, assegnati all'ipocondria in nessuno di questi lavori, come definiti, e l'applicabilità di questo nome mi sembra pregiudicata dal rapporto fisso tra questo termine e il sintomo della «paura della malattia».

Dopo aver fissato in questo modo i semplici quadri della nevrastenia, della nevrosi d'ansia e delle idee ossessive, ho proseguito col prendere in considerazione i casi di nevrosi che comunemente si riuniscono sotto la diagnosi di isteria. Ho riflettuto che non era giusto etichettare come isteria una nevrosi nel suo insieme, solo perché nel complesso dei suoi sintomi si stagliavano alcuni segni isterici. E un modo di fare che posso ben capire, dato che l'isteria, di tutte le nevrosi allo studio, è la più antica, la meglio conosciuta e la più impressionante; ma si tratta di un abuso perché attribuisce all'isteria tanti segni di perversione e di degenerazione. Ogni qualvolta un segno isterico, come un'anestesia o una crisi tipica, era osservato in un caso complesso di degenerazione psichica, la condizione nel suo insieme veniva descritta come attinente all'«isteria», per cui non è sorprendente se sotto questa etichetta si trovavano riunite insieme le cose

peggiori e più eterogenee. Ma come era sicuro che tale diagnosi fosse errata, era altrettanto sicuro che noi dovevamo distinguere tra di loro l'isteria e le varie nevrosi; e poiché ci sono familiari la nevrastenia, la nevrosi d'ansia, ecc., in forma pura, non vi era più bisogno di confonderle in un quadro composito.

Pertanto l'ipotesi seguente ci sembrava la più attendibile. Le nevrosi che più comunemente si osservano, per lo più devono essere considerate «miste». La nevrastenia e le nevrosi d'ansia si trovano facilmente anche in forma pura, soprattutto nei giovani. Le forme pure di isteria e di nevrosi ossessive sono rare; di regola queste due nevrosi sono combinate con la nevrosi d'ansia. La ragione per cui le nevrosi miste sono tanto frequenti è che i loro fattori etiologici sono assai commisti, talora solo per caso, talora in ragione di rapporti causali tra i processi da cui derivano i fattori etiologici delle nevrosi. Non vi sono difficoltà nell'evidenziare questo fatto e dimostrarlo particolareggiatamente. Però, per quanto riguarda l'isteria, risulta che questa malattia non può essere separata, a scopo di studio, dai suoi legami con le nevrosi sessuali, e che di solito essa rappresenta soltanto un aspetto di un complesso caso di nevrosi, per cui solo in casi limite può essere osservata e curata isolatamente. In moltissimi casi potremo forse dire: *a potiori fit denominatio* (vale a dire, il nome è stato dato in base alla caratteristica predominante).

Ora esaminerò i casi clinici già descritti allo scopo di vedere se depongano a favore della mia opinione che l'isteria non è un'entità clinica indipendente.

La paziente di Breuer, Anna O., sembra contraddire alla mia opinione ed essere un esempio di turba isterica allo stato puro. Però questo caso, che è stato tanto fruttuoso per la nostra conoscenza dell'isteria, non fu affatto considerato dal suo osservatore sotto il punto di vista della nevrosi sessuale, per cui ora è del tutto inutile per questo scopo. Quando presi ad analizzare la seconda paziente, Frau Emmy von N., era ben lontana dalla mia mente l'idea che la base dell'isteria fosse una nevrosi sessuale. Ero da poco uscito dalla scuola di Charcot e consideravo il legame tra l'isteria e la questione della sessualità come una specie di offesa, proprio come fanno le stesse pazienti. Oggi, quando rivedo i miei appunti su questo caso, non mi sembra ci sia alcun dubbio sul fatto che lo si debba considerare come una grave nevrosi d'angoscia accompagnata da attesa ansiosa e da fobie, nevrosi d'angoscia che trasse origine dall'astinenza sessuale e si combinò con l'isteria. Il caso III, Miss Lucy R., può essere meglio descritto come un caso limite di isteria pura. Fu un'isteria di breve durata con un decorso episodico ed etiologia inconfondibilmente sessuale; quale si adatterebbe a una nevrosi ansiosa. La paziente era una ragazza eccessivamente matura con un bisogno di essere amata, i cui affetti erano stati destati troppo frettolosamente per via di un malinteso. Però la nevrosi d'angoscia non divenne manifesta o mi sfuggì. Il caso IV, Katharina, era esattamente il modello di quella che ho descritto come «angoscia verginale». Era una combinazione di nevrosi d'angoscia ed isteria. La prima creava i sintomi, mentre la seconda li

reiterava ed operava con essi. Sia detto di sfuggita, era un caso tipico di un gran numero di nevrosi dei giovani, descritte come «isteria». Il caso v, Fräulein Elisabeth von R., non fu neppure esso studiato come nevrosi sessuale. Io potei solo esprimere, senza confermarlo il sospetto che alla base vi fosse una nevrastenia spinale. In ogni modo, devo aggiungere che nel frattempo i casi di isteria pura sono diventati rari nella mia esperienza. Se mi è stato possibile riunire i quattro casi sotto la diagnosi di isteria e se, nel descriverli, sono stato capace di trascurare quei punti di vista che sarebbero importanti in rapporto alle nevrosi sessuali, ciò dipende dal fatto che queste storie risalgono ad un tempo passato in cui io non sottoponevo, come faccio ora, i casi come questi a una deliberata e approfondita ricerca dei loro fondamenti nevrotici sessuali. E se non ho descritto, in luogo di questi quattro casi, altri dodici casi, l'analisi dei quali ci dà la conferma di quel meccanismo dei fenomeni isterici, che abbiamo ipotizzato, si è trattato di una reticenza necessaria per il fatto che l'analisi rivelava che quei casi erano contemporaneamente nevrosi sessuali, ai quali nessun diagnostico avrebbe rifiutato il nome di isteria. Ma un'illustrazione di queste nevrosi sessuali travalicherebbe i limiti della presente pubblicazione in collaborazione.

Non mi piacerebbe che si pensasse erroneamente che io non voglia ammettere che l'isteria è un'affezione nevrotica indipendente, che io la consideri semplicemente come una manifestazione psichica della nevrosi d'angoscia e che le attribuisca esclusivamente dei sintomi «ideogeni» e trasferisca i sintomi somatici (come le zone isterogene e le anestesi) alla nevrosi d'angoscia. Niente di tutto ciò. Secondo me si può trattare l'isteria, liberata da ogni commistione, come un fatto indipendente, sotto tutti gli aspetti eccettuato quello della terapia, perché in terapia abbiamo a che fare con un fine pratico: sbarazzarci dello stato patologico nel suo complesso. E se in genere l'isteria appare come una delle componenti di una nevrosi mista, la situazione si avvicina a quella esistente in un'infezione mista, dove salvare la vita costituisce un problema che non coincide con quello di combattere l'attività di un particolare agente patogeno.

Per me è molto importante distinguere tra la parte sostenuta dall'isteria nel quadro delle nevrosi miste da quella sostenuta dalla nevrastenia, dalla nevrosi d'angoscia, ecc., perché, dopo aver fatto questa distinzione, sarò in grado di illustrare concisamente il valore del metodo catartico. Infatti sono incline ad arrischiare l'affermazione che il metodo è – teoricamente almeno – perfettamente atto a eliminare i sintomi isterici, mentre, come si può facilmente comprendere, è del tutto impotente contro i fenomeni di nevrastenia e solo di rado, e per vie traverse, è capace di influire sugli effetti psichici della nevrosi d'angoscia. La sua efficacia terapeutica in alcuni casi particolari dipenderà quindi dal fatto che le componenti isteriche del quadro clinico assumono o non assumono una posizione di importanza pratica in rapporto alle altre componenti nevrotiche.

Vi è un altro ostacolo sul cammino dell'efficacia del metodo catartico, che già abbiamo indicata nella «Comunicazione Preliminare».

Esso non può agire sulle cause che stanno alla base dell'isteria: quindi non può impedire a sintomi nuovi di sostituirsi a quelli che sono stati eliminati. Nel complesso, però, debbo reclamare un posto di premienza per il nostro metodo terapeutico impiegato entro lo schema curativo delle nevrosi, ma vorrei mettere in guardia contro l'idea di affermarne la validità di applicazione fuori di detto schema. Però, siccome non posso in queste pagine, presentare una «terapia delle nevrosi» del genere richiesto dal medico pratico, quanto ho testé affermato equivale a differire la mia trattazione dell'argomento a una possibile pubblicazione futura. Ma penso di essere in grado di aggiungere le seguenti osservazioni a guisa di ampliamento e delucidazione.

1. Non pretendo di aver effettivamente eliminato tutti i sintomi isterici che ho provato a trattare col metodo catartico. Però a mio avviso gli ostacoli si trovavano nella situazione personale del paziente e non erano inerenti alla teoria. Mi sento giustificato se lascio questi casi non risolti al di fuori della mia relazione su come sono giunto a formulare il mio giudizio, così come il chirurgo non tiene conto dei decessi dovuti all'anestesia, a emorragie postoperatorie, a sepsi accidentali, ecc., nel prendere una decisione su una nuova tecnica. Più tardi, nel trattare delle difficoltà e degli inconvenienti del metodo, riprenderò in esame gli insuccessi dovuti ad esso.

2. Il metodo catartico non deve essere considerato privo di valore perché sintomatico e non causale. Infatti una terapia causale di regola è soltanto profilattica; essa arresta gli effetti ulteriori dell'agente nocivo ma non elimina necessariamente i risultati già provocati dall'agente patogeno. Di solito occorre una seconda fase curativa per condurre a termine quest'altro compito e, nei casi di isteria, il metodo catartico non ha alcuna efficacia sotto questo profilo.

3. Nel caso che sia stato superato un periodo di produzioni isteriche, un parossismo isterico acuto, tutto quello che rimane è rappresentato da sintomi isterici in forma di fenomeni residui, e il metodo catartico risponde a tutte le indicazioni e ottiene successi completi e permanenti. Una costellazione terapeutica favorevole di questo tipo non raramente si incontra proprio nell'ambito della vita sessuale, a causa delle ampie oscillazioni nell'intensità dei bisogni sessuali e della complessità delle condizioni necessarie a determinare un trauma sessuale. In questo caso il metodo catartico dà tutto quello gli si può chiedere, in quanto il medico non può pretendere di accollarsi l'onere di modificare una costituzione quale quella isterica. Egli deve accontentarsi di eliminare le turbe cui tende tale costituzione e che possono manifestarsi in concomitanza con circostanze esteriori. Sarà soddisfatto se la paziente riacquisterà la capacità lavorativa. Inoltre non si sentirà disarmato per il futuro, avendo presente la possibilità di una ricaduta. È consapevole della principale caratteristica dell'etiologia delle nevrosi, cioè che la loro genesi di solito è sovradeterminata, che diversi fattori possono confluire a produrre questo risultato; ed

egli può sperare che questa convergenza non si ripeta subito anche se alcuni singoli fattori etiologici rimangono operanti.

Si potrebbe obiettare, che in casi di isteria come questo, in cui la malattia ha fatto il suo corso, i sintomi residui dileguano in ogni caso spontaneamente. Però si potrebbe dire di rimando che una guarigione spontanea di questo genere molto spesso non è rapida né abbastanza completa e può essere straordinariamente aiutata dal nostro intervento terapeutico. Per ora possiamo benissimo lasciare senza risposta la domanda se con la terapia catartica curiamo solo quel che è suscettibile di guarigione o anche quello che non si sarebbe risolto spontaneamente.

4. Nel caso che ci si trovi di fronte a un'isteria acuta, che sta attraversando il periodo di più ricca produzione di sintomi isterici, quando l'ego è continuamente sopraffatto dai prodotti della malattia, (ossia nella psicosi isterica), nemmeno il metodo catartico otterrà grandi risultati nei confronti dell'aspetto e dell'andamento della turba. In queste circostanze ci troviamo di fronte alla nevrosi nella stessa situazione di un medico alle prese con una malattia infettiva acuta. I fattori etiologi hanno compiuto la loro opera con sufficiente efficacia in un periodo ormai trascorso e quindi di là dalla portata di qualsivoglia influenza, e ora, superata la fase di incubazione, sono diventati manifesti. Non è possibile stroncare la malattia. Bisogna aspettare che faccia il suo corso cercando intanto di rendere il più favorevole possibile le condizioni della paziente. Se, durante una fase acuta di questo tipo, eliminiamo le produzioni della malattia (i sintomi isterici appena generati), dobbiamo essere preparati a vedere che i sintomi, di cui ci siamo sbarazzati, vengano prontamente sostituiti da altri. Al medico non sarà risparmiata la deprimente sensazione di essere impegnato in un lavoro di Sisifo. La mole immensa di lavoro e l'insoddisfazione della famiglia della paziente, per la quale l'inevitabile lunghezza di una nevrosi acuta probabilmente non sarà così ovvia come l'analogo caso di una malattia infettiva acuta, — queste e altre difficoltà renderanno praticamente sempre impossibile, in tutti i casi del genere, l'applicazione sistematica del metodo catartico. Ciononostante dovrà sempre essere argomento di seria considerazione il problema se sia o non sia vero che, persino in un'isteria acuta, la sistematica eliminazione dei prodotti della malattia possiede un'efficacia curativa in quanto sostiene l'ego normale della paziente, impegnato in un lavoro di difesa, e gli impedisce di essere sopraffatto e di cadere in una psicosi o addirittura in uno stato confusionale permanente.

Il caso clinico di Anna O., nel quale Breuer apprese per la prima volta a utilizzare il metodo catartico, ha chiaramente dimostrato quando possa questo procedimento psicoterapeutico persino nell'isteria acuta e fino a qual punto esso limiti addirittura la produzione di nuovi sintomi patologici, sì da aver importanza pratica.

