FREUD
OPERE

1

BORINGHIERI

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

OPERE DI SIGMUND FREUD

EDIZIONE DIRETTA DA C. L. MUSATTI

1

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

OPERE DI SIGMUND FREUD

1 Opere 1886 - 1895
Studi sull'isteria
e altri scritti
(pubblicato nel 1967)

2 Opere 1892 - 1899
Progetto di una psicologia
e altri scritti
(pubblicato nel 1968)

3 Opere 1899
L'interpretazione dei sogni
(pubblicato nel 1966)

4 Opere 1900 - 1905
Tre saggi sulla teoria sessuale
e altri scritti
(pubblicato nel 1970)

5 Opere 1905 - 1909
Il motto di spirito
e altri scritti
(pubblicato nel 1972)

6 Opere 1909 - 1912
Casi clinici
e altri scritti
(pubblicato nel 1974)

7 Opere 1912 - 1914
Totem e tabú
e altri scritti
(pubblicato nel 1975)

8 Opere 1915 - 1917
Introduzione alla psicoanalisi
e altri scritti
(pubblicato nel 1976)

9 Opere 1917 - 1923
L'Io e l'Es
e altri scritti
(pubblicato nel 1977)

10 Opere 1924 - 1929
Inibizione, sintomo e angoscia
e altri scritti
(pubblicato nel 1978)

11 Opere 1930 - 1938
L'uomo Mosè e la religione monoteistica
e altri scritti
(pubblicato nel 1979)

12 Indici e bibliografie
(pubblicato nel 1980)

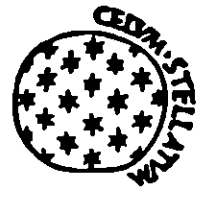
www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

SIGMUND FREUD

OPERE

1886-1895

STUDI SULL'ISTERIA E ALTRI SCRITTI



PAOLO BORINGHIERI

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

La presente edizione italiana, diretta da Cesare Luigi Musatti, si avvale del corredo critico preparato da James Strachey (1887-1967)

Prima edizione 1967
Sesta impressione 1982

© 1967 Editore Boringhieri s.p.a., Torino, corso Vittorio Emanuele 86
CL 61-8321-2

Edizione originale: Sigmund Freud *Gesammelte Werke*, 18 voll.
S. Fischer Verlag GmbH - Francoforte
© Imago Publishing Co., Ltd. - Londra - 1940-1950

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

INDICE

Avvertenza generale alla presente edizione, IX

Introduzione di C. L. Musatti al primo volume, XIII

Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino (1886)

Avvertenza editoriale, 3

Relazione sui viaggi di studio a Parigi e a Berlino, 5

Prefazione alla traduzione delle "Lezioni sulle malattie del sistema nervoso" di J.-M. Charcot (1886)

Avvertenza editoriale, 17

Prefazione alla traduzione delle "Lezioni sulle malattie del sistema nervoso" di J.-M. Charcot, 19

Osservazione di un caso grave di emianestesia in un paziente isterico (1886)

Avvertenza editoriale, 23

Osservazione di un caso grave di emianestesia in un paziente isterico, 25

Due brevi recensioni (1887)

Avvertenza editoriale, 35

Recensione a "La nevrastenia acuta" di H. Averbeck, 37

Recensione alla traduzione di "Grasso e sangue" di S. W. Mitchell, 38

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Isteria (1888)

Avvertenza editoriale, 41

Isteria, 43
1. Storia, 43 2. Definizione, 44 3. Sintomatologia, 44 4. Decorso dell'isteria, 54 5. La terapia della nevrosi, 56 6. Sommario, 60

Appendice: Isteroepilessia, 61

Ipnotismo e suggestione (1888-92)

Avvertenza editoriale, 65

Prefazione alla traduzione di "Della suggestione" di Hippolyte Bernheim (1888), 69
Appendice: Prefazione alla seconda edizione (1896), 79

Recensione a "L'ipnotismo" di August Forel (1889), 81

Trattamento psichico (trattamento dell'anima) (1890), 93

Ipnosi (1891), 112

Un caso di guarigione ipnotica (1892), 122

Abbozzi per la "Comunicazione preliminare" (1892)

Avvertenza editoriale, 137

Lettera a Josef Breuer, 139

III, 141

Sulla teoria dell'attacco isterico (Freud e Breuer), 143

Prefazione e note alla traduzione delle "Lezioni del martedí della Salpêtrière" di J.-M. Charcot (1892-94)

Avvertenza editoriale, 149

Prefazione alla traduzione delle "Lezioni del martedí della Salpêtrière" di J.-M. Charcot (1892), 151

Estratti dalle note alla traduzione delle "Lezioni del martedí della Salpêtrière" di J.-M. Charcot (1892-94), 155

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Studi sull'isteria (1892-95)

Avvertenza editoriale, 163

Prefazioni, 171

1. Comunicazione preliminare: Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici (Breuer e Freud) (1892), 175

2. Casi clinici, 189
1. Signorina Anna O. (Breuer), 189 2. Signora Emmy von N., quarantenne, della Livonia (Freud), 213 3. Miss Lucy R., trentenne (Freud), 263 4. Katharina ... (Freud), 280 5. Signorina Elisabeth von R. (Freud), 290

3. Considerazioni teoriche (Breuer), 333
1. I fenomeni isterici sono tutti ideogeni?, 334 2. L'eccitamento tonico intracerebrale. Gli affetti, 340 3. La conversione isterica, 349 4. Stati ipnoidi, 360 5. Rappresentazioni inconsce e inammissibili alla coscienza. Scissione della psiche, 367 6. Disposizione originaria. Sviluppo dell'isteria, 383

4. Per la psicoterapia dell'isteria (Freud), 394

Elenco dei riferimenti bibliografici, 441

Indice analitico, 443

Elenco delle opere di Sigmund Freud, 455

NOTA
Negli anni tra il 1892 e il 1895 Freud affiancò agli scritti qui compresi una serie di minute teoriche e di altri lavori che compaiono nel secondo volume delle Opere.
Per la successione cronologica dei singoli scritti vedi la tabella a pagina IX del suddetto volume.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza generale alla presente edizione

La presente edizione italiana delle *Opere di Sigmund Freud*, in 12 volumi, comprende tutti gli scritti pubblicati, dall'autore oppure postumi, che presentano interesse psicologico: e cioè sia le opere di argomento strettamente psicoanalitico, sia quelle che, appartenendo al periodo preanalitico, affrontano però questioni di psicologia o di psicopatologia, cosí da presentare una connessione col successivo sviluppo della psicoanalisi.