5. Qualora si tratti di isterie ad andamento cronico, accompagnate da una produzione modesta ma costante di sintomi isterici, troviamo

il più forte motivo per dolerci della mancanza di una terapia effettivamente causale, ma abbiamo anche un buon fondamento per apprezzare il valore del procedimento catartico quale terapia *sintomatica*. In tali casi siamo di fronte a una situazione infausta provocata da una condizione etiologica cronicamente persistente. Tutto dipende dalla possibilità di rafforzare la capacità di resistenza del sistema nervoso del paziente; dobbiamo riflettere che l'esistenza di un sintomo isterico sta a significare un indebolimento della resistenza di quel sistema nervoso e rappresenta un fattore predisponente all'isteria. Come si può rilevare dal meccanismo dell'isteria monosintomatica, un nuovo sintomo isterico si instaura più facilmente in connessione e in analogia con uno già presente. Il punto attraverso il quale un sintomo già una volta è riuscito a irrompere forma un *locus minoris resistentiae* attraverso la quale potrà fare irruzione il nuovo sintomo. Un gruppo psichico, che sia stato in precedenza scisso, assume il ruolo di cristallo «esca» intorno al quale si inizia con la massima facilità un processo di cristallizzazione che altrimenti non avrebbe avuto luogo. Sbarazzarsi dei sintomi già presenti, annullare le modificazioni che sottostanno a essi, vuol dire restituire alle pazienti tutta la loro capacità di resistenza di modo che possano contrastare con successo gli effetti dell'agente nocivo. Si può far moltissimo per queste pazienti grazie a una prolungata sorveglianza e ad occasionali «spazzature del camino».

6. Mi rimane da far cenno all'apparente contraddizione tra il riconoscimento che non tutti i sintomi isterici sono psicogeni e l'affermazione che tutti possono essere eliminati mediante il procedimento terapeutico. La soluzione sta nel fatto che alcuni di questi sintomi non psicogeni sono sì indizi di malattia, ma non possono essere definiti vere turbe, per cui all'atto pratico non ha importanza se persistono dopo una riuscita terapia della malattia. Per quanto riguarda gli altri sintomi, sembra che in questo caso essi siano eliminati, con qualche meccanismo indiretto, insieme con i sintomi psicogeni, forse alla stessa maniera in cui essi, sempre per qualche via traversa, dopo tutto hanno una causalità psichica.

E ora debbo prendere in considerazione le difficoltà e gli svantaggi del nostro procedimento terapeutico nei limiti in cui non appaiono evidenti a ciascuno, grazie ai casi clinici descritti più oltre. Più che analizzare tali difficoltà enumererò e indicherò queste difficoltà.

Per il medico il procedimento è indaginoso e lungo. Presuppone un grande interesse per i fatti psicologici oltre a una preoccupazione personale verso il paziente. Non posso immaginare di risolvermi a fruire nei meccanismi psichici dell'isteria di qualcuno che mi abbia colpito con la sua volgarità o repulsività o che, in seguito a una conoscenza più approfondita, non sia capace di suscitare una simpatia umana, mentre posso intraprendere la cura di un tabetico o un reumatico a prescindere da questa adesione personale da parte mia. Non inferiori sono le esigenze imposte al paziente. Il procedimento non è applicabile affatto al di sotto di un certo livello di intelligenza ed è reso molto più difficile dalla minima traccia di debolezza mentale. Sono

necessari l'incondizionato consenso e la totale attenzione del paziente, ma sopra ogni cosa tutta la sua confidenza, dato che l'analisi porta sempre alla rivelazione degli avvenimenti psichici più intimi e segreti. Un buon numero di pazienti, che sarebbero adatti a questa forma di terapia, abbandonano il medico non appena comincia a sorgere in loro il sospetto della direzione verso la quale tende la ricerca. Per pazienti come questi il medico è rimasto un estraneo. Con altri, i quali hanno deciso di mettersi nelle sue mani e di riporre in lui la propria fiducia — passo che in questa situazione non può essere fatto se non volontariamente e mai su richiesta del medico — con questi altri pazienti, dico, è praticamente inevitabile che i rapporti tra medico e paziente vengano, almeno per un certo tempo, a porsi indebitamente in primo piano. In effetti pare quasi che un'influenza di questo genere da parte del medico sia una condizione *sine qua non* per la soluzione del problema. Io non penso che vi sia una differenza essenziale sotto questo profilo sia che si possa ricorrere all'ipnosi sia che questa debba essere lasciata da parte e sostituita con qualche altra cosa. Ma la ragione esige che si ponga l'accento sul fatto che questi inconvenienti, sebbene inseparabili dal nostro procedimento, non possono essere lasciati sulla soglia. Al contrario, è chiarissimo che essi dipendono dalle condizioni predeterminanti le nevrosi che devono essere curate e necessariamente interessano qualsiasi attività medica che comporti un intenso lavoro sul paziente e porti a mutamenti di ordine psichico. Pur facendo largo uso della ipnosi in alcuni dei miei casi, non mi è mai capitato di dover imputare ad essa alcun effetto nocivo né alcun pericolo. Là dove ho provocato un danno, le ragioni di questo si trovano altrove ed erano più profonde. Se rivado con la mente agli sforzi terapeutici da me compiuti negli ultimi anni, dopo che la comunicazione presentata dal mio onorato maestro e amico Josef Breuer mi insegnò l'impiego del metodo catartico, credo che, nonostante tutto, ho fatto molto più bene, e molto più di frequente, che male, ed ho ottenuto risultati che nessun altro procedimento terapeutico avrebbe potuto conseguire. Nel complesso, come dimostra la «Comunicazione Preliminare», il metodo ha apportato «considerevoli vantaggi terapeutici».

Vi è un altro vantaggio nell'uso di questo procedimento, che debbo mettere in luce. Non conosco metodo migliore per comprendere un caso grave di nevrosi complicata con una più o meno grande componente isterica, del sottoporlo ad analisi mediante il metodo di Breuer. Nel contempo apprendo nel corso dell'analisi a interpretare i fenomeni residui e a individuarne l'etiologia. In questo modo mi assicuro una solida piattaforma per decidere quali armi dell'arsenale terapeutico contro le nevrosi siano indicate nel caso in questione. Quando pongo mente alla differenza che di solito trovo tra il mio giudizio su di un caso *prima* e *dopo* un'analisi del genere, sono quasi incline a considerare un'analisi come essenziale per la comprensione di un'affezione nevrotica. Inoltre ho preso l'abitudine di combinare la psicoterapia catartica con una cura di riposo che, se necessario, può essere integrata con un completo trattamento alla Weir Mitchell. Ciò mi dà il

vantaggio di riuscire, da un lato, ad evitare l'introduzione, quanto mai disturbatrice, di nuove impressioni psichiche durante la psicoterapia e, d'altra parte, ad allontanare la noia di una cura di riposo, durante la quale i pazienti spesso prendono l'abitudine a un nocivo sognare a occhi aperti. Ci si potrebbe attendere che il lavoro psichico spesso gravoso imposto al paziente, durante il trattamento catartico, e le eccitazioni risultanti dalla rievocazione delle esperienze traumatiche, dovrebbero esercitare un'influenza opposta a quella perseguita con la cura di riposo di Weir Mitchell, compromettendo i successi che siamo soliti ottenere grazie a essa. Ma in effetti avviene proprio il contrario. Una combinazione del genere tra il procedimento di Breuer e quello di Weir Mitchell ottiene tutti i vantaggi fisici che ci attenderemmo dal secondo come pure una profonda influenza psichica quale non si avrebbe mai con una cura di riposo senza psicoterapia.

2.

Adesso riandrò alla mia precedente osservazione che, nei miei tentativi di applicare più estensivamente il metodo di Breuer, mi sono incontrato con la difficoltà che tanti pazienti non potevano essere ipnotizzati, pur essendo la diagnosi quella di isteria e pur sembrando probabile che il meccanismo fosse attivo in loro. Avevo bisogno dell'ipnosi per allargare la loro memoria allo scopo di individuare i ricordi patogeni non presenti nella coscienza ordinaria. Quindi ero costretto o a rinunciare all'idea di curare questi pazienti oppure a sforzarmi di ottenere detto allargamento in qualche altro modo.

Come gli altri, anche io non riuscivo a spiegare perché una persona può essere ipnotizzata e un'altra no; dunque non potevo adottare un metodo casuale per superare l'ostacolo. Però notavo che in taluni pazienti l'ostacolo era situato ancora prima: essi respingevano persino ogni tentativo di ipnosi. Allora un giorno mi venne l'idea che i due casi fossero identici e che entrambi potessero significare un'opposizione volontaria, che i soggetti non ipnotizzabili avessero qualche obiezione psichica contro l'ipnosi, fosse l'obiezione espressa come volontaria opposizione o no. Non sono sicuro se posso continuare a sostenere quest'opinione.

Però il problema era come accantonare l'ipnosi eppure ottenere ugualmente rievocazioni patologiche. Vi riuscii nel seguente modo.

Quando, durante la prima visita, chiedevo ai pazienti se rammentassero che cosa aveva originato inizialmente i sintomi in questione, in qualche caso mi dicevano di non saperne nulla, mentre in altri casi mi riferivano qualcosa che definivano come un oscuro ricordo e non potevano andare avanti. Nel caso che io, seguendo l'esempio di Bernheim allorché rievocava nei suoi pazienti in stato sonnambulico impressioni evidentemente obliate, diventassi insistente e li assicurassi che *lo sapevano*, e che se ne sarebbero ricordati, allora nei primi sorgera veramente qualche ricordo e nei secondi si aveva un progresso. Dopo di che, diventavo ancor più insistente. Dicevo ai pazienti

di distendersi e chiudere gli occhi volontariamente per «concentrarsi», ciò che aveva almeno una certa analogia con l'ipnosi. Mi accorgevo allora che, senza alcuna ipnosi, emergevano nuovi ricordi che risalivano ancor più nel passato e probabilmente avevano rapporti con quel che ci interessava. Esperienze come queste mi fecero pensare che sarebbe stato effettivamente possibile riportare alla luce, con la sola insistenza, i gruppi di idee patologiche che, in fin dei conti, erano certamente presenti, e siccome questa insistenza comportava uno sforzo da parte mia e quindi suggeriva l'idea che avessi avuto da superare una resistenza, questa situazione mi portò subito a formulare la teoria che con il mio lavoro psichico avevo dovuto soppraffare una forza psichica nei pazienti che si opponeva a che le idee patologiche divenissero conscie (venendo ricordate). Una nuova comprensione sembrò aprirsi ai miei occhi quando mi venne in mente che si doveva senza dubbio trattare della stessa forza psichica che aveva avuto un ruolo nel determinismo del sintomo isterico e nel contempo aveva impedito all'idea patogena di diventare cosciente. Che genere di forza poteva agire in questi casi e che movente poteva averla scatenata? Mi potei agevolmente formare un'opinione in proposito. Infatti io già disponevo di alcune analisi complete, durante le quali ero venuto a conoscenza di idee che erano patologiche ed erano state obliate ed estromesse dalla coscienza. Da ciò trassi una caratteristica universale di queste idee; possedevano tutte una natura spiacevole, atta a suscitare le emozioni della vergogna, dell'autorimprovero e del dolore morale, e la sensazione di essere danneggiati; appartenevano tutte a un tipo che si sarebbe preferito non sperimentare, che si sarebbe fatto meglio a dimenticare. Da tutto ciò nasceva, in maniera realmente automatica, il pensiero di *difesa*. In effetti si ammette generalmente dagli psicologi che l'accettazione di una nuova idea (accettazione nel senso di crederci e di riconoscerla per reale) dipende dalla natura e dalla tendenza delle idee già unite all'ego, per cui costoro hanno escogitato speciali nomi tecnici per questo processo di censura al quale la nuova arrivata deve sottoporsi. L'ego del paziente era stato avvicinato da un'idea che risultava essere incompatibile, e che provocava da parte dell'ego stesso una forza di repulsione il cui scopo era la difesa contro la stessa idea incompatibile. Difatti questa difesa aveva successo. L'idea in questione veniva estromessa dalla coscienza e dalla memoria. La sua traccia psichica era evidentemente persa di vista. Ciononostante questa traccia doveva esserci. Se mi sforzavo di dirigere l'attenzione del paziente su di essa, mi rendevo conto, sotto forma della *resistenza*, dell'esistenza della medesima forza che s'era rivelata sotto la forma della repulsione quando il sintomo era stato generato. Se, a questo punto, mi fosse riuscito di far apparire probabile che l'idea era diventata patogena proprio in conseguenza della sua espulsione e repressione, la catena sarebbe risultata completa. In parecchie discussioni sui nostri casi clinici e in un breve lavoro sulle «Neuropsicosi di difesa», ho cercato di abbozzare le ipotesi psicologiche per mezzo delle quali si potrebbe dimostrare questa connessione causale (il fatto della conversione).

Dunque una forza psichica, l'avversione da parte dell'ego, aveva

escluso originariamente l'idea patogena dall'associazione e ora si opponeva al suo ritorno nella memoria. Il «non sapere» del paziente di fatto era un «non voler sapere», un non volere quello che sarebbe stato cosciente in misura più o meno grande. Quindi il compito del terapeuta consiste nel superare, mediante il suo lavoro psichico, queste resistenze all'associazione. Egli lo fa in primo luogo «insistendo», ricorrendo alla costrizione psichica per dirigere l'attenzione dei pazienti sulle tracce di idee delle quali è alla ricerca. Però i suoi sforzi non si risolvono in questo, ma, come dimostrerò, assumono altre forme nel corso di un'analisi e richiamano altre forze psichiche che li sostengono.