Questo criterio – che implica la esclusione di un certo numero di lavori a carattere neurologico, istologico, o genericamente biologico, risalenti alla prima attività scientifica di Freud e privi di effettivi legami con la successiva sua produzione psicologica e psicoanalitica – è il criterio stesso voluto da Freud quando, nel 1924, iniziò la pubblicazione delle *Gesammelte Schriften*, a cura di A. J. Storfer, in 12 volumi (Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Lipsia-Vienna-Zurigo 1924-34). Esso è stato adottato anche in seguito nella nuova edizione tedesca iniziata subito dopo la morte di Freud: *Gesammelte Werke*, a cura di Anna Freud, Willi Hoffer, Ernst Kris e Otto Isakower, in 18 volumi (Imago Publishing Co., Londra 1940-68, ora entrati a far parte del catalogo di S. Fischer Verlag, Francoforte). Lo stesso criterio è stato ripreso nella edizione inglese: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, a cura di James Strachey, in 24 volumi (Hogarth Press, Londra 1953-74). Quest'ultima edizione non solo è piú completa di quella tedesca, giacché comprende vari scritti non inclusi nelle *Gesammelte Werke*, ma è condotta con criteri di gran lunga piú rigorosi: oltre alla segnalazione degli errori dell'edizione tedesca, sono indicate nella *Standard Edition* le varianti e le aggiunte introdotte da Freud nelle successive edizioni di vari suoi scritti; il corredo bibliografico originario, pieno di imprecisioni e lacune, è rettificato, integrato e di molto arricchito; sono infine aggiunte numerose note terminologiche, storiche e critiche e parecchi rimandi tematici interni. Cosí le varie edizioni delle opere psicologiche di Freud non presentano tutte un inizio comune.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Le *Gesammelte Schriften* cominciano con gli *Studi sull'isteria*, opera scritta da Freud in collaborazione con Josef Breuer e pubblicata nella primavera del 1895, ma il cui primo capitolo (scritto alla fine del 1892) era già apparso come articolo a sé nel gennaio 1893. Contemporaneo a tale articolo, noto come "Comunicazione preliminare", è lo scritto *Un caso di guarigione ipnotica*, del dicembre 1892-gennaio 1893, che è stato pure compreso nelle *Gesammelte Schriften*.

Circa allo stesso modo, collocando al primo posto il citato articolo sulla guarigione ipnotica, iniziano le *Gesammelte Werke*.

Negli anni successivi alla seconda guerra mondiale sono però stati reperiti alcuni altri scritti psicologici di Freud, molti dei quali anteriori al 1892. Si tratta in parte di scritti minori, pubblicati in passato e poi dimenticati, e in parte di lavori rimasti invece inediti, e pubblicati soltanto postumi dopo il 1945. Per questo motivo la *Standard Edition* curata da James Strachey, accogliendo anche questi lavori, ha potuto anticipare ai primi mesi del 1886 l'inizio della produzione psicologica di Freud, facendolo coincidere col soggiorno di Freud a Parigi, presso la clinica universitaria diretta da Charcot, che è appunto del 1885-86.

Anche la presente edizione italiana assume il 1886 come data di inizio dell'attività scientifica di Freud che qui viene presentata.

La produzione a carattere neurologico (che anche in questa edizione è dunque omessa) copre parzialmente nel tempo quella psicologica, in quanto si estende lungo il ventennio 1877-97, e anche oltre se si tiene conto di scritti minori, quali le recensioni di scritti altrui. Quasi tutti i lavori che la costituiscono sono concisamente riassunti nello scritto di Freud *Sommari dei lavori scientifici del libero docente dottor Sigmund Freud, 1877-1897*, scritto che il lettore troverà tradotto nel secondo volume della presente edizione.

Questa edizione italiana è stata preparata seguendo, fondamentalmente e dove era possibile, il testo di *Gesammelte Werke*. Da questo si differenzia tuttavia, oltre che per la inclusione dei vari scritti a cui sopra si è già accennato, e dei manoscritti non destinati originariamente alla pubblicazione contenuti nella corrispondenza con Fliess (soprattutto il *Progetto di una psicologia* del 1895), anche perché si è ritenuto (contrariamente a quanto hanno fatto le due raccolte tedesche) di tradurre gli *Studi sull'isteria* integralmente, e quindi completi anche delle parti scritte da Breuer. In ciò abbiamo adottato il criterio dell'edizione inglese di James Strachey, che abbiamo seguito anche per l'indicazione delle varianti, aggiunte e modifiche, introdotte da Freud nelle successive edizioni di alcune opere (come la *Interpretazione dei sogni*, e i *Tre saggi sulla teoria sessuale*).

A James Strachey l'edizione italiana deve anche la correzione di errori nel testo tedesco, sfuggiti agli editori di *Gesammelte Werke* o degli altri scritti là non inclusi, come pure molti suggerimenti relativi all'interpretazione di passi, ai rimandi interni, e ai riferimenti impliciti e non rilevati dall'autore.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il criterio dell'ordinamento cronologico è stato da noi adottato con assai maggior rigore che non in *Gesammelte Werke*, che apparvero quando la cronologia freudiana era ancora imperfettamente conosciuta. La nostra datazione si riferisce, ove accertabile, all'anno e al mese in cui fu ultimata la composizione dell'opera: spesso, tuttavia, la sola data sicura è quella della pubblicazione. Il nostro criterio è piú stretto — a meno di raggruppamenti voluti da Freud stesso — di quanto avviene nella *Standard Edition* dove, talvolta, fra raggruppamento tematico e successione temporale si ha una oscillazione, dovuta al desiderio di non respingere del tutto l'indicazione che a tal riguardo proviene dalle *Gesammelte Schriften*.

L'edizione italiana non si propone di corredare il testo di note esplicative o critiche, ma solo di indicare qualche suggerimento all'interno della stessa opera di Freud o del suo epistolario, al solo fine di chiarire Freud con Freud, altrove piú esplicito: rimandi e pochi rilievi critici o chiarimenti; notizie, nomi di autori e indicazioni di opere non riferiti dall'autore, non giudizi della critica successiva o contemporanea a Freud.