Devo intrattenermi ancora un po' sulla questione dell'insistenza. Semplici assicurazioni, come «certo che lo sa», «me lo dica lo stesso», «se ne ricorderà tra un momento», non ci porteranno molto lontano. Persino in pazienti in stato di «concentrazione» il filo si spezza dopo poche frasi. Però non va dimenticato che qui si tratta sempre di un confronto *quantitativo*, di una lotta tra moventi dotati di diversi gradi di forza o intensità. L'insistenza da parte di un medico estraneo, non familiarizzato con quel che sta succedendo, non è abbastanza potente da domare la resistenza all'associazione di un caso di isteria grave. Occorre pensare a mezzi più energici.

In questi casi mi avvalgo in primo luogo di un piccolo artificio tecnico. Informo il paziente che tra un attimo gli applicherò una pressione sulla fronte e lo assicuro che, finché dura la pressione, egli vedrà dinanzi a sé una rievocazione sotto l'aspetto di immagine ovvero questa sarà presente nel suo pensiero in forma di idea; io gli ingiungo di comunicare questa immagine o questa idea, qualunque essa sia. Non deve tenersela per sé se gli capita di pensare che non è quello che si cerca o che non è la cosa giusta, o se è troppo sgradevole per lui esprimerla. Non vi dovranno essere critiche o reticenze, né per ragioni emotive né perché la cosa non è ritenuta importante. Solo così potremo trovare quel che cerchiamo, però lo troveremo infallibilmente. Detto questo esercito per qualche secondo una pressione sulla fronte del paziente, che sta disteso davanti a me; poi lo lascio andare e gli chiedo tranquillamente, come se non ci fossero possibilità di insuccesso: «Che cosa vede?» oppure «Che cosa le è apparso?».

Questo procedimento mi ha insegnato molte cose e ha sempre ottenuto lo scopo. Attualmente non posso più farne a meno. Naturalmente so bene che la pressione sulla fronte potrebbe essere sostituita da qualunque altro segnale o da qualche altra influenza fisica esercitata sul paziente, ma poiché questi è disteso davanti a me, premere gli la fronte o prendergli la testa fra le mani sembra il modo più conveniente di applicare la suggestione per lo scopo che mi sono prefisso. Mi sarebbe possibile dire, a guisa di spiegazione dell'efficacia di questo artificio, che esso corrisponde a una «ipotesi momentaneamente intensificata»; però il meccanismo dell'ipnosi è talmente enigmatico che preferisco non ricorrere ad esso per una spiegazione. Piuttosto sono dell'opinione che il vantaggio di questo procedimento risieda nel fatto che per mezzo di esso io dissocio l'attenzione del

paziente dalle sue indagini e riflessioni coscienti – in breve da tutto ciò su cui egli può esercitare la sua volontà – nello stesso modo in cui si può farlo fissando una boccia di cristallo, e così via. La conclusione che ho tratto dal fatto che quel che sto cercando si manifesta sempre sotto la pressione delle mie mani è la seguente. L'idea patogena, che è stata manifestatamente dimenticata, è sempre «a portata di mano» e può essere raggiunta mercé associazioni facilmente accessibili. È solo questione di rimuovere qualche ostacolo dal cammino. Questo ostacolo sembra essere di nuovo la volontà del paziente e persone differenti possono apprendere, con diversi gradi di facilità, a liberarsi da soli dei propri pensieri volontari e ad adottare un'attitudine di osservazione assolutamente obiettiva verso i processi psichici che si svolgono dentro di loro.

Quel che emerge sotto la pressione della mia mano non sempre è un ricordo «dimenticato»; soltanto in rarissimi casi i ricordi veramente patogeni sono così facilmente a portata di mano in superficie. È molto più frequente che emerga un'idea che costituisce un anello intermedio della catena di associazioni tra l'idea dalla quale siamo partiti e l'idea patogena che stiamo cercando; oppure può essere un'idea che rappresenta il punto di partenza di una nuova serie di pensieri e di ricordi al termine della quale si troverà l'idea patogena. È vero che, quando questo accade, la pressione non ha rivelato l'idea patogena – che, in ogni caso, sarebbe incomprensibile, così avulsa dal suo contesto e raggiunta in modo non graduale –, però ha indicato la via che conduce ad essa e ha segnalato la direzione che deve essere presa dalla successiva ricerca. L'idea provocata per prima dalla pressione può in tali casi essere un ricordo familiare, che non è mai stato represso. Se, durante il nostro cammino verso l'idea patogena, il filo conduttore si spezza un'altra volta, basterà ripetere il procedimento della pressione per avere nuovi indizi e un nuovo punto di partenza.

In altri casi ancora, la pressione della mano suscita un ricordo, in sé familiare al paziente, ma la cui ricomparsa lo stupisce perché egli ha dimenticato il rapporto tra quest'idea e quella da cui abbiamo preso le mosse. Poi questo rapporto sarà confermato nell'ulteriore corso dell'analisi. Tutti questi effetti della pressione danno l'ingannevole impressione che al di fuori della coscienza del paziente ci sia un'intelligenza superiore che conserva una gran quantità di materiale psichico, predisposto per scopi particolari e che ha stabilito un ordine prefissato, secondo il quale esso deve ritornare nella coscienza. Io però sospetto che questa seconda intelligenza inconscia altro non sia che un'apparenza.

In tutte le analisi piuttosto complicate il lavoro viene esplicato mediante l'impiego reiterato, in realtà continuativo, del procedimento della pressione sulla fronte. Certe volte questo procedimento, prendendo le mosse dal punto in cui le rievocazioni retrospettive del paziente in stato di veglia si interrompono bruscamente, indica la via da percorrere attraverso ricordi dei quali egli è rimasto consapevole; talora evoca e riordina ricordi, rimasti per molti anni esclusi dalla coscienza, ma che possono tuttavia essere riconosciuti quali ricordi,

talvolta; infine, raggiungendo il massimo della riuscita sulla via delle rievocazioni, il procedimento fa emergere quel che il paziente non riconoscerà mai per suo, che mai *ricorderà*, pur ammettendo che il contesto lo implica inesorabilmente, mentre si convince che sono proprio queste idee che portano alla conclusione dell'analisi e all'eliminazione dei sintomi.

Cercherò di elencare qualche esempio degli eccellenti risultati conseguiti grazie a questo procedimento tecnico.

Avevo in cura una ragazza affetta da un'insopportabile tosse nervosa che si trascinava da sei anni. Naturalmente la tosse traeva incentivo da ogni banale catarro, ma in ogni modo doveva avere forti motivazioni psichiche. Da molto tempo tutti gli altri tipi di terapia si erano rivelati impotenti. Tentai quindi di rimuovere il sintomo per mezzo dell'analisi psichica. Tutto ciò che ella sapeva era che la tosse nervosa era cominciata all'età di quattordici anni quando si trovava a vivere con una zia. Sosteneva di non aver cognizione di alcuna agitazione psichica a quell'epoca e non pensava di avere alcun motivo di lamentarsi. Sotto la pressione della mia mano innanzi tutto ricordò un grosso cane. Poi riconobbe il quadro presente nella sua memoria: era un cane della zia, che le si era affezionato, la seguiva ovunque, e così via. A questo punto si rammentò, senza ulteriori sollecitazioni, che questo cane era morto e che i bambini gli avevano dato solenne sepoltura e che la tosse era cominciata al ritorno dal funerale. Le domandai il perché, ma dovetti un'altra volta far ricorso all'ausilio della pressione. In quel momento le era venuto in mente il pensiero: «Ora sono sola al mondo. Qui nessuno mi ama. Questa creatura era il mio unico amico e adesso l'ho perduta». Ella proseguì il suo racconto: «La tosse scomparve quando lasciai la casa della zia ma mi è ritornata diciotto mesi fa». «E come mai?» «Non lo so.» Esercitai di nuovo la pressione. Lei ricordò che alla notizia della morte di suo zio la tosse era riapparsa e ricordò anche di aver avuto pensieri analoghi. Lo zio sembrava essere stato l'unico componente della famiglia che avesse dimostrato un sentimento verso di lei, che l'avesse amata. Qui dunque stava l'idea patogena. Nessuno l'amava, preferivano chiunque altro a lei, lei non meritava d'essere amata, e così via. Ma all'idea di «amore» era legata qualche cosa che incontrava una forte resistenza ad essermi comunicata. L'analisi fu interrotta prima che la questione fosse chiarita.

Qualche tempo fa mi fu chiesto di liberare un'anziana signora dai suoi attacchi di ansia, per quanto dalle caratteristiche del suo carattere io la giudicassi poco adatta a un trattamento del genere. Sin dalla menopausa era diventata eccessivamente pia e soleva ricevermi a ciascuna visita munita di un piccolo crocifisso d'avorio nascosto nel palmo della mano, quasi che io fossi il Maligno. Gli attacchi di ansia, a carattere isterico, risalivano alla prima adolescenza e, secondo lei, avevano tratto origine dall'uso di un preparato di iodio somministrato per ridurre una modesta tumescenza della tiroide. Ovviamente io respinsi questa motivazione e tentai di trovarne un'altra che meglio si accordasse con le mie opinioni sull'etiologia delle nevrosi. In primo

luogo la interrogai per trovare un'impressione di gioventù che stesse in rapporto causale con i suoi attacchi di angoscia, e, sotto la pressione della mia mano, riemersi il ricordo della lettura di ciò che viene definito un libro «di edificazione», nel quale si accennava, in tono abbastanza castigato, ai fatti sessuali. Il passo in questione fece alla ragazza un'impressione esattamente contraria a quella che era nelle intenzioni dell'autore: scoppiò in lacrime e gettò via il libro. Questo accadeva *precedentemente* al primo attacco di ansia. Una seconda pressione sulla fronte della paziente evocò un nuovo ricordo, di un tutore dei suoi fratelli che aveva manifestato una grande ammirazione per lei, che a sua volta aveva provato una certa tenerezza nei confronti di lui. Questo ricordo culminò con la rievocazione di una serata in casa dei genitori di lei, durante la quale erano tutti seduti intorno al tavolo con il giovane e si erano immensamente dilettrati con una piacevole conversazione. La notte successiva ella era stata destata dal primo attacco di angoscia che, possiamo tranquillamente affermarlo, aveva a che fare più con la repressione di un impulso sessuale che con qualsiasi simultanea somministrazione di iodio. Con qualsiasi altro metodo, che prospettive avrei avuto di mettere in luce questa connessione, contro le idee e le dichiarazioni di questa paziente recalcitrante, così piena di pregiudizi verso di me e verso ogni forma di terapia mondana?

Un altro esempio riguarda una giovane, felicemente maritata. Sin dalla prima adolescenza veniva trovata di tanto in tanto al mattino in stato stuporoso, gli arti irrigiditi, la bocca aperta e la lingua protudente, e attualmente soffriva di nuovo, al risveglio, di attacchi molto simili, anche se non gravi. Siccome non riuscivo ad ottenere un'ipnosi profonda, cominciai la mia indagine con la paziente in stato di concentrazione. Con la prima pressione l'assicurai che avrebbe veduto qualche cosa direttamente correlata con le cause del suo stato nell'infanzia. Ella era tranquilla e pronta a collaborare. Rivide la casa in cui aveva trascorso la prima adolescenza, la sua camera, la posizione del letto, la nonna, che a quell'epoca viveva con loro, e una delle sue governanti alla quale era molto affezionata. Si susseguirono molte scenette, tutte prive d'importanza, che accadevano in quelle stanze tra quelle persone; esse terminavano con la partenza della governante che se ne andava per sposarsi. Non cavai nulla da tutti questi ricordi, non riuscendo a stabilire alcun rapporto tra di essi e l'etiologia delle crisi. Però diverse circostanze indicavano che essi appartenevano allo stesso periodo in cui erano comparsi i primi attacchi. Ma prima di procedere con l'analisi ebbi occasione di parlare con un collega che negli anni andati era stato il medico di famiglia dei genitori della mia paziente. Egli mi fornì la seguente informazione. Al tempo in cui aveva in cura la ragazza, che si approssimava alla maturità ed era molto ben sviluppata fisicamente, per i suoi primi attacchi, rimase colpito dall'eccessiva tenerezza nei rapporti tra lei e la governante che era allora in casa. Entrò in sospetto e indusse la nonna a tener d'occhio quella relazione. Dopo un po' di tempo l'anziana signora poté riferirgli che la governante aveva l'abitudine di visitare la fanciulla a letto di notte e

che dopo queste notti la fanciulla era presa, al mattino, dall'attacco. Non ebbero esitazione dopo di ciò ad allontanare silenziosamente questa corruttrice della gioventù. Si fece credere ai figlioli e persino alla madre che la governante se ne era andata per sposarsi. La mia terapia, coronata da immediato successo, consisté nel dare alla giovane l'informazione che avevo ricevuto.

Le rivelazioni, che si ottengono col procedimento della pressione, a volte appaiono in forma molto notevole e in circostanze tali da rendere ancor più attraente l'ipotesi che esista un'intelligenza inconscia. A questo proposito ricordo una signora che per molti anni aveva sofferto di ossessioni e fobie e che faceva risalire l'origine della malattia all'epoca della sua infanzia per altro senza saper affatto dire a che cosa dovesse essere imputata. Era aperta e intelligente e offriva una resistenza cosciente quanto mai scarsa (tra parentesi posso rilevare che il meccanismo psichico delle ossessioni ha una grande affinità intrinseca con i sintomi isterici e che la tecnica analitica è la medesima per entrambi). Allorché domandai a questa signora se, sotto la pressione della mia mano, avesse visto o ricordato alcunché, mi rispose: «Né l'uno né l'altro però mi è venuta tutto a un tratto in mente una parola». «Una parola sola?» «Sì, ma è troppo stupida.» «Me la dica lo stesso.» «Portinaio.» «Nient'altro?» «No.» Ripetei la pressione e di nuovo le balenò nella mente una parola: «Camicia da notte». A questo punto compresi che quello era un nuovo modo di rispondere e, esercitando ripetute pressioni, trassi fuori quella che sembrava una serie di parole senza senso: «Portinaio – camicia da notte – letto – città – calesse». «Che significa tutto ciò?» domandai. Lei rifletté per un momento e le venne il seguente pensiero: «Dev'essere la storia che mi è appena venuta in mente. Quando avevo dieci anni, una mia sorella di poco più grande di me, dell'età di dodici anni, una notte divenne pazza furiosa e dovettero legarla e portarla in città con il calesse. Ricordo perfettamente che fu il portinaio ad averne ragione e che poi andò anche con lei fino al manicomio». Proseguimmo con questo sistema di investigazione e il nostro oracolo pronunciò un'altra serie di parole, le quali per quanto non riuscimmo a interpretarle tutte, resero possibile la continuazione della storia e il passaggio da un racconto all'altro. Ben presto fu chiaro il significato di questo ricordo. La malattia della sorella le aveva fatto un'impressione tanto profonda perché le due condividevano un segreto. Dormivano nella stessa camera e una notte erano state entrambe sottoposte agli assalti sessuali di un certo individuo. La rievocazione di questo trauma sessuale della fanciullezza della paziente non soltanto rivelava l'origine delle sue prime ossessioni ma anche il trauma che in seguito avrebbe prodotto gli effetti patologici.

La particolarità di questo caso stava esclusivamente nell'affioramento di parole-chiave isolate, che dovevano essere combinate in frasi; infatti l'apparenza di sconnessione e futilità, che caratterizzava le parole pronunciate in questa maniera oracolare, vale anch'è per le idee e scene complete che vengono di solito evocate dalla mia pressione. Ma se le si segue, succede sempre che le reminiscenze, appa-

rentemente sconnesse, risultano invece strettamente collegate e conducono direttamente al fattore patogeno che stiamo cercando. Per tal ragione sono lieto di riferire un caso di analisi in cui la mia fiducia sui risultati della pressione fu dapprima messa a dura prova ma poi brillantemente giustificata.

Una giovane maritata, molto intelligente ed apparentemente felice, si era rivolta a me per un ostinato dolore addominale che resisteva alle cure. Mi accorsi che il dolore era localizzato nella parete muscolare addominale per cui ordinai una terapia locale. Qualche mese dopo rividi la paziente che mi disse: «Il dolore mi è passato dopo la cura che mi ha ordinato, ed è rimasto assente per molto tempo. Ma ora mi è ritornato in forma nervosa. So che è così perché non ce l'ho più, come una volta, quando facevo certi movimenti, ma solo in momenti particolari, per esempio quando mi sveglio al mattino e quando sono agitata in un certo modo». La diagnosi della signora era esattissima. Ora si trattava di scoprire la causa del dolore ed ella non mi poteva aiutare in ciò mentre era in stato normale. Quando le domandai, durante la concentrazione e sotto la pressione della mia mano, se le venisse in mente o vedesse qualche cosa, ella si decise a favore del vedere e prese a descrivermi le sue immagini visive. Vedeva qualcosa di simile a un sole con raggera, che naturalmente interpretai come fosfeni provocati dalla pressione sugli occhi. Aspettavo che seguisse qualcosa di più utile, ma ella continuò: «Stelle di uno strano azzurro pallido come il chiaro di luna» e così via, tutte cose che per me non erano che scintillamenti, lampi e macchie luminose davanti ai suoi occhi. Ero già pronto a considerare questa esperienza come un fallimento e mi domandavo come avrei potuto ritirarmi senza dare nell'occhio, quando la mia attenzione fu attirata da uno dei fenomeni che mi descriveva. Vedeva pendere dall'alto una grande croce nera, i contorni alonati di luce come tutte le altre visioni, e con una fiammella palpitante all'incrocio dei bracci. Era chiaro che questa volta non poteva più trattarsi di fosfeni. Adesso ascoltai attentamente. Apparvero molte immagini immerse nella stessa luce, strani segni che rassomigliavano a caratteri sanscriti; figure simili a triangoli e tra esse un grande triangolo; di nuovo la croce... Questa volta sospettai un significato allegorico e le chiesi che cosa poteva essere la croce. «Probabilmente significa dolore» mi rispose. Le obiettai che di solito la croce rappresenta un fardello morale. Che cosa si nascondeva dietro il dolore? Non sapeva dirlo e continuò e con le sue visioni: un sole con raggi dorati. E anche questa volta seppe darne l'interpretazione. «È Dio, la forza primordiale.» Poi venne una gigantesca lucertola che la guardava con espressione interrogativa ma non minacciosa. Poi un groviglio di serpi. Quindi ancora una volta il sole ma con miti raggi argentei e, davanti, tra lei e questa sorgente di luce, un'inferriata che nascondeva ai suoi occhi il centro del sole. Era un po' di tempo che avevo intuito che si trattava di allegorie e d'improvviso le chiesi il significato dell'ultima immagine. Mi rispose senza esitazione: «Il sole è la perfezione, l'ideale e l'inferriata rappresenta le debolezze e le colpe che stanno tra me e l'ideale». «Allora lei si muove dei rimpro-

veri? Non è soddisfatta di se stessa?» «No davvero.» «Da quando?» «Da quando sono membro della Società Teosofica e ne leggo le pubblicazioni. Ho sempre avuto uno scarso concetto di me stessa.» «Che cosa l'ha maggiormente impressionata negli ultimi tempi?» «Una traduzione dal sanscrito che sta uscendo a puntate proprio adesso.» Un minuto dopo venivo iniziato alle Sue lotte mentali e ai suoi auto-rimproveri e ascoltavo il resoconto di un piccolo episodio che aveva dato occasione a un auto-rimprovero, (una occasione nella quale ciò che in precedenza era stato un dolore organico per la prima volta si manifestava quale conseguenza della conversione di un'eccitazione). Le immagini, che a tutta prima avevo interpretato come fosfeni, erano simboli di serie di pensieri influenzati dall'occulto e forse erano effettivamente figure vedute sul frontespizio di libri di occultismo.

Da quel momento mi sono dimostrato talmente entusiasta nelle mie lodi dei risultati della pressione, impiegata quale procedimento ausiliario, ed ho in tutto questo tempo tanto trascurato l'aspetto della difesa o della resistenza, che certamente debbo aver dato l'impressione che questo piccolo piccolo artificio ci ha messo in condizioni di dominare gli ostacoli psichici che si oppongono al trattamento catartico. Ma sarebbe un grave errore crederlo. Per quanto mi è dato sapere, non si devono cercare vantaggi di questo genere nella cura. Qui, come altrove, un grande cambiamento esige una gran quantità di lavoro. Questo procedimento della pressione altro non è che un inganno per cogliere di sorpresa un ego che si sforza di difendersi. In tutti i casi di una certa gravità, l'ego si riprende e continua a far resistenza.

Devo accennare alle diverse forme in cui si manifesta questa resistenza. Una è che di regola il procedimento della pressione fallisce alla prima o seconda occasione. Allora il paziente dichiara, assai contrariato: «Mi aspettavo che succedesse qualcosa, ma tutto quello che mi è venuto in mente è quanto intensa fosse la mia attesa. Non è successo niente». Il fatto che il paziente si metta sulla difensiva non costituisce ancora un ostacolo. Possiamo replicare: «È stato perché era troppo curioso. Funzionerà la prossima volta». E infatti funziona. È notevole quanto spesso pazienti, anche i più docili e intelligenti, dimentichino completamente gli impegni assunti, pur avendoli accettati in precedenza. Hanno promesso di riferire tutto quello che viene loro in mente sotto la pressione della mia mano, senza tener conto se a loro sembra importante o no, o se per loro sia o non sia piacevole a dirsi (ossia riferire senza scegliere e senza lasciarsi influenzare dalla critica o dall'emozione). Ma non mantengono la promessa; evidentemente farlo sarebbe più forte di loro. Il lavoro subisce degli arresti ed essi continuano a sostenere che questa volta non è venuto loro nulla in mente. Se lo dicono non dobbiamo crederci, ma dobbiamo sempre pensare, e dirlo anche a loro, che abbiano nascosto qualcosa perché la ritengono priva di importanza o la trovano spiacevole. Dobbiamo insistere, dobbiamo ripetere la pressione e dimostrarci come infallibili, sinché finalmente non ci dicono qualcosa. Allora il paziente aggiunge:

«Potevo dirglielo fin dalla prima volta». «Ma perché non l'ha detto?» «Non potevo credere che si trattasse di questo. È stato solo dopo che mi è venuto in mente tutte le volte, che mi sono indotto a dirlo.» Oppure: «Speravo che non fosse niente di tutto ciò. Potevo benissimo fare a meno di riferirlo. È stato solo quando si è rifiutato di lasciarsi reprimere che ho capito che non dovevo trascurarlo». Dopo questo fatto, dunque, il paziente rivela i motivi di una resistenza che inizialmente si rifiutava di ammettere. Evidentemente non è capace d'altro che di inalberare questa resistenza.

Spesso questa resistenza si cela dietro qualche specioso pretesto. «Oggi la mia mente è distratta; l'orologio (o il pianoforte nella stanza accanto) mi disturba.» A queste osservazioni ho imparato a rispondere: «Niente affatto. In questo istante lei si è imbattuto in qualcosa che non le va di dire. Ma non farebbe niente di buono. Vada avanti e me lo dica». Quanto più è lungo l'intervallo tra la mia pressione e il momento in cui il paziente prende a parlare, tanto più io mi faccio sospettoso e c'è da temere che egli stia rimaneggiando quel che ha visto e che stia per darne un resoconto mutilato. Un indizio molto importante spesso viene annunciato come un accessorio pleonastico, a guisa di un principe del melodramma camuffato da mendicante. «Ora m'è venuto in mente qualcosa, ma non ha niente a che vedere con l'argomento. Glielo dico solo perché lei vuol sapere tutto.» Parole di accompagnamento di questa fatta precedono di solito la tanto cercata soluzione. Io tendo sempre gli orecchi quando sento un paziente parlare con tanta noncuranza di qualche cosa che gli è venuta in mente, perché è segno che la difesa è stata efficace se le idee patogene sembrano avere così poca importanza nel momento in cui emergono. Da ciò possiamo risalire per induzione a che cosa sia il processo di difesa: si tratta di trasformare in debole un'idea forte, di spogiarla del suo contenuto affettivo.

Dunque una reminiscenza patogena è riconoscibile, fra l'altro, dal fatto che il paziente la descrive come priva di importanza oppure la riferisce facendo resistenza. Sono casi, questi, in cui il paziente tenta di ripudiarla anche dopo il suo ritorno. «Ora m'è venuta in mente qualche cosa ma è certo stato lei che me l'ha messa in testa.» Oppure «So quel che si aspetta che le risponda. Naturalmente lei ritiene che io abbia pensato a questo o a quello.» Un particolare metodo di disconoscimento sta nel dire: «È vero che adesso m'è venuta in mente una cosa, ma mi sembra come se ce l'avessi messa io deliberatamente. Non mi pare affatto che sia un pensiero rievocato». In tutti questi casi io mi mantengo incrollabilmente irremovibile. Evito di entrare in alcuna di queste distinzioni, ma spiego al paziente che si tratta solo di diversi aspetti della sua resistenza e di pretesti per evitare di riferire un determinato ricordo, che nonostante tutto, noi dobbiamo individuare.

Quando i ricordi ritornano in forma di immagini, il nostro compito in generale è più agevole di quando ritornano come pensieri. I pazienti isterici, che di solito sono del «tipo visivo», non presentano tali difficoltà all'analista come quelli affetti da ossessioni.

Allorché un'immagine è emersa dalla memoria del paziente, possiamo sentirlo dire che essa diventa frammentaria e oscura a mano a mano che egli procede nella descrizione. *In effetti il paziente se ne sta sbarazzando col trasformarla in parole.* Continuiamo a esaminare l'immagine mnemonica per scoprire in che direzione debba procedere il nostro lavoro. «Guardi di nuovo l'immagine. È scomparsa?» «In massima parte sì ma ancora vedo un particolare.» «Allora questo residuo deve ancora significare qualche cosa. O vedrà qualcosa di nuovo oltre a questo, o le verrà in mente qualcosa avente un nesso con questo.» Dopo che questo lavoro è stato compiuto, il campo visivo del paziente è di nuovo sgombro e possiamo evocare un'altra immagine. Però in altri casi un'immagine del genere rimarrà ostinatamente dinanzi all'occhio interiore del paziente, nonostante che egli l'abbia descritta, e questo per me è un indizio che egli ha ancora qualcosa di importante da dirmi a proposito dell'immagine. Appena fatto ciò l'immagine svanisce come un fantasma che sia stato esorcizzato.

Naturalmente per il processo dell'analisi bisogna sempre trovarsi nella giusta posizione di fronte al paziente, altrimenti ci si troverà sempre a dipendere da quel ch'egli sceglie di dire. Pertanto è consolante sapere che la tecnica della pressione, di fatto, non fallisce mai, se si esclude un solo caso del quale dovrò trattare più avanti, ma di cui posso dire fin d'ora che era legato a un particolare motivo di resistenza. Naturalmente può succedere che si faccia uso del procedimento in casi in cui non v'è nulla che esso sia in grado di rivelare. Per esempio, possiamo ricercare altre etiologie di un sintomo quando ce l'abbiamo già completamente davanti, oppure possiamo ricercare l'origine psichica di un sintomo, come un dolore, che in realtà è somatico. Anche in tali casi il paziente affermerà che non ha veduto nulla, ma questa volta avrà perfettamente ragione. Potremo evitare di fare un torto al paziente se rispetteremo la regola generale di tener d'occhio, durante tutta l'analisi, l'espressione del suo viso mentre giace tranquillo davanti a noi. Potremo allora imparare a distinguere senza alcuna difficoltà lo stato mentale di riposo, che accompagna l'effettiva assenza di rievocazioni, dalla tensione e dai segni di emozione con i quali egli cerca di scacciare i ricordi, che stanno emergendo, in obbedienza al principio di difesa. Inoltre esperienze del genere rendono possibile anche l'uso della tecnica della pressione ai fini della diagnosi differenziale.