Note e inserzioni editoriali sono tra parentesi quadre, eccetto le numerose precisazioni aggiunte ai rimandi bibliografici, i quali quasi sempre, nel testo originale, sono incompleti o imprecisi.

Le citazioni di scritti di Freud avvengono secondo il titolo, la datazione e la numerazione di pagina della presente edizione (vedi elenco al fondo di ogni volume).

Per i numerosi riferimenti alle lettere di Freud, si veda la serie dei *Dibattiti ed epistolari* pubblicati a integrazione delle Opere.

Le traduzioni o sono del tutto nuove, oppure, quando già esistevano, sono state rivedute. Si è cercato di uniformare lo stile dei traduttori per mantenere una traccia dell'"autore unico", ma si è sempre preferito, dove era necessario, sacrificare lo stile alla chiarezza. Il lettore deve tuttavia essere informato che nell'opera originale le eccezionali qualità dello stile costituiscono un fattore integrativo determinante per la valutazione del pensiero di Freud.

Si è cercato di adottare una terminologia unica, non solo per i termini tecnici ma anche per le espressioni tipiche del linguaggio freudiano. Intento di questa traduzione è l'assoluta fedeltà al testo e il rispetto delle caratteristiche espressive dell'epoca in cui fu composto. Freud era contrario alla creazione di un gergo e si avvalse di vocaboli comuni o appartenenti al linguaggio scientifico e filosofico classico, esempio precipuo di quest'ultimo i due termini "affetto" (*Affekt*) e "rappresentazione" (*Vorstellung*). Perciò, nella presente versione, si è preferita la parola italiana corrente anche in quei casi ove esiste un termine tecnico coniato *a posteriori* per rendere piú esplicite le accezioni psicoanalitiche, termine la cui adozione, d'altronde, avrebbe posto difficili problemi di inserimento cronologico nel contesto freudiano, ove le particolari accezioni vennero spesso precisandosi nel tempo (ad esempio: *Übertragung* è da noi tradotto "traslazione", e non "transfert"). Non va tuttavia dimenticato che la termino-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

logia psicoanalitica è uno dei problemi della psicoanalisi, e che le variazioni di essa possono considerarsi strumenti e indici della sua storia. Si è nondimeno riconosciuta la necessità di ricorrere a un neologismo (pulsione) per rendere il tedesco *Trieb*, in quanto parola esprimente un concetto piú vasto del mero istinto (*Instinkt*) determinato ereditariamente in ogni animale.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Introduzione di C. L. Musatti al primo volume

Questo primo volume delle Opere di Sigmund Freud *si apre con la Relazione da lui scritta sopra il soggiorno di studio effettuato a Parigi nell'inverno 1885-86.*

Data da questa esperienza l'orientamento assunto successivamente dagli interessi scientifici di Freud: per cui, abbandonando progressivamente altre forme di lavoro scientifico, finí col dedicarsi completamente ed esclusivamente a quel tipo di indagini e di attività attraverso le quali doveva assumere la sua specifica posizione nella scienza e nella cultura moderne.

Chi era questo giovane medico, non ancora trentenne, che da Vienna si recava a Parigi, attratto dalla fama del grande Charcot, per approfondire la propria preparazione neurologica? E che invece dal contatto con la personalità di Charcot, e dall'esperienza acquisita nella clinica della Salpêtrière, doveva ricevere la spinta a dedicarsi proprio a quelle malattie nervose nelle quali un substrato neurologico non è reperibile?

Sigmund Freud è nato il 6 maggio 1856 a Freiberg in Moravia in una famiglia ebraica. Il padre Jacob, di origine galiziana, aveva allora quarantun anni. Da un precedente matrimonio aveva avuto due figli, Emanuel e Philipp. Rimasto vedovo aveva sposato Amalie Nathanson, la madre di Freud. Questa aveva circa la stessa età dei propri figliastri, i quali vivevano con la famiglia paterna; Emanuel aveva a sua volta moglie e un figlio John, di un anno maggiore di Sigmund, a cui seguí piú tardi una bambina, Pauline. Nacquero in seguito pure cinque sorelle e due fratelli di Sigmund, cosicché la famiglia era assai numerosa e complicata nei rapporti familiari. Malgrado ciò la vita era semplice e priva di elementi di rilievo.

Non avrebbe senso riferire gli aspetti di questa vita, cosí eguale

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

a quella di tante altre simili famiglie ebree di piccoli commercianti dell'Europa centrale, se non fosse accaduto che Freud, accingendosi molti anni piú tardi, nel 1897, a sottoporsi a un'autoanalisi, si sia soffermato su alcuni particolari della propria infanzia, tratti dall'oblio durante l'analisi o interpretati: i quali perciò si sono rivelati significativi per lo sviluppo della sua personalità.

Effettivamente non si può fare la biografia di un uomo come Freud, anche nei ridottissimi termini di questi cenni inseriti in una introduzione riguardante le opere, al modo stesso come questo si fa in genere per un autore qualsiasi. In quanto la storia personale di Freud acquista significati particolari e non può non essere per cosí dire essa stessa, almeno in parte, una storia in termini psicoanalitici.

Rilievo ha avuto nei primi anni di vita di Freud la sua posizione presso la madre di figlio maschio primogenito. Come spesso accade in famiglie di modeste condizioni economiche e conducenti una difficile esistenza, il figlio maschio primogenito appare alla madre destinato a grandi cose, e questa aspettazione si proietta nella costruzione di certi miti familiari. Anche nella famiglia di Freud divenne tradizionale la leggenda di profezie che varie persone avrebbero pronunciato di fronte alla madre, annunciando che lui, Sigmund, sarebbe divenuto nella vita un grand'uomo.

Una certa posizione di privilegio fu sempre conservata a Freud in famiglia. Nei tempi duri a Vienna, quando egli era studente, sia per la organizzazione della famiglia nei ristretti locali della abitazione, sia per le spese dei suoi studi, Sigmund godette rispetto ai fratelli di un trattamento fortemente privilegiato.

Accanto alla figura materna ebbe per Freud nei primi anni importanza quella di una domestica boema, Nannie: che dovette esercitare funzioni educativo-repressive sul bambinetto. A un certo momento Nannie scomparve: era stata accusata di furto e allontanata. Per Freud allora la cosa fu misteriosa, e lasciò traccia in un "ricordo di copertura", che piú tardi raccontò.

Il padre di Freud non era particolarmente anziano, ma per il fatto che la moglie era di vent'anni piú giovane e che in casa vivevano anche i figli di primo letto, si presentava a Freud come se un'altra generazione intermedia fosse inserita fra lui e il padre. Quando Freud era già adulto, suo fratello Emanuel gli fece osservare questa situazione, e che cioè il padre piú che padre avrebbe dovuto essere nonno per lui; e Freud si rese conto che cosí egli aveva percepito

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

la figura paterna. Ebbe sul piano cosciente affetto e devozione per il proprio genitore, anche se dovette subire una forte delusione quando questi gli raccontò che una volta gli era capitato di essere affrontato da un gruppo di antisemiti, che gli avevano buttato il cappello per terra nel fango dicendogli: "sporco ebreo", e che poi lo avevano costretto a raccattare lo stesso cappello. Freud fu profondamente colpito dal fatto che il padre non si fosse ribellato, ma avesse subíto in silenzio la umiliazione. Quando a lui stesso accadde una volta in treno un episodio, meno grave ma pur simile, reagí con estrema violenza.

Nel corso della propria autoanalisi, all'epoca della morte del proprio padre, Freud ritrovò in sé sentimenti inconsci fortemente aggressivi verso di lui.

Un notevole spirito di ribellione fu sempre presente in Freud. Durante il periodo scolastico si identificava con Annibale, un eroe semita dunque, che aveva minacciato il potere di Roma, e con il generale Masséna, ritenuto ebreo, e che era nato lo stesso suo giorno di nascita (con un secolo di differenza). Egli faceva risalire questi elementi militaristici della sua adolescenza alle lotte che da bambino aveva dovuto sostenere col proprio nipote coetaneo John. Questi era un poco piú grande di lui, e Freud doveva difendersi dalle sue prepotenze..

Ai rapporti con questo nipote coetaneo, che fu il suo primo amico-nemico, Freud faceva anche risalire una certa sua ambivalenza affettiva verso i propri amici. Sta di fatto che Freud ebbe amicizie assai profonde, ma che per lo piú queste amicizie comprendevano anche elementi di viva ostilità, cosicché a un certo momento erano destinate a risolversi in clamorose definitive rotture.

Quando Freud non aveva ancora compiuto l'anno, nacque il primo dei suoi fratelli, Julius, che morí dopo otto mesi. In una lettera a Fliess del 3 ottobre 1897, e cioè all'epoca dell'autoanalisi, egli parla della propria gelosia verso questo fratellino, dell'aggressività verso di lui (come verso il nipote coetaneo) e dei sentimenti di colpa che vi erano collegati. Nella stessa lettera parla pure dell'eccitazione provata, verso i due anni o i due anni e mezzo, alla vista della madre nuda.

Freiberg era un piccolo centro di 5000 abitanti. Gli ebrei erano assai pochi, un centinaio circa. Conformemente all'uso vigente, specialmente in quell'epoca, per gli ambienti ebraici dell'Europa centrale, gli ebrei facevano molto vita in comune. Anche in seguito

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

del resto, a Vienna, quando Freud era già adulto, i suoi rapporti di amicizia, e anche quelli di collaborazione scientifica e di attività professionale, si svolsero per lungo tempo prevalentemente in ambiente ebraico.

Fra le famiglie amiche a Freiberg, era quella dei Fluss. Una bambina di questa famiglia, Gisela, fu sua compagna di giochi. Il ricordo di questa bambina lasciò una traccia in Freud. All'età di sedici anni, quando da tempo la famiglia era stabilita a Vienna, egli ritornò in periodo di vacanza al paese natale e ritrovò Gisela di cui si innamorò segretamente. Poté però vedere per pochissimo tempo la ragazza, perché essa partí dopo pochi giorni per un altro luogo dove studiava. Freud si abbandonò allora a fantasie nostalgiche: se la sua famiglia non avesse abbandonato Freiberg, quando egli era bambino, avrebbe potuto amare questa ragazza e sposarla.

Queste fantasie amorose si mescolavano ad altre dello stesso periodo che egli fece nei confronti della propria nipote Pauline (figlia di Emanuel e sorella di John). Emanuel con la propria famiglia era emigrato in Inghilterra, a Manchester; e Freud ebbe in un certo periodo l'impressione che il padre, per motivi economici, avesse progettato di distoglierlo dagli studi per farlo andare a Manchester, dove avrebbe potuto lavorare col fratello, sposandone la figlia Pauline. La fantasia di un simile progetto doveva collegarsi al ricordo di giochi sessuali, a base di violenza, effettuati (insieme a John) sopra Pauline, all'epoca di Freiberg. Questo ricordo era tale da suscitare un'eccitazione mista a sentimenti di colpa. Quando però, a diciannove anni, egli si recò effettivamente a Manchester in visita alla famiglia del fratello, la ragazza lo lasciò indifferente.

Freud ha raccontato questo insieme di cose, attribuendole a un paziente, nel suo articolo Ricordi di copertura del 1899, che è riportato nel secondo volume di questa edizione.

Quando Freud ebbe tre anni, il padre Jacob, di fronte alle aumentate difficoltà nella sua modesta attività nel commercio della lana, dovette pensare a mutare residenza. La famiglia si spostò prima a Lipsia, dove rimase un anno, e poi a Vienna. I fratelli maggiori di Freud emigrarono invece, come si è detto, in Inghilterra.

Anche a Vienna la vita fu molto difficile. Freud ricevette la prima istruzione dalla madre, e poi dal padre. Frequentò quindi una scuola tenuta da Samuel Hammerschlag, che rimase poi sempre amico della famiglia. A nove anni superò l'esame per l'ammissione

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

allo "Sperl Gymnasium". Fece brillantemente il ginnasio, ed aiutò in questo periodo le sorelle minori nei loro studi.

La famiglia di Freud non era particolarmente religiosa; tuttavia Freud fu allevato nella osservanza delle piú importanti tradizioni ebraiche, e comprendeva l'ebraico, che aveva studiato con Hammerschlag. Oltre al tedesco e all'ebraico apprese perfettamente il francese e l'inglese, conosceva inoltre il greco e il latino studiati a scuola, e lo spagnolo e l'italiano appresi per proprio conto, senza l'aiuto di alcuno.

A diciassette anni Freud si diplomò ottenendo la menzione summa cum laude.