Dunque, persino con l'ausilio della tecnica della pressione il lavoro non è per niente facile. L'unico vantaggio che otteniamo è quello di apprendere, dai risultati di questo procedimento, la direzione da seguirsi nelle nostre indagini e i punti sui quali dobbiamo insistere col paziente. In qualche caso questo è sufficiente. Il punto principale è che io dovrei intuire il segreto e dirlo apertamente al paziente che, allora, di regola è costretto ad allontanarne il diniego. In altri casi ci vuole di più. La persistenza della resistenza del paziente è segnalata dal fatto che i collegamenti si interrompono, la soluzione non viene, le immagini sono rievocate in maniera indistinta e incompleta. Se, du-

rante la fase più avanzata di un'analisi, si ripensa alla fase precedente, si rimane molte volte stupiti nel rendersi conto in che stato di frammentarietà emergevano le idee e le scene che ottenevamo dal paziente col procedimento della pressione. Mancavano proprio gli elementi essenziali del quadro – i rapporti col soggetto stesso o con i contenuti principali del suo pensiero – ragion per cui esso rimaneva inintelligibile.

Fornirò qualche esempio di come opera una censura del genere quando emergono per la prima volta i ricordi patogeni. Per esempio, il paziente vede la parte superiore di un corpo femminile col vestito non ben allacciato (per trascuratezza, si direbbe). Solo molto più tardi egli aggiungerà una testa al torso; rivelando così una particolare persona e i rapporti che egli ha con lei. Oppure rievoca un ricordo d'infanzia: due ragazzi. Egli è del tutto all'oscuro su chi sono quei due, ma sembra che siano rei di qualche malefatta. Soltanto dopo molti mesi, quando l'analisi sarà parecchio progredita, egli rivedrà quell'immagine e riconoscerà se stesso in uno dei ragazzi e suo fratello nell'altro.

Di quali mezzi disponiamo per superare questa continua resistenza? Pochi, però ne fanno parte quasi tutti quei mezzi con cui un uomo, ordinariamente, può esercitare un'influenza psichica su un altro. In primo luogo dobbiamo tener presente che si può risolvere una resistenza psichica solo lentamente e per gradi, soprattutto se sussiste da molto tempo, per cui dobbiamo aspettare con pazienza. In secondo luogo possiamo fare assegnamento sull'interesse intellettuale che il paziente comincia a provare dopo aver lavorato per qualche tempo. Spiegandogli le cose, fornendogli ragguagli sul mondo meraviglioso dei processi psichici nelle cui profondità possiamo penetrare solo grazie all'analisi, trasformiamo lo stesso paziente in collaboratore, lo induciamo a considerare se stesso con l'interesse obiettivo del ricercatore e così controbattiamo la sua resistenza, dato che essa poggia su una base emotiva. Ma alla fine – e questa è sempre la leva più efficace – noi ci dobbiamo adoperare, una volta scoperti i motivi della sua difesa, a togliere loro valore se non addirittura a sostituirli con altri più potenti. Senza dubbio è a questo punto che si ferma la possibilità di enunciare un'attività psicoterapeutica per mezzo di formule. Si lavora il meglio che si può come chiarificatori (quando l'ignoranza ha provocato la paura), come maestri, come rappresentanti di una visione del mondo più libera o più alta, come padri confessori che danno l'assoluzione, come in effetti avviene, continuando a dimostrare simpatia e rispetto dopo che la confessione è stata fatta. Si cerca di dare al malato assistenza umana fino al massimo limite concesso dalle proprie capacità personali e dal grado di simpatia che si può sentire per quel caso in particolare. Presupposto essenziale per un'attività psichica del genere è che si sia più o meno intuita la natura del caso e i moventi della difesa operante in esso e, fortunatamente, la tecnica dell'insistenza e della pressione è capace di tanto. Quanti più enigmi avremo risolto, tanto più facile troveremo l'indovinarne uno nuovo e tanto più presto saremo in grado di dare inizio al vero lavoro

psichico curativo. Infatti è bene riconoscere chiaramente quanto segue: il paziente si libera dei sintomi isterici soltanto riproducendo le impressioni patogene che li hanno provocati, e dando sfogo ad esse con l'espressione di uno stato affettivo, per cui il compito terapeutico *consiste semplicemente nel convincerlo a farlo*; appena tale compito sia assolto, al medico più nulla rimane da rettificare e rimuovere. Quanto a questo scopo poteva servire sotto forma di controsuggestioni, già è stato impiegato nella lotta contro la resistenza. La situazione può essere paragonata al far scattare la serratura di una porta chiusa a chiave, dopo di che non si incontreranno ulteriori difficoltà nel girare la maniglia e aprire.

3.

Tenendo presente quel che ho detto nel paragrafo precedente circa le difficoltà della mia tecnica, difficoltà che ho esposto senza reticenze (dirò di sfuggita che le ho tratte dai casi peggiori e che tante volte le cose si mettono molto meglio), tenendo conto di tutto questo, dico, a ognuno verrà fatto di chiedere se non sarebbe preferibile, invece di invischiarsi in tutte queste pastoie, fare un impiego più energico dell'ipnosi oppure limitare l'applicazione del metodo catartico a quei soggetti che si possono mettere sotto ipnosi profonda. Quanto a quest'ultima proposta, dovrei rispondere che in questo caso, e per quanto riguarda la mia abilità, il numero dei pazienti adatti diverrebbe troppo esiguo, mentre al primo dei due consigli contrapporrei il sospetto che l'imposizione forzata dell'ipnosi potrebbe non risparmiarci molta resistenza. È abbastanza strano, ma le mie esperienze su questo punto non sono state numerose, per cui non posso andar oltre al semplice sospetto. Ma quando ho condotto un trattamento catartico sotto ipnosi, anziché sotto concentrazione, non mi sono accorto che ciò mi riducesse il lavoro che avevo da fare. Non molto tempo fa ho portato a termine una cura del genere durante la quale feci scomparire una paralisi isterica delle gambe. La paziente entrava in uno stato, psichicamente assai diverso dalla veglia, che era caratterizzato fisicamente dal fatto che le era impossibile aprire gli occhi o alzarsi finché non le intimavo: «Si alzi, ora!». Eppure non ho mai incontrato tanta resistenza quanta in questo caso. Non detti troppa importanza a questi segni fisici e, verso il termine della cura, durata dieci mesi, essi non erano più rilevabili. Ma, ciononostante, lo stato della paziente, mentre eravamo al lavoro, non modificò mai le sue caratteristiche psichiche, cioè la capacità di ricordare il materiale inconscio e l'esistenza di un rapporto di tipo particolare con la figura del medico. D'altra parte, con la storia di Frau Emmy von N. ho fornito un esempio di trattamento catartico col più profondo sonnambulismo in cui la resistenza non aveva praticamente alcuna parte. Ma è anche vero che da quella signora non venni a sapere niente che non mi avrebbe detto da sveglia altro che dopo aver vinto particolari impedimenti, niente che non mi avrebbe raccontato anche in condizioni di

veglia purché la nostra conoscenza datasse da qualche tempo ed ella avesse una grande stima di me. Non sono mai arrivato alle vere cause della sua malattia, senza dubbio identiche alle cause della ricaduta dopo la mia cura. Era questo infatti il mio primo tentativo con quel metodo. E l'unica volta che mi capitò di chiederle una rievocazione che comportava un elemento erotico, la trovai tanto riluttante e poco attendibile in ciò che diceva, quanto qualsiasi altra mia paziente esaminata più tardi senza sonnambulismo. Nella storia di quella signora ho già detto della resistenza che ella opponeva, persino durante il sonnambulismo, ad altre mie richieste e suggerimenti. Sono diventato alquanto scettico sul valore dell'ipnosi nel facilitare i trattamenti catarattici, perché ho fatto l'esperienza di casi nei quali, durante il sonnambulismo profondo, v'era stata un'opposizione ostinata e assoluta alla terapia, mentre sotto altri aspetti le pazienti erano del tutto obbedienti. Ho già brevemente accennato a un caso del genere e potrei citarne altri. Posso anche ammettere che quest'esperienza ha corrisposto molto bene alle aspettative e insisto sul fatto che vi deve essere, nell'ambito psichico come in quello fisico, un rapporto quantitativo tra causa ed effetto.

In quanto sono venuto fin qui esponendo, l'idea di resistenza si è imposta in primo piano. Ho dimostrato come, nel corso del nostro lavoro terapeutico, abbiamo finito col formarci l'opinione che l'isteria si origina dalla rimozione, dovuta a un movente difensivo, di un'idea incompatibile. Secondo questa opinione, l'idea rimossa persisterebbe quale debole traccia mnemonica (avente scarsa intensità), mentre l'emozione, avulsa dall'idea, sarebbe impiegata in un'efferenza nervosa somatica (vale a dire che l'eccitazione è «convertita»). Sembrerebbe allora che, proprio attraverso questa rimozione, l'idea divenga causa di sintomi morbosi (ossia diventa patogena). A un'isteria provvista di tale meccanismo psichico può essere dato l'appellativo di «isteria da difesa».

Ora, sia Breuer che io abbiamo più volte parlato di altri due tipi di isteria alle quali abbiamo imposto i nomi di «isteria ipnoide» e «isteria da ritenzione». L'isteria ipnoide è stata, tra tutte, la prima a entrare nel nostro campo di studi. Veramente non potrei trovare un esempio migliore del primo caso di Breuer, che si trova all'inizio delle nostre storie cliniche. Per questi casi di isteria ipnoide Breuer ha proposto un meccanismo psichico sostanzialmente differente da quello della difesa mediante conversione. Secondo la sua opinione, ciò che accade nell'isteria ipnoide è che un'idea diviene patogena perché è stata ricevuta durante uno speciale stato psichico e, fin da principio, è rimasta fuori dell'io. Quindi non è stata necessaria alcuna forza per separarla dall'io e non solleveremo alcuna resistenza introducendola nell'io con l'ausilio dell'attività mentale durante il sonnambulismo. E difatti il caso clinico di Anna O. non presenta alcun segno di tale resistenza.

Io considero questa distinzione talmente importante che grazie alla sua validità, ben volentieri accolgo l'ipotesi che esista un'isteria ipnoide. È alquanto strano che, nella mia esperienza personale, non mi

sia mai imbattuto in una vera e propria isteria ipnoide. Tutto quello che mi è capitato tra le mani si è trasformato in isteria da difesa. Ciò non significa in effetti, che io non abbia mai avuto a che fare con sintomi che, dimostrabilmente, insorgevano durante stati di dissociazione della coscienza e per tal ragione dovevano per forza rimanere esclusi dall'io. Questo talvolta si osservava anche nei miei casi, ma dopo potevo dimostrare che il cosiddetto stato ipnoide doveva la sua separazione al fatto che in essi si manifestava un gruppo psichico precedentemente estromesso dalla difesa. Per farla breve, non posso eliminare il sospetto che in qualche punto le radici dell'isteria da difesa e di quella ipnoide confluiscono e che il fattore essenziale è la difesa. Però non posso dire nulla di più preciso.

Per il momento anche il mio giudizio sull'«isteria da ritenzione» è altrettanto incerto, isteria nella quale il lavoro terapeutico dovrebbe ugualmente procedere senza resistenza. Ebbi un caso che consideravo come una tipica isteria da ritenzione e mi rallegravo della prospettiva di un successo facile e sicuro. Ma pur essendo veramente facile il lavoro, il successo non venne. Pertanto io sospetto, sia pure con tutte le riserve che dipendono dall'ignoranza, che anche alla base dell'isteria da ritenzione debba trovarsi un fattore di difesa che ha incanalato forzatamente l'intero processo in direzione dell'isteria. Si deve sperare che ulteriori osservazioni presto decideranno se sto correndo il rischio di cadere nell'unilateralità e nell'errore col favorire l'estensione del concetto di difesa a tutta l'isteria.

Finora ho trattato delle difficoltà e della tecnica del metodo catarattico, e vorrei aggiungere qualche indicazione sulla forma assunta da un'analisi quando si adotta questa tecnica. Questo per me è un argomento molto interessante, ma non posso sperare che susciti un uguale interesse in altri, che ancora non abbiano condotto un'analisi di questo genere. È vero che tornerò a parlare della tecnica, ma questa volta a proposito di difficoltà intrinseche, delle quali non possiamo ritenere responsabili i pazienti, e che debbono essere in parte le stesse nell'isteria ipnoide o da ritenzione e nelle isterie da difesa, che tengo come modello davanti agli occhi. Affronto quest'ultima parte della mia esposizione con la speranza che le caratteristiche psichiche che saranno rivelate in essa possano acquistare un giorno un certo valore quale materia prima per la dinamica dell'ideazione.

La prima e più energica impressione, che si riceve durante questa analisi, è senz'altro il fatto che il materiale psichico patologico, che è stato sicuramente dimenticato, che non è a disposizione dell'io e non ha parte alcuna nell'associazione e nella memoria, nondimeno si trova a portata di mano nell'ordine corretto e adeguato. Si tratta soltanto di allontanare le resistenze che sbarrano il cammino al materiale. Sotto altri rispetti questo materiale è conosciuto allo stesso modo in cui possiamo conoscere qualsiasi cosa; esistono valide connessioni delle idee separate, tra di loro e tra esse e quelle non patologiche, che vengono frequentemente ricordate; queste connessioni sono state concretate in passato e immagazzinate nella memoria. Il materiale psichico

patologico sembra essere proprietà di un'intelligenza non necessariamente inferiore a quella dell'ego normale. La comparsa di una seconda personalità spesso si rivela nel modo più ingannatore.