Il padre gli aveva promesso per tale occasione un viaggio in Inghilterra, che però dovette essere rimandato. Invece si ebbe probabilmente a quest'epoca (ma la data è dubbia) la gita a Freiberg a cui sopra si è fatto cenno. In Inghilterra Freud andò soltanto a diciannove anni.

Prima Freud dovette risolvere il problema della scelta dei suoi studi ulteriori, e quindi della professione. Nell'Autobiografia (1924) Freud racconta come la determinazione di dedicarsi agli studi di medicina si sarebbe prodotta.

Durante il ginnasio, sotto la influenza di un compagno di scuola, egli aveva pensato per un certo periodo di studiare legge, e di dedicarsi a un'attività politico-sociale. D'altra parte lo interessavano molto le dottrine scientifiche di portata generale, come la teoria di Darwin. E cosí, dopo aver ascoltato la pubblica lettura del saggio La natura attribuito a Goethe, egli avrebbe deciso di dedicarsi alle scienze naturali e di iscriversi alla facoltà di medicina.

Il problema della presenza o meno di una vocazione medica in Freud è molto importante e complesso.

Negli ultimi anni della sua vita Freud tendeva a dire che egli non era mai stato veramente un medico nel senso tradizionale della parola. Effettivamente, durante i suoi primi studi universitari, tendeva a comportarsi come uno scienziato, avviato a una carriera scientifica, e non come uno studente di medicina che volesse divenire un buon clinico. È bensí vero che quando a un certo momento, nel 1882, il suo maestro, il fisiologo Brücke, gli fece comprendere che date le sue condizioni economiche era necessario che egli si avviasse ad una carriera pratica, Freud si sottopose a un accurato tirocinio per questo. Ma egli finí egualmente col trovare il modo per non fare il medico nel senso comune della parola, e per dive-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nire qualche cosa di diverso: per svolgere cioè una attività, quella psicoanalitica, la quale per le attitudini che richiede, per il modo con cui si esplica, per il tipo di rapporto che crea con i propri pazienti, per la base culturale in cui si muove, si differenzia radicalmente dalla attività medica nel senso comunemente inteso.

Per i medici che al giorno d'oggi, rinunciando ad essere "medici veri", diventano psicoanalisti, spesso il fattore motivante della scelta è una sorta di fuga dal letto del malato. Ma in certo modo per lo stesso Freud (che pure fu anche un ottimo medico generale) si può affermare che egli riuscí ad evadere dalla professione medica inventando e fondando un nuovo tipo di assistenza e di terapia per le sofferenze umane.

Su determinati atteggiamenti che nel seguito della sua vita Freud assunse rispetto alla classe medica, come quando sostenne in Il problema dell'analisi condotta da non medici (1926) che per fare lo psicoanalista non sia rigorosamente necessario essere laureati in medicina, mentre è piú importante una diversa specie di preparazione culturale generale, ha probabilmente agito — oltre a un certo rancore per le forti diffidenze che gli ambienti medici hanno per lungo tempo opposto alle sue dottrine — anche il fatto che Freud, fin da quando si iscrisse come studente alla facoltà di medicina, non si è mai pienamente identificato con l'ideale della professione.

Freud entrò all'università nel 1873, a diciassette anni dunque. Gli studenti potevano muoversi con una certa libertà nel complesso delle materie d'insegnamento. Freud fin dal secondo anno seguí, oltre ai corsi prescritti, vari corsi di biologia generale e di zoologia, e inoltre un seminario di filosofia tenuto da Franz Brentano, e in seguito anche un altro corso di Brentano sulla logica aristotelica.

Nella primavera del 1876, quando egli non aveva ancora vent'anni, il professore di zoologia Carl Claus gli affidò una ricerca, da compiersi nella stazione zoologica sperimentale di Trieste, su un importante problema, quello della struttura delle gònadi dell'anguilla. Il lavoro, che fu compiuto con due soggiorni a Trieste, e di cui però Freud non era molto soddisfatto data la incertezza dei risultati, fu pubblicato l'anno successivo.

Fin dai primi anni di studi universitari, Freud, frequentando le lezioni di fisiologia, entrò in contatto con la personalità di Ernst Brücke (1819-92). Questi era di origine germanica, si era formato a Berlino, e faceva parte di un gruppo di biologi che hanno forte-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mente influenzato la cultura e la scienza tedesche della seconda metà del secolo. Gli altri del gruppo erano Emil Du Bois-Reymond, Carl Ludwig e soprattutto Hermann von Helmholtz. Essi avevano costituito nel 1845 la Berliner physikalischer Gesellschaft (la Società fisica tedesca). Il loro orientamento teoretico, accentrato sul principio della conservazione dell'energia, già formulato da Robert Mayer e divulgato da Helmholtz, si contrapponeva alla Naturphilosophie di derivazione idealistica che aveva prevalso in Germania nella prima metà del secolo, e costituí la base teoretica sulla quale si sviluppò in Germania tutta la biologia moderna.

Freud fu ammesso nell'Istituto di Brücke nel 1876 come famulus, e cioè allievo ricercatore. In quell'Istituto egli subí non solo l'influenza di Brücke, ma anche quella dei due suoi assistenti: Ernst von Fleischl-Marxow, di cui divenne amico e che morí prematuramente nel 1891, e Sigmund Exner, che doveva succedere a Brücke sulla cattedra.

Brücke affidò a Freud una ricerca di carattere istologico sopra particolari cellule nervose, note come cellule di Reissner, che si trovano nel midollo spinale di alcuni pesci. Freud condusse a termine questa ricerca che fu pubblicata nel gennaio 1877, proseguí poi le indagini con un secondo lavoro che uscí nell'agosto 1878, e spostò poi la ricerca sopra analoghe cellule nervose del gambero, esponendone i risultati in una comunicazione del gennaio 1882.

Con queste ricerche Freud portava un notevole contributo alla teoria del neurone. L'insieme dei risultati raggiunti fu riassunto in una conferenza che Freud tenne alla Società di psichiatria, quando già aveva lasciato l'Istituto di Brücke, e che fu stampata nel 1884.

Freud dimostrò con queste ricerche istologiche, effettuate dunque al microscopio, particolari attitudini per l'osservazione. Anche alla tecnica della preparazione e colorazione dei preparati istologici Freud apportò rilevanti innovazioni: modificando fin dal 1877 la formula di Reichert per l'allestimento dei preparati microscopici di tessuti nervosi, e soprattutto piú tardi introducendo il metodo della colorazione al cloruro d'oro per le stesse cellule nervose.