Se questa impressione sia giustificata o se, nel pensare ad essa, noi retrodatiamo al periodo della malattia una disposizione del materiale psichico che in realtà ha avuto luogo dopo la guarigione, è un problema di cui preferisco non discutere ora, in queste pagine. In ogni modo, le osservazioni fatte durante queste analisi possono essere descritte più appropriatamente e chiaramente se le consideriamo dalla posizione che possiamo prendere dopo la guarigione, nell'intento di riesaminare il caso nel suo insieme.

In effetti, di solito la situazione non è così semplice come l'abbiamo rappresentata in casi particolari (quando, per esempio, vi è un solo sintomo, nato da un solo trauma importante). In genere non troviamo un *singolo* sintomo isterico, ma diversi sintomi, parte indipendenti gli uni dagli altri e parte intercollegati. Non dobbiamo sperare di imbatterci in un solo ricordo traumatizzante avente, quale nucleo, una sola idea patogena; dobbiamo essere preparati a trovare una *sequela* di traumi *parziali* e *concatenazioni* di serie di pensieri patogeni. Un'isteria traumatica monosintomatica corrisponde a un essere elementare, a un organismo unicellulare confrontato con la complessa struttura delle nevrosi relativamente gravi che siamo soliti osservare.

In questi casi di isteria il materiale psichico si presenta come una struttura pluridimensionale stratificata almeno in tre modi differenti. (Spero di riuscire a giustificare questo modo pittoresco di esprimersi). Per cominciare vi è un nucleo formato da ricordi di avvenimenti o da catene di pensieri, nei quali culmina il fattore traumatico ovvero l'idea patogena trova la sua più schietta manifestazione. Attorno a questo nucleo troviamo una quantità, spesso incredibilmente grande, di altri materiali mnemonici, che devono essere trattati mediante l'analisi, disposti, come si è detto, in triplice ordine.

In primo luogo vi è un ordine cronologico, inconfondibilmente lineare, attinente a ciascun tema separato. A conferma di ciò citerò la disposizione del materiale nell'analisi di Anna O. (Breuer). Prendiamo il tema della sordità, del non udire. Esso era differenziato secondo sette serie di determinanti, e sotto ciascuna di queste sette voci si raccoglievano da dieci a oltre cento singoli ricordi, disposti in serie cronologica. Era come se stessimo esaminando un dossier tenuto in buon ordine. L'analisi della mia paziente Frau Emmy von N. conteneva simili archivi di memorie sebbene non fossero altrettanto ben catalogate e descritte. Questi archivi costituiscono una caratteristica generale di ogni analisi e il loro contenuto emerge sempre in ordine cronologico, infallibilmente attendibile, così come, in una persona mentalmente normale, lo è la successione dei giorni della settimana o i nomi dei mesi. Essi rendono più difficile il lavoro di analisi in quanto, nel rievocare i ricordi, invertono l'ordine in cui sono stati originati. L'esperienza più nuova e recente dell'archivio appare per prima, a guisa di titolo, e per ultima viene l'esperienza con la quale la serie è di fatto cominciata.

Ho descritto tali raggruppamenti di memorie simili tra di loro come raccolte disposte secondo una sequenza lineare come uno schedario di documenti, un blocco di fogli, ecc., dicendo che costituiscono dei «temi». Questi temi presentano un'altra modalità di disposizione. Ciascuno è – non mi posso esprimere in altro modo – stratificato concentricamente attorno al nucleo patogeno. Non è difficile dire che cosa produce questa stratificazione, quale dimensione riducentesi o crescente è alla base di questa disposizione. Il contenuto di ciascuno strato particolare è caratterizzato da uno stesso grado di resistenza e questa cresce in proporzione alla vicinanza al nucleo. Quindi vi sono zone entro le quali vi è un ugual grado di modificazione della coscienza e i diversi temi si estendono attraverso esse. Gli strati più periferici contengono le memorie (o archivi) che, appartenendo a diversi temi, vengono facilmente ricordare e sono stati sempre chiaramente coscienti. Quanto più andiamo in profondo, tanto più difficile diventa il riconoscimento dei ricordi che emergono, sinché, in prossimità del nucleo, ci imbattiamo in ricordi che il paziente rinnega persino mentre li rievoca.

È questa caratteristica della stratificazione concentrica del materiale psichico patogeno che, come vedremo, conferisce al corso di queste analisi le loro tipiche caratteristiche. Un terzo genere di disposizione deve ancora essere ricordato; il più importante, ma sul quale è molto più difficile fare alcuna affermazione generale. Quella che ho in mente è una disposizione secondo il contenuto dei pensieri, il legame stabilito da un filo logico che arriva fino al nucleo e tende a prendere un andamento irregolare e contorto, diverso nei singoli casi. Questa disposizione ha un carattere dinamico in contrasto con quello morfologico delle due stratificazioni precedentemente ricordate. Mentre queste due sarebbero rappresentate, in un diagramma spaziale, da una linea continua, curva o retta, l'andamento della catena logica dovrebbe essere rappresentato da una linea spezzata che segue le vie più irregolari, andando dalla superficie agli strati più profondi e di nuovo indietro, pur dimostrando un generale avanzamento dalla periferia verso il nucleo centrale, ma toccando ogni punto intermedio: una linea che rassomiglia alla linea a zig zag del problema del cavallo negli scacchi che salta attraverso le caselle della scacchiera.

Devo intrattenermi ancora un po' su quest'ultima similitudine, per mettere in rilievo un punto in cui essa non si attaglia alle caratteristiche del fenomeno. La catena logica non corrisponde soltanto a una linea a zig zag e contorta, ma ancor meglio a un sistema di linea ramificato e, più esattamente a un sistema convergente. Contiene punti nodali in cui due o più fili s'incontrano per poi procedere uniti; e di solito parecchi fili, che corrono indipendentemente, o che in vari punti sono collegati da tratti collaterali, finiscono con lo sboccare nel nucleo. Per dirla con altre parole, è notevole quanto spesso un sintomo sia determinato in molti modi o sia «superdeterminato».

Il mio tentativo di illustrare l'organizzazione del materiale psichico patologico sarà completo dopo aver introdotto un'altra complicazione.

Infatti può succedere che vi sia più di un nucleo nel materiale patologico; se, per esempio, dobbiamo analizzare un secondo attacco di isteria, che ha un'etiologia sua propria, ma ciononostante è collegato col primo accesso di isteria acuta, guarito anni prima. È facile immaginare, così stando le cose, quali aggiunte devono essersi fatte sugli strati e quali nuove vie di pensiero si devono essere stabilite perché si istituisca una connessione tra due nuclei patologici.

Farò ora alcune ulteriori osservazioni sul quadro testé definito riguardante l'organizzazione del materiale. Abbiamo detto che questo materiale si comporta a guisa di corpo estraneo dal tessuto vivente. Adesso siamo in grado di vedere dove questa similitudine è inesatta. Un corpo estraneo non entra in alcun rapporto con gli strati di tessuto che lo circondano, ancorché li alteri e renda necessaria in essi una reazione infiammatoria. Il nostro gruppo psichico patologico non si lascia, d'altra parte, estirpare nettamente fuori dall'io. I suoi strati esterni si insinuano in ogni direzione entro parti di io normale e in effetti appartengono tanto a quest'ultimo quanto all'organizzazione patologica. Nell'analisi, il limite tra i due è fissato in maniera puramente convenzionale, ora in un punto ora in un altro mentre in qualche tratto non può essere affatto tracciato. Gli strati interni dell'organizzazione patologica sono progressivamente più estranei per l'io ma anche questa volta senza che vi sia alcun limite visibile in cui comincia il materiale patologico. Infatti l'organizzazione patologica non si comporta come un corpo estraneo ma molto più come un infiltrato. In questa similitudine la resistenza è ciò che si è infiltrato. E nemmeno la cura consiste nell'estirpare qualche cosa – la psicoterapia attualmente non è in grado di farlo – ma nel far sì che la resistenza si ammorbida mettendola in tal modo la circolazione in grado di fluire in una regione fino ad ora tagliata fuori.

(Qui sto facendo uso di diverse similitudini, le quali hanno tutte una somiglianza molto limitata con il mio argomento e che, inoltre, sono incompatibili tra di loro. Mi rendo conto che è così e non corro il rischio di sopravvalutare il loro valore. Ma il mio scopo nel ricorrere ad esse è quello di illuminare da diversi punti di vista un argomento estremamente complicato, finora non affrontato. Pertanto nelle pagine che seguono mi permetterò di continuare a introdurre similitudini sempre nello stesso modo, pur sapendo che ciò non va esente da critiche.)

Se, dopo che il caso è stato completamente chiarito, fosse possibile mostrare ad una terza persona il materiale patogeno illustrandone l'organizzazione, che sappiamo complessa e multidimensionale, questa ci domanderebbe con ragione come un cammello di tal fatta sia passato per la cruna dell'ago. Infatti è abbastanza giustificato parlare della «strettoia» della coscienza. La parola acquista significato e vivezza per un medico che conduca un'analisi del genere. Un solo ricordo alla volta può entrare nella coscienza dell'ego. Un paziente occupato a rievocare questo ricordo non vede nulla di ciò che si sta facendo strada dietro di esso e dimentica quello che già è venuto fuori. Se vi sono delle difficoltà nel modo di dominare questo singolo

ricordo patogeno – come, per esempio, se il paziente non allenta lo stato di resistenza o se cerca di reprimerlo o di mutilarlo – allora il passaggio rimane, per così dire, bloccato. Il lavoro segna una battuta d'arresto, niente può più apparire e l'unica reminiscenza, che era in procinto di emergere, rimane dinanzi al paziente finché questi non l'assume nella dimensione del proprio ego. L'intera massa, estesa spazialmente, di materiale psicogeno viene, in tal modo forzata attraverso una stretta fenditura e quindi arriva alla coscienza veramente tagliata a pezzi o strisce. È compito dello psicoterapeuta ricomporli insieme nell'organizzazione che egli presume esistesse. Chiunque provi la bramosia da altre similitudini può a questo punto pensare a un gioco di pazienza a incastro.

Se ci troviamo a dover intraprendere un'analisi del genere, in cui si abbia ragione di prevedere una tale organizzazione del materiale patologico, ci verrà in aiuto quanto l'esperienza ci ha insegnato, ossia che è *impresa assolutamente disperata tentare di penetrare direttamente nel nucleo dell'organizzazione patologica*. Persino se noi stessi potessimo arrivarci, il paziente non saprebbe che fare della spiegazione fornitagli e non ne sarebbe psicologicamente trasformato.

Non c'è altro da fare che partire dalla periferia della struttura psichica. Cominciamo col far dire al paziente quel che sa e rammenta nel mentre che già indirizziamo la sua attenzione e vinciamo le sue lievi resistenze ricorrendo al procedimento della pressione. Ogni qual volta apriamo una nuova via, grazie alla pressione sulla fronte, possiamo sperare che egli avanzi per un certo tratto senza nuove resistenze.

Dopo aver lavorato per un po' in questa maniera, il paziente, di regola, comincia a collaborare con noi. Adesso gli vengono in mente numerosi ricordi senza che lo si debba interrogare o che gli si debbano imporre dei compiti. Abbiamo aperto una via verso uno strato interno, entro il quale il paziente trova adesso da solo del materiale disponibile dotato di uno stesso livello di resistenza. È meglio lasciarlo rievocare per qualche tempo questo materiale senza influenzarlo. È pur vero che egli stesso non è in condizione di scoprire nessi importanti, però gli si può lasciar mettere ordine nel materiale compreso in uno stesso strato. Le cose, ch'egli porta in questo modo alla luce, sembrano spesse volte sconnesse, ma offrono un materiale che potrà essere collocato, quando, più tardi, si sarà scoperto il legame.

E qui dobbiamo mettere genericamente in guardia contro due cose. Se interferiamo col paziente nella sua rievocazione delle idee che pullulano in lui, possiamo «seppellire» cose che dovranno essere di nuovo tirate fuori più tardi e con gran fatica. Inoltre non dobbiamo sopravvalutare l'«intelligenza» inconscia del paziente, lasciando ad essa l'intera direzione del lavoro. Se volessimo dare un quadro schematico del nostro modo di operare, forse potrei dire che noi pratichiamo le aperture verso gli strati interni mentre il paziente cura la dimensione *periferica* del lavoro.

Come si sa, i progressi si ottengono vincendo la resistenza nel modo già indicato. Ma di solito, prima di questo, c'è un altro compito da eseguire. Dobbiamo afferrare un tratto del filo logico perché solo

con questa guida possiamo sperare di penetrare nell'interno. Non possiamo sperare che le comunicazioni libere fatte dal paziente, materiale degli strati più superficiali, rendano facile per l'analista il riconoscimento del punto in cui la via conduce in profondità o l'individuazione dei punti di partenza delle connessioni che sta ricercando. Al contrario, è proprio questo che viene accuratamente nascosto: il resoconto fornito dal paziente suona come se fosse completo e definitivo. A tutta prima è come trovarsi davanti a una muraglia che copre ogni prospettiva e ci impedisce di avere alcuna idea se c'è qualcosa di là da essa, e, se sì, che cosa.

Ma se esaminiamo con occhio critico il resoconto fornitoci dal paziente senza molto sforzo né resistenza, vi troveremo immancabilmente lacune e imperfezioni. A un certo punto la catena di pensieri apparirà visibilmente interrotta e rabberciata alla meglio dal paziente con un giro di parole o una spiegazione del tutto inadeguata. In un altro punto troveremo un motivo, che una persona normale avrebbe definito debole. Il paziente non riconoscerà queste manchevolezze allorché faremo convergere la sua attenzione su di esse, ma il medico avrà ragione nel ricercare, dietro ai punti deboli, un accesso al materiale degli strati più profondi sperando di individuare proprio là i tratti di collegamento di cui va alla ricerca con il procedimento della pressione. Di conseguenza, noi diremo al paziente: «Lei è in errore; quel che sta descrivendo può non aver nulla a che fare con l'argomento in questione. Dobbiamo attenderci di trovare qualcos'altro, e questo le verrà in mente sotto la pressione della mia mano».

Infatti possiamo esigere da un paziente isterico, come faremmo con un individuo normale, un andamento logico e una motivazione sufficiente in una sequenza di pensieri anche se essa si estende nell'inconscio. Non è nei poteri di queste nevrosi rompere tali rapporti. Se, nei nevrotici e negli isterici in particolare, la catena di idee produce un'impressione differente, se in essi l'intensità relativa delle diverse idee sembra inesplicabile solo con le motivazioni psicologiche, noi già ne abbiamo scoperto la ragione, che potremo attribuire all'esistenza di *motivi inconsci nascosti*. Dunque possiamo sospettare la presenza di tali motivi segreti tutte le volte che si evidenzia una breccia di questo genere in una concatenazione di pensieri, o quando la forza attribuita dal paziente ai propri motivi va molto oltre il normale.

Nell'eseguire questo lavoro dobbiamo naturalmente mantenerci liberi dal pregiudizio teorico di avere a che fare con i cervelli anormali di *dégénérés* e *déséquilibrés*, i quali in ragione della loro tara, godono della libertà di rovesciare le comuni leggi psicologiche che governano il collegamento delle idee, e nei quali un'idea occasionale può diventare esageratamente intensa senza alcun motivo, mentre un'altra può diventare indistricabile senza alcuna ragione psicologica. L'esperienza dimostra che nell'isteria è vero il contrario. Una volta che abbiamo scoperto i motivi nascosti, rimasti molte volte inconsci, e che li abbiamo tenuti nel debito conto, nelle connessioni dei pensieri isterici non rimane nulla di enigmatico o di contrario alle regole più che nei pensieri normali.

In tal maniera, dunque, individuando le lacune della prima descrizione del paziente — lacune spesso volte mascherate da «false connessioni» — riusciamo a impadronirci di un tratto del filo logico in periferia e da questo punto apriamo un nuovo cammino mediante la tecnica della pressione.

È molto raro che con questo riusciamo ad aprirci una strada diretta verso l'interno seguendo sempre uno stesso filo. Di solito questo a mezza via si interrompe; la pressione fallisce e non ottiene alcun risultato oppure un risultato che non può essere né chiarito né perfezionato a onta di tutti gli sforzi. Quando succede, impariamo presto a evitare gli errori in cui potremmo incorrere. L'espressione del volto del paziente deve stabilire se veramente siamo giunti al termine, o se si tratta di un fatto che non richiede una spiegazione psichica, oppure se è l'eccessiva resistenza che ha portato il lavoro a un punto morto. In quest'ultimo caso, se non possiamo superare subito la resistenza, ci è lecito presumere di aver seguito il filo sino a uno strato che per il momento è ancora impenetrabile. Lo lasciamo cadere e prendiamo un altro filo che forse potremo seguire fino alla stessa profondità. Quando saremo giunti a questo strato seguendo tutti i fili ed avremo scoperto i grovigli a causa dei quali non è possibile seguire isolatamente fili in precedenza separati, potremo pensare ad attaccare con nuova lena la resistenza che ci si para dinanzi.

È facile immaginarsi quanto possa essere complicato un lavoro del genere. Ci apriamo a forza la strada negli strati interni superando in continuazione delle resistenze; arriviamo a conoscere i temi accumulati in uno di questi strati ed i fili che li percorrono, e ci rendiamo conto fino a che punto potremo spingerci con gli attuali mezzi e la conoscenza che abbiamo acquisito. Otteniamo dei dati preliminari sul contenuto degli strati successivi ricorrendo alla tecnica della pressione; lasciamo cadere dei fili e li raccogliamo di nuovo; li seguiamo fino a dei punti nodali; di continuo risolviamo gli arretrati; e, ogni volta che seguiamo una serie di ricordi siamo condotti verso qualche via laterale che però alla fine si ricongiunge. Con questo metodo arriviamo alla fine a un punto in cui possiamo smettere di lavorare per strati e possiamo penetrare direttamente nel nucleo dell'organizzazione patologica. Con il che la battaglia è vinta, anche se non finita. Dobbiamo tornare indietro e riprendere gli altri fili per esaurire il materiale. Ma ora il paziente ci fornisce un aiuto energico. La sua resistenza è in massima parte infranta.

In queste ultime fasi del lavoro sarà utile riuscire a intravedere il modo in cui le cose sono collegate e dirlo al paziente prima di averlo scoperto. Se avremo indovinato giusto, il corso dell'analisi risulterà accelerato; ma anche un'ipotesi errata ci è d'aiuto, dato che obbliga il paziente a prendere posizione e lo porta a energiche negazioni che tradiscono la sua certamente migliore conoscenza.

Da ciò apprendiamo con sbalordimento che *non siamo in condizioni di ottenere nulla dal paziente in cose di cui è evidentemente ignorante o di influire sui risultati dell'analisi suscitando uno stato di*

attesa. Neppure una volta sono riuscito, preconizzando qualche cosa, ad alterare o falsificare la rievocazione delle memorie o il collegamento degli eventi, perché, se ci fossi riuscito, alla fine il fatto sarebbe stato rivelato da qualche contraddizione nel materiale. Se qualche cosa risultava quale l'avevo prevista, essa era sempre provata da un gran numero di reminiscenze impeccabili, che io al massimo avevo intuito esattamente. Pertanto non dobbiamo aver paura di dire al paziente quale pensiamo che sarà la connessione successiva dei suoi pensieri. Non gli farà male.

Un'altra osservazione, costantemente ripetuta, si riferisce alle rievocazioni spontanee del paziente. Si può affermare che ogni singola reminiscenza che emerge in un'analisi del genere ha un significato. Infatti non si verifica mai un'intrusione di immagini mnemoniche *irrelevanti* (che in un modo o nell'altro si trovano ad essere associate con quelle importanti). Si dà un'eccezione, che non contraddice alla regola, eccezione riguardante ricordi che, in sé privi di importanza, sono però indispensabili come ponte, nel senso che soltanto attraverso essi si può avere l'associazione tra due ricordi importanti.

La durata del tempo di permanenza di un ricordo nella strettoia situata di fronte alla coscienza del paziente è, come già si è spiegato, direttamente proporzionale alla sua importanza. Un'immagine che rifiuta di scomparire è un'immagine che richiede ulteriore considerazione, un pensiero che non può esser messo da parte necessita di essere approfondito. Inoltre, una rievocazione non torna mai una seconda volta dopo che sia stata dominata; l'immagine sarà accompagnata da una nuova serie di pensieri, e l'idea avrà nuove implicazioni. In altre parole, esse non sono state dominate completamente. Ancora, capita di frequente che un'immagine o un pensiero ricompaiano con gradi diversi di intensità, dapprima come un barlume e più tardi in completa chiarezza. Però ciò non contraddice a quanto ho già affermato.

Tra le incombenze che toccano all'analisi vi è quella di sbarazzarsi di sintomi capaci di aumentare d'intensità o di ritornare: dolori, sintomi dipendenti da certe stimolazioni (come il vomito), sensazioni e contratture. Mentre stiamo lavorando su uno di questi sintomi, ci incontriamo nell'interessante e non desiderato fenomeno dell'«inserimento nella conversazione». Il sintomo problematico ricompare, o si manifesta con maggiore intensità, non appena raggiungiamo la regione dell'organizzazione patologica che contiene l'etiologia del sintomo stesso, e da allora in poi accompagna il lavoro con oscillazioni caratteristiche, istruttive per il medico. L'intensità del sintomo (prendiamo per esempio un desiderio di vomitare) aumenta man mano che approfondiamo uno dei ricordi patogeni più importanti; essa raggiunge il massimo poco prima che il paziente esprima questo ricordo; e quando ha finito diminuisce improvvisamente o addirittura scompare del tutto per un po' di tempo. Se, a causa della resistenza, il paziente ritarda a lungo la confessione, la tensione della sensazione — il desiderio di vomitare — diventa insopportabile e se non riusciamo a farlo parlare, comincia a vomitare veramente. In tal modo noi otte-

niamo un'espressione plastica del fatto che il «vomito» prende il posto di un'azione psichica (in questo caso l'atto della confessione), proprio secondo quanto sostiene la teoria della conversione nell'isteria.

Questa oscillazione d'intensità da parte del sintomo isterico viene allora ripetuta tutte le volte che ci avviciniamo ad un ricordo che sia patogeno nei confronti del sintomo. Potremmo dire che il sintomo è sempre all'ordine del giorno. Se siamo costretti a lasciar andare temporaneamente il filo cui il sintomo è collegato, anche il sintomo si ritira nell'oscurità per riemergere in una fase più avanzata dell'analisi. Questo comportamento va avanti finché il lavoro condotto sul materiale patologico non elimina il sintomo una volta per tutte.

In tutto ciò il sintomo isterico, a stretto rigore, non si comporta affatto diversamente dall'immagine mnemonica o dal pensiero rivissuto che noi evochiamo con la pressione della mano. In entrambi i casi troviamo il medesimo ostinato e ossessivo ritorno nella memoria del paziente, che dobbiamo eliminare. La differenza sta soltanto nel manifestarsi evidentemente spontaneo dei sintomi isterici, mentre, come ben si ricorderà, le scene e le idee sono evocate dai noi. Infatti vi è una serie ininterrotta, estendentesi dai *residui mnemonici* immo-dificati, di esperienze emotive e di attività ideative fino ai sintomi isterici, rappresentata dai simboli mnemonici di quelle esperienze e quei pensieri.

Il fenomeno dei sintomi isterici che si inseriscono nella conversazione durante l'analisi comporta un inconveniente pratico col quale dovremmo essere in grado di riconciliare il paziente. È assolutamente impossibile effettuare l'analisi di un sintomo in una stessa seduta o distribuire gli intervalli del nostro lavoro in modo che si confacciano esattamente con le pause nel processo di trattamento dei sintomi. Al contrario, le interruzioni che sono inappellabilmente prescritte da circostanze accidentali del trattamento, come un ritardo ad un appuntamento, hanno spesso volte nei momenti meno convenienti, proprio quando si sta per pervenire a una decisione o quando sta emergendo un nuovo elemento. Qualsiasi lettore di giornali soffre per lo stesso inconveniente nel leggere la puntata giornaliera del romanzo di appendice; quando, subito dopo il discorso decisivo dell'eroina o dopo che lo sparo ha echeggiato, arriva alla parola: «continua». Nel nostro caso, la questione che è stata sollevata ma non risolta ed il sintomo che è diventato temporaneamente più intenso, ma ancora non è stato spiegato, persistono nella mente del paziente e forse possono essere più fastidiosi per lui di quanto non lo fossero in precedenza. Egli dovrà cavarsela alla meno peggio; non c'è altro da fare. Vi sono pazienti che, nel corso di un'analisi, non riescono a liberarsi di una questione che è stata sollevata e ne rimangono ossessionati durante l'intervallo tra una seduta e l'altra. Poiché da soli non sanno far nulla per sbarazzarsene, soffrono le prime volte più di quanto non soffrissero prima dell'inizio della cura. Ma persino questi pazienti alla fine imparano ad aspettare il medico concentrando tutto l'interesse che nutrono per la liberazione dal materiale patologico, sulle ore di trattamento, dopo di che cominciano a sentirsi più liberi negli intervalli.

Anche la condizione generale dei pazienti durante un'analisi di questo genere è degna di nota. Per un certo tempo essa non è influenzata dalla cura e seguita ad essere l'espressione dei fattori che erano operanti in precedenza. Ma, dopo, arriva un momento in cui il trattamento si impadronisce del paziente, incatenandone l'interesse e da allora in poi le sue condizioni generali diventano viepiù dipendenti dallo stato del lavoro. Ogni volta che viene messo in chiaro qualcosa di nuovo, oppure viene raggiunto uno stadio importante nel processo di analisi, il paziente si sente anch'egli sollevato e pregusta l'imminente liberazione. Tutte le volte che il lavoro si ferma e la confusione incombe, si appesantisce il fardello psichico dal quale è oppresso; il sentimento di infelicità e la incapacità al lavoro peggiorano. Ma nulla di tutto ciò può durare per più di un breve tempo. Infatti l'analisi continua tranquillamente se il paziente al momento si sente bene, e prosegue per la sua via senza tener conto dei periodi di abbattimento. In generale siamo soddisfatti quando abbiamo sostituito le oscillazioni spontanee della sua condizione con oscillazioni provocate da noi stessi e che quindi comprendiamo, come pure siamo soddisfatti quando vediamo che la successione spontanea dei sintomi è sostituita da un ordine del giorno corrispondente allo stato dell'analisi.