È stato notato come invece i tentativi fatti da Freud per lavorare con indagini sperimentali nella fisiologia non abbiano avuto eguale successo. Negli anni dell'università Freud si cimentò tre volte con ricerche sperimentali di questo tipo: Una prima, anteriormente ancora al 1879, nel laboratorio dell'Istituto di patologia diretto da Stricker, con una ricerca sulle glandole acinose che non portò ad

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

alcun risultato. Una seconda volta con la collaborazione, egualmente senza successo, a una ricerca condotta nello stesso Istituto sulla funzione di determinate altre glandole per l'apparato circolatorio. E una terza con una indagine sugli effetti al dinamometro dell'assorbimento della cocaina, ricerca questa effettuata con scarsi risultati nello stesso anno in occasione del suo lavoro sulla coca.

Il contrasto fra le eccellenti qualità di osservatore e la mediocre disposizione all'intervento sperimentale è un dato caratterologico importante. E ad esso si può forse fare riferimento anche per interpretare quello che dovrà essere l'atteggiamento di Freud nella cura delle nevrosi, caratterizzato da un abbandono di ogni intervento diretto di tipo tradizionale (farmacologico, elettroterapeutico, o altro) e da una concentrazione sulla semplice osservazione del comportamento e del materiale comunicato verbalmente dal malato.

Nell'estate del 1879 Freud fu chiamato sotto le armi per il servizio militare di un anno, che egli effettuò come studente di medicina, e quindi con la possibilità di continuare a frequentare gli istituti medici. Durante il servizio militare, che lasciava molto tempo libero, Freud si dedicò alla traduzione di un libro di John Stuart Mill, per la collezione completa delle opere di Mill in tedesco curata da Theodor Gomperz.

Freud, come abbiamo detto, avrebbe voluto dedicarsi alla scienza pura. Si sottopose però anche agli esami necessari per l'abilitazione all'esercizio della medicina, i cosiddetti rigorosa di medicina. Sostenne il primo rigorosum nelle materie propedeutiche il 9 giugno 1880; il secondo in medicina generale lo stesso giorno; e il terzo, nelle varie specialità, il 30 marzo 1881. Il giorno successivo gli fu consegnata la laurea con cerimonia solenne.

La laurea non portò modificazioni nella vita di Freud. Esse si produssero invece nel 1882 in seguito al colloquio che ebbe con Brücke. Questi fece dunque osservare a Freud le scarse possibilità di una rapida carriera scientifica, e la opportunità per lui, che era ancora a carico della famiglia, e che cioè doveva vivere sullo scarso e poco redditizio lavoro del padre, di conquistarsi una posizione con l'esercizio professionale della medicina.

Nello stesso periodo, la necessità di crearsi una professione si presentò a Freud come urgente anche in funzione di un fatto nuovo. Egli aveva conosciuto nell'aprile in casa propria, dove era venuta in visita, Martha Bernays, una ragazza poco piú che ventenne di una nota famiglia ebraica, originaria di Amburgo ma residente a Vienna,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

e se ne era innamorato. Il 10 giugno Freud ebbe la conferma che Martha accettava il suo amore, e il 17 giugno i due giovani si fidanzavano segretamente.

Agli studiosi della vita di Freud, l'amore per Martha Bernays, conosciuto attraverso l'epistolario che (sia pure in parte) è stato pubblicato, offre — per la profondità del sentimento e per la speciale capacità di vivere una vita spirituale comune con la persona amata — una materia preziosa.

Qui dobbiamo limitarci ad accennare al fatto che l'amore per la fidanzata, e futura moglie, è l'unico della vita di Freud. Esso fu preceduto soltanto dall'episodio adolescenziale a cui è stato accennato piú su, e di cui è evidente la tenuità.

Piú tardi, quando Freud era già sposato da tempo, e la moglie fu presa dalle cure della casa e dei figli, le funzioni di confidente, sul piano delle esperienze spirituali e culturali, che Martha aveva avuto per Freud, furono in parte esercitate dalla sorella di lei, Mina. Si trattò di un legame esclusivamente spirituale. Ma anche dando a questo legame un certo peso, si può dire che esso rivela ancora una volta la fedeltà di Freud, posto che la cognata ripeteva molti dei caratteri psicologici della moglie.

L'amore di Freud per la fidanzata si è ripercosso sulla attività di studio e scientifica di lui, perché Freud fu preso dalla febbre di giungere al piú presto a costituirsi una posizione professionale. La situazione divenne drammatica l'anno dopo, quando nel giugno 1883 Martha, con la madre e la sorella, lasciò Vienna per tornare a Wandsbek presso Amburgo, e la lontananza — anche se interrotta da alcuni viaggi che Freud fece a Wandsbek — rese l'attesa piú dolorosa.

Freud, subito dopo il colloquio con Brücke, lasciò l'Istituto e il 31 luglio 1882 entrò nell'Ospedale generale di Vienna, allo scopo di acquistare una certa pratica nelle varie specialità, e poter cosí esercitare la medicina come libero professionista. Incominciò con due mesi di pratica in un reparto di chirurgia. Nell'ottobre passò nel reparto di medicina interna diretto dal professor Nothnagel. Nel maggio 1883 entrò nel reparto di psichiatria col professor Meynert, che era un'autorità per l'anatomia patologica del cervello, e che per un certo periodo di tempo fu assai amichevole verso Freud. Questi ripetutamente pensò di poter divenire assistente di Meynert, di cui aveva profonda stima e con cui si trovava bene. Ma non si presentarono mai possibilità concrete.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Nell'ottobre del 1883 Freud passò nel reparto di dermatologia, e nel gennaio successivo in quello delle malattie nervose di Scholz. Là rimase anche durante l'estate, quando per vicende particolari gli capitò di dirigere interinalmente il reparto.

Nel gennaio del 1885 Freud presentò all'Università di Vienna la domanda per essere nominato libero docente in malattie del sistema nervoso. La procedura era piuttosto laboriosa, ma con l'appoggio di Brücke, di Meynert e di Nothnagel, Freud fu prima ammesso alla prova orale che ebbe luogo il 30 giugno, e poi alla lezione di prova. Il 16 luglio la Facoltà decise di nominare Freud libero docente e il 5 settembre il Ministero comunicò la nomina.