Per cominciare, il lavoro si fa più oscuro e difficile, di solito, quanto più penetriamo in profondo nella struttura psichica stratificata che ho descritto in precedenza. Ma quando ci saremo aperti la via fino al nucleo, comincerà a farsi luce e non dovremo temere che lo stato generale del paziente vada più soggetto a periodi di grave abbattimento. Tuttavia potremo sperare nella ricompensa delle nostre fatiche – la sparizione dei sintomi – solo dopo che si sarà completata l'analisi di ciascun sintomo; e in effetti, se i singoli sintomi sono collegati da diversi punti nodali, non saremo incoraggiati durante il lavoro nemmeno dal successo parziale. Grazie alle ricchissime connessioni causali, ogni idea patogena di cui non ci si è ancora sbarazzati, agisce quale motivazione di tutti i prodotti della nevrosi ed è solo con l'ultima parola dell'analisi che scompare l'intero quadro clinico, così come avviene dei ricordi rievocati individualmente. Se un ricordo o un collegamento patogeno, precedentemente eliminato dalla coscienza dell'io, viene scoperto dal lavoro di analisi e introdotto nell'io, noi troviamo che la personalità psichica, in tal modo arricchita, ha diverse maniere di esprimersi in rapporto a ciò che ha acquisito. Succede con particolare frequenza che, dopo che abbiamo faticosamente introdotto qualche elemento nella coscienza del paziente, questi dichiara: «L'ho sempre saputo e glielo avrei potuto dire prima». Coloro che sono dotati di una certa intuizione più tardi riconoscono di essersi ingannati e si rimproverano di essere ingrati. A prescindere da ciò, l'atteggiamento assunto dall'io nei confronti di questa nuova acquisizione dipende in generale dallo stato dell'analisi da cui trae origine l'acquisizione stessa. Le cose appartenenti agli strati esterni sono riconosciute senza difficoltà; in effetti esse sono sempre rimaste in possesso dell'io e l'unica novità è la loro connessione con gli strati più profondi

del materiale patologico. Le cose portate alla luce da questi strati più profondi sono anch'esse ammesse e riconosciute ma spesso solo dopo molti dubbi ed esitazioni. Le immagini mnemoniche visive naturalmente sono più difficili a ripudiarsi che non le tracce mnemoniche di semplici associazioni di pensieri. Non è affatto raro che il paziente cominci col dire: «È possibile che io l'abbia pensato, però non me ne ricordo». E solo dopo che egli si sarà assuefatto per un po' all'ipotesi, finirà con l'ammetterlo; ricorderà – e confermerà anche il fatto con collegamenti secondari – di aver effettivamente avuto quel pensiero. Però io, di regola, durante l'analisi faccio una mia valutazione del ricordo che emerge, indipendentemente dal riconoscimento del paziente. Non mi stancherò mai di ripetere che siamo tenuti ad accogliere qualunque cosa il nostro procedimento porti alla luce. Se in esso vi è qualcosa di non genuino o corretto, sarà più tardi il contesto a dirci di rifiutarlo. Ma posso dire, di sfuggita, che non ho quasi mai avuto occasione di rifiutare, in un secondo momento, un ricordo accettato provvisoriamente. Tutto ciò che è emerso si è comunque rivelato corretto, nonostante avesse il più ingannevole aspetto di una palese contraddizione.

Le idee provenienti dalle più grandi profondità e che costituiscono il nucleo dell'organizzazione patologica, sono anche quelle che il paziente riconosce con il massimo di difficoltà. Persino quando è tutto finito, e i pazienti sono stati dominati dalla forza della logica e sono stati convinti dall'effetto curativo che accompagna l'emergere proprio di queste idee – quando, dico, i pazienti stessi accettano il fatto di aver pensato questa o quella cosa, – pure spesso aggiungono: «Ma non posso ricordare di averci pensato». È facile mettersi d'accordo dicendo che i pensieri erano *inconsci*. Ma come può un tale stato di cose adattarsi alle nostre opinioni psicologiche? Dovremo trascurare questa negazione di riconoscimento da parte del paziente, quando, ora che il lavoro è finito, egli non ha più alcun motivo di far così? Oppure dovremo supporre di aver veramente a che fare con pensieri mai passati per la mente, che avevano soltanto una *possibilità* di esistere, di modo che la cura consisterebbe nel perfezionamento di un atto psichico che non ha avuto luogo nel passato? È chiaramente impossibile dire qualche cosa su questo – ossia sullo stato in cui si trovava il materiale patologico prima dell'analisi – finché non saremo pervenuti a un completo chiarimento delle nostre vedute psicologiche fondamentali, specialmente sulla natura della coscienza. Rimane una cosa che penso meriti una seria considerazione: che noi, nelle nostre analisi, possiamo seguire una catena di pensieri dalla coscienza all'inconscio (ossia a qualche cosa assolutamente non riconoscibile come ricordo), che possiamo rintracciarne il cammino per un certo tratto nuovamente attraverso la coscienza e che possiamo vederla finire di nuovo nell'inconscio, senza che questo alternarsi di «illuminazioni psichiche» porti ad alcuna modificazione nella stessa catena di pensieri, nella sua consistenza logica e nella connessione tra le sue varie parti. Quando questa concatenazione di pensieri si presenterà ai miei occhi nella sua integrità non riuscirò più a capire quale parte di essa fu

riconosciuta come ricordo dal paziente e quale no. In effetti io vedo solo le cime della catena di pensieri che si sprofonda nell'inconscio (il contrario di quanto si ha nei nostri processi psichici normali).

Infine debbo discutere ancora un altro fatto, che ha un'importanza purtroppo notevole nella condotta di analisi catartiche di questo genere. Ho già ammesso la possibilità che la tecnica della pressione fallisca, non riuscendo a suscitare alcuna reminiscenza nonostante tutte le assicurazioni e insistenze. Se ciò accade, ripeto, vi sono due possibilità: o nel punto che stiamo esplorando non c'è veramente altro da trovare (lo possiamo riconoscere dall'assoluta tranquillità dell'espressione del paziente) o ci siamo scontrati con una resistenza che potrà essere superata solo più tardi e ci troviamo davanti a un nuovo strato in cui non possiamo ancora penetrare (ciò che, anche questa volta, potremo dedurre dall'espressione del paziente, tesa e con i segni dello sforzo mentale). Ma vi è pure una terza possibilità, che testimonia ugualmente di un ostacolo, esterno però, non inerente al materiale. Ciò avviene quando il rapporto tra paziente e medico è disturbato, e questo è l'ostacolo peggiore che ci possa capitare. Però possiamo aspettarci di incontrarlo in ogni analisi di una certa importanza.

Ho già accennato all'importante ruolo che ha la figura del medico nel creare motivazioni che annullino la forza psichica di resistenza. In non pochi casi, donne specialmente, in cui si tratti di chiarire concatenazioni di pensieri erotici la collaborazione del paziente diventa un sacrificio personale, che dev'essere compensato da qualche surrogato dell'amore. La pena che si dà il medico e la sua premurosa attenzione devono essere sufficienti a questo fine. Se questo rapporto tra la paziente e il medico è turbato, la collaborazione della paziente viene anch'essa meno. Quando il medico tenta di esplorare una nuova idea patologica, la paziente è trattenuta dal fatto che le sue lagnanze nei riguardi del medico, che si sono venute accumulando, emergono nella coscienza. Secondo la mia esperienza questo ostacolo insorge in tre circostanze principali.

1. Se vi è un estraniarsi personale – se, per esempio, la paziente si sente trascurata, o troppo poco apprezzata od offesa, oppure se ha udito commenti sfavorevoli sul conto del medico e del suo metodo di cura. Questa è la circostanza meno grave. L'ostacolo sarà agevolmente superato dalla discussione e dalla spiegazione, anche se la sensibilità e la sospettosità delle pazienti isteriche può talora arrivare a livelli incredibili.

2. Se la paziente è colta dal timore di abituarsi eccessivamente ad avere rapporti personali col medico, di perdere la propria indipendenza nei suoi confronti e forse, addirittura, di diventare sessualmente dipendente da lui. Questa è una circostanza più importante perché i fattori che la determinano sono di natura meno personale. La causa di questo ostacolo risiede nella natura specifica della terapia. La paziente

allora ha un nuovo motivo di resistenza, che si manifesta non solo in rapporto a un determinato ricordo ma ad ogni tentativo terapeutico. È molto comune che la paziente accusi un mal di testa quando si comincia il procedimento della pressione, in quanto il nuovo motivo di resistenza rimane inconscio e si manifesta attraverso la produzione di un nuovo sintomo isterico. La cefalea indica la sua avversione a lasciarsi influenzare.

3. Se la paziente si spaventa accorgendosi di trasferire sulla persona del medico le idee penose che sorgono dal contenuto dell'analisi. Si tratta di una circostanza frequente e, in molte analisi, persino normale. Il transfert sul medico avviene tramite una *falsa connessione*. Devo dare un esempio. In una mia paziente l'origine di un particolare sintomo isterico stava nel desiderio, provato molti anni prima e tosto relegato nell'inconscio, che l'uomo col quale stava conversando prendesse arditamente l'iniziativa e le desse un bacio. Una volta, al termine di una seduta, le venne un simile desiderio nei miei confronti. Ne rimase inorridita, passò una notte insonne, e, durante la seduta seguente, qualunque non rifiutasse di essere curata, il lavoro fu quasi inutile. Dopo che ebbi scoperto e rimosso l'ostacolo, il lavoro poté procedere, e, strano a dirsi, il desiderio che tanto aveva spaventato la paziente fu il primo ricordo patogeno a fare la sua comparsa, essendo l'unico che potesse essere richiesto dal contesto logico. Ecco dunque quel che era successo. Il contenuto del desiderio era comparso innanzi tutto nella coscienza della paziente senza alcun ricordo delle circostanze concomitanti che l'avrebbero fatto attribuire al passato. Quindi il desiderio attuale, per via della coazione all'associazione dominante nella sua coscienza, si collegò alla mia persona, del che la paziente si sentì a buon diritto preoccupata, e, in conseguenza di questa *mésalliance* – che descrivo come «falsa connessione» – venne a manifestarsi lo stesso affetto che, molto tempo prima, aveva costretto la paziente a respingere quel desiderio proibito. Da quando ho scoperto ciò, mi sono sentito autorizzato, tutte le volte che sono rimasto coinvolto personalmente in maniera analoga, a presumere che si fossero verificati un *transfert* ed una falsa connessione. È strano, poi, che la paziente rimane ingannata tutte le volte che il fatto si ripete.

È impossibile portare a termine qualunque analisi se non sappiamo come far fronte alle resistenze sorte in questi tre modi. Però possiamo trovare la maniera di farlo se ci rendiamo conto che questo nuovo sintomo, prodotto secondo il vecchio modello, dev'essere trattato nello stesso modo degli altri sintomi. Il nostro primo compito consisterà nel rendere l'«ostacolo» conscio alla paziente. Ad esempio, in una mia paziente, il procedimento della pressione perse d'improvviso la sua efficacia. Avevo ragione di supporre che vi fosse un'idea inconscia del genere menzionato nel paragrafo 2. e riuscii ad afferrarla al primo tentativo cogliendo la paziente di sorpresa. Le dissi che doveva essere sorto qualche ostacolo al proseguimento della cura, ma che il procedimento della pressione aveva quanto meno il potere di indicarle

quale fosse questo ostacolo. Le premetti la fronte ed ella disse con stupore: «Vedo lei seduto qui sulla sedia; ma questo non ha senso. Cosa può significare?». Allora fui in grado di illuminarla. Con un'altra paziente l'«ostacolo» non compariva direttamente in seguito alla mia pressione, però riuscivo sempre a scoprirlo se riconducevo la paziente al momento in cui esso era stato originato. Il metodo della pressione non mancava mai di rievocare quel momento. Quando l'ostacolo era stato scoperto e spiegato, la prima difficoltà era sgombrata dal cammino. Ma ne rimaneva una più grande, che consisteva nella difficoltà di indurre la paziente a fornire informazioni là dove si trattava evidentemente di rapporti personali e dove l'altra persona coincideva con la figura del medico.

Inizialmente ero molto seccato da questo aumento del mio lavoro psicologico finché non compresi che l'intero processo seguiva una legge, e allora mi accorsi anche che un *transfert* di questo genere non portava un notevole aumento di quanto avevo da fare. Per la paziente il lavoro restava lo stesso: essa doveva superare l'emozione penosa subito per aver nutrito un tal desiderio, sia pure per un istante, né sembrava che ci fossero differenze ai fini del successo della terapia se ella, come tema di lavoro, doveva ripudiare psichicamente quel desiderio nella situazione storica ovvero in quella attuale, riferita alla mia persona. Le pazienti, inoltre, a poco a poco imparavano che si trattava, in questi *transfert* sulla persona del medico, di coazioni e di illusioni che dileguavano con la conclusione dell'analisi. Però credo che se avessi trascurato di chiarir loro la natura dell'«ostacolo», avrei dato loro solo un nuovo sintomo isterico, anche se più mite, in cambio di un altro generatosi spontaneamente.

Credo di aver fornito sufficienti indicazioni sul modo in cui sono state condotte queste analisi e sulle osservazioni che ho fatto nel corso di esse. Quel che ho detto forse potrà far sembrare le cose più complicate di quanto non siano. Molti problemi si risolvono da soli quando noi ci troviamo impegnati nel lavoro. Non ho elencato le difficoltà del lavoro con lo scopo di creare un'impressione che, tenendo presenti le esigenze che un'analisi catartica impone sia al medico che al paziente, valga la pena di intraprenderlo solo nei casi più rari. Io lascio che le mie attività mediche siano regolate da un presupposto contrario, quantunque sia vero che non posso enunciare indicazioni esattamente definite per l'applicazione del metodo terapeutico descritto in queste pagine, senza addentrarsi nell'esame della questione, più importante e comprensiva, del trattamento delle nevrosi in generale. Spesso dentro di me ho paragonato la psicoterapia catartica all'intervento chirurgico. Ho descritto le mie cure come operazioni psicoterapeutiche e ho messo in rilievo la loro analogia con l'apertura di una cavità piena di pus, il raschiamento di una zona necrotica, ecc. Un'analogia di questo genere trova giustificazione non tanto nella rimozione di ciò che è patologico quanto nello stabilire condizioni che abbiano maggiori probabilità di incanalare il corso del processo verso la guarigione.

Allorché ho promesso ai miei pazienti aiuto o miglioramento mediante un trattamento catartico, mi sono spesso trovato di fronte a questa obiezione: «Ebbene, lei stesso mi dice che la mia malattia probabilmente è collegata a circostanze ed eventi della mia vita. Lei non può modificarli in nessun modo. Allora, come pensa di aiutarmi?» E io ero in grado di dare la seguente risposta: «Certo riuscirebbe più facile al destino che a me liberarla dalla sua malattia. Ma lei potrà convincersi che avremo ottenuto un bel guadagno se riusciremo a trasformare la sua disgrazia isterica in ordinaria infelicità. E con una vita psichica restituita alla salute, lei sarà meglio armata contro questa infelicità».