Intanto però i rapporti con Scholz si erano guastati, e Freud era stato costretto a cambiare reparto, entrando il 1° marzo in quello oftalmologico, dove rimase tre mesi. Il 1° giugno si era trasferito nel reparto dermatologico dove era già stato nell''83, ma contemporaneamente aveva accettato una supplenza in una clinica psichiatrica privata situata nei dintorni di Vienna.

Nello stesso 1885 (precisamente il 3 marzo) Freud aveva fatto domanda per ottenere dall'Università di Vienna una borsa di studio di 600 fiorini (e cioè circa 1200 lire dell'epoca) che gli consentisse di recarsi per sei mesi a Parigi nella clinica della Salpêtrière diretta da Charcot, allo scopo di perfezionarsi presso di lui che era allora la massima autorità in campo neurologico. Ancora con l'aiuto di Brücke il 19 giugno egli ottenne che la Facoltà gli assegnasse la borsa.

Col titolo di libero docente in malattie del sistema nervoso, e con la pratica che egli riteneva di poter acquistare a Parigi, Freud si sentiva ormai in grado di affrontare la professione, e di potersi quindi sposare.

Il fidanzamento aveva avuto le sue burrasche. Dapprima nel 1882-83 molteplici difficoltà derivarono dalla necessità di mantenere il fidanzamento segreto, perché Freud, non avendo ancora prospettive di guadagno, non era un fidanzato presentabile. Poi si determinarono forme dissennate di gelosia da parte di Freud, in quanto Martha prima di conoscere lui aveva avuto della simpatia per un proprio cugino, Max Meyer, e poi anche per un amico intimo di Freud, Fritz Wahle: quello stesso Fritz Wahle che serviva da intermediario per il segreto scambio di lettere fra Freud e Martha. Poi ancora altre difficoltà si crearono per la forte aggressività (e ancora gelosia) di Freud verso i familiari di Martha. Verso

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

la madre, Emmeline Bernays nata Philipp, che aveva imposto nell'estate dell'83 alla figlia l'abbandono di Vienna e il soggiorno a Wandsbek. E verso il fratello di Martha, Eli: questi era divenuto cognato di Freud in quanto aveva sposato sua sorella Anna (ottobre 1883). Con lui Freud ebbe ripetutamente dissidi per motivi di denaro: dapprima perché Eli tardava a corrispondere uno stipendio al fratello minore di Freud, Alexander, che lavorava con lui come apprendista; e piú tardi perché Martha, che disponeva di una propria piccola dote, ne aveva affidata l'amministrazione al fratello e Freud ingiustamente sospettò che il cognato ne approfittasse.

Freud visse nella prima parte della sua vita immerso nelle difficoltà economiche. E non era sereno nelle questioni di denaro, fino ad assumere facilmente posizioni ingiuste e irragionevoli.

Durante il periodo di pratica medica fatta da Freud presso l'Ospedale generale, e quindi durante il periodo del fidanzamento, si produsse uno strano e significativo episodio.

Freud, pur avendo abbandonato la ricerca pura per la pratica clinica, non rinunciò completamente a pubblicare lavori scientifici. Nel 1884 pubblicò la conferenza riassuntiva sulle sue ricerche sulle cellule nervose, a cui è già stato accennato. Nella stessa epoca pubblicò una comunicazione preliminare in cui descrisse il proprio metodo di colorazione al cloruro d'oro. Nel 1885 pubblicò pure tre casi clinici studiati nel reparto di Scholz. Altri tre lavori a carattere neurologico sul bulbo, iniziati quando lavorava ancora con Brücke, e portati a termine negli anni successivi, furono pubblicati nel 1885-86.

Freud pensava ancora ogni tanto alla possibilità di acquistar fama con qualche scoperta scientifica a carattere clamoroso. Cosí nel 1884 si procurò, con notevoli sacrifici, una certa quantità di cocaina, un alcaloide tratto dalla coca, che in quell'epoca era poco noto, allo scopo di studiarne le qualità fisiologiche. Pensava che forse ne sarebbe potuta venir fuori una scoperta importante (lettera alla fidanzata del 21 aprile 1884). Provò la cocaina su di sé, sul suo amico Fleischl (l'assistente di Brücke, che in seguito a una infezione richiedente tutta una serie di operazioni chirurgiche demolitrici a una mano, era divenuto morfinomane, e che lottava per liberarsi da questa tossicomania), e su qualche ammalato. Ne spedí anche alla fidanzata "per darle forza e colorirle le guance".

Nell'estate pubblicò, dopo aver raccolto la bibliografia, una monografia Über Coca (Sulla coca), dove, alla fine, Freud descrisse in

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

modo riassuntivo gli effetti dell'assunzione della cocaina, e suggerí, in modo molto generico, la possibilità di un suo impiego come anestetico.

Freud partí per le vacanze ai primi di settembre, andando a passare quattro settimane con la fidanzata a Wandsbek. Al ritorno trovò che un suo collega ed amico, il dottor Koller, aveva in una comunicazione preliminare, datata ai primi di settembre, esposto la possibilità, sperimentalmente controllata, di ottenere con la cocaina un'anestesia locale nell'occhio, utilizzabile per interventi chirurgici. Anche Freud e un altro amico suo, l'oculista Königstein, fecero insieme esperienze del genere, ma la priorità rimase a Koller. Questa questione di priorità non turbò molto Freud, che non si rese subito conto come la vera importanza della cocaina stesse proprio e soltanto nelle sue proprietà per una anestesia locale. Piú gravi furono altre due questioni.

L'una riguarda l'amico di Freud, Fleischl. Freud gli aveva consigliato l'uso della cocaina per vincere la morfinomania; ma Fleischl divenne cocainomane, e prese dosi sempre maggiori di cocaina, con tremende sofferenze, non soltanto al moncone della mano, ma di carattere generale.

Anche gli ambienti medici, dopo un iniziale interesse per la monografia di Freud sulla coca (che dovette essere ristampata nel febbraio 1885), assunsero atteggiamenti negativi. Freud aveva pubblicato nel gennaio 1885 le sue ricerche sperimentali intorno agli effetti dell'uso della cocaina sull'attività muscolare, controllati al dinamometro, e aveva tenuto una conferenza (poi pubblicata) il 3 marzo alla Società di fisiologia, e il 5 marzo alla Unione psichiatrica. Nel luglio apparve un'aspra critica all'uso della cocaina raccomandato da Freud, e nei mesi successivi furono denunciati qua e là nei vari paesi casi di assuefazione alla cocaina.

Freud dovette rendersi conto, anche in relazione alle condizioni di Fleischl, dei pericoli presentati dall'uso della droga. Cercò quindi con un articolo pubblicato nel luglio 1887 di difendersi. Sostenne allora che l'assuefazione alla cocaina si sarebbe prodotta solo in chi già era morfinomane, e non negli individui normali. E inoltre affermò di aver suggerito l'uso della cocaina solo per via orale: riferendosi per questo alla monografia del 1884, e obliando invece completamente la conferenza del 1885 (che non è piú apparsa negli elenchi preparati da Freud delle proprie pubblicazioni), in cui era

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

esplicitamente consigliata la somministrazione dell'alcaloide per iniezioni sottocutanee.

Il soggiorno di Freud a Parigi durò dal 13 ottobre 1885 al 2 febbraio 1886, con una interruzione per la settimana di Natale passata a Wandsbek presso la fidanzata. Tre mesi e mezzo dunque, in luogo dei sei progettati.

L'importanza che questa esperienza parigina ebbe per tutto l'orientamento scientifico di Freud, risulta dagli stessi scritti di Freud pubblicati in questo volume. Vogliamo qui accennare soltanto al fatto che a Parigi, dopo le prime settimane, durante le quali egli lavorò a ricerche anatomiche nel laboratorio annesso alla clinica della Salpêtrière, Freud affermò di voler abbandonare per sempre la neuropatolagia e il microscopio (lettera alla fidanzata del 28 novembre 1885). Attratto dallo studio che Charcot veniva svolgendo con criteri nuovi sulle forme isteriche, egli stava modificando radicalmente i propri interessi.

In realtà la decisione di abbandonare la neurologia non ebbe attuazione immediata. Ancora a Parigi, Freud si mise a scrivere un libretto Introduzione alla neurologia, di cui finí la prima parte, ma che non fu mai terminato. Esso fu probabilmente inglobato in un altro libro piú ambizioso sull'Anatomia del cervello, a cui Freud lavorò nel 1887 e 1888, come sappiamo dalle lettere a Fliess dell'epoca, ma che rimase pure incompiuto.

Nel febbraio 1886, di ritorno da Parigi, Freud si era fermato una settimana a Berlino nella clinica pediatrica di Baginsky, per fare un minimo di pratica pediatrica. Gli era stata infatti offerta la direzione del reparto neurologico che il pediatra Max Kassowitz aveva appena aperto nel "Primo Istituto pediatrico pubblico" di Vienna.

Freud ebbe di fatto tale direzione, che tenne per vari anni. Ciò gli consentí di svolgere una serie di ricerche neurologiche sopra bambini, ricerche consegnate in nove monografie pubblicate fra il 1888 e il 1893.

Nel 1891 pubbicò pure un importante libro (dedicato a Breuer) sull'Afasia. Si trattava di un argomento sul quale aveva già tenuto conferenze alla Società di fisiologia nel 1886 e all'università nel 1887, e che aveva trattato nella "voce" corrispondente per l'"Handwörterbuch der gesamte Medizin" di Villaret (1888-91). Una breve nota sopra un particolare disturbo a un nervo della coscia è del 1895.

La competenza dimostrata da Freud nel campo delle paralisi cere-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

brali infantili, con alcuni dei lavori condotti nella clinica Kassowitz, indussero Nothnagel ad affidargli questo capitolo per la sua grande "Enciclopedia medica". Il capitolo, finito nel 1898, fu l'ultimo lavoro di neurologia scritto da Freud.

Quando nell'inverno del 1886 Freud rientrò a Vienna da Parigi, dopo la breve sosta a Berlino, trovò un ambiente che, al suo entusiasmo per le nuove esperienze da lui vissute, opponeva un notevole scetticismo. Ciò diede luogo a contrasti che recarono una grande amarezza e anche una forte irritazione in Freud, di cui troviamo le tracce nei lavori e nelle lettere di quest'epoca.

Oltre che sul piano scientifico Freud desiderava vivamente di affermarsi professionalmente. Aprí il 25 aprile (era domenica di Pasqua) il proprio studio, annunciandolo con un avviso sui quotidiani e sui periodici di medicina: "Il dottor Sigmund Freud, docente di neuropatologia nell'Università di Vienna, è tornato da un soggiorno di sei mesi a Parigi e risiede ora nella Rathausstrasse 7." I primi pazienti gli furono indirizzati da Nothnagel e da Breuer.

L'apertura dello studio professionale e i guadagni che Freud se ne riprometteva avrebbero dovuto consentire finalmente il matrimonio. Penose difficoltà d'ordine economico sembravano costituire ancora un ostacolo non sormontabile. Un provvidenziale intervento di una zia di Martha, Lea Löwbeer, di Brünn, che regalò alla nipote una forte somma, permise che si giungesse il 13 settembre 1886 alle nozze. Benché Freud ne fosse molto seccato, esse furono celebrate col rito religioso ebraico.

Le difficoltà economiche a cui si è accennato erano anche dovute al fatto che Freud si era impegnato a versare una somma annua alla famiglia paterna, e che inoltre egli si era già indebitato durante gli anni precedenti con amici e colleghi.

Principale finanziatore di Freud fu Josef Breuer (1842-1925). Breuer, quando nel 1879 conobbe Freud nell'Istituto di fisiologia di Brücke (di cui egli stesso era medico di famiglia) si legò di forte amicizia per il giovane collega. Egli e la moglie protessero Freud, e lo aiutarono in tutti i modi, anche economicamente, quando Freud, in seguito al colloquio con Brücke, iniziò il suo tirocinio nell'Ospedale generale. Dal 1882 al 1886 Breuer prestò a Freud 2300 fiorini, pari a 4600 lire dell'epoca (che Freud cominciò a restituire solo nel 1897). Altro denaro Freud ricevette da Fleischl, il disgraziato assistente di Brücke, e dal dottor Josef Paneth, suo compagno di studi che aveva preso il suo posto nell'Istituto di fisio-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

logia. Erano entrambi ricchi di famiglia. Paneth, per facilitare il matrimonio a Freud, mise a disposizione la somma di 1500 fiorini, che Freud fino al matrimonio non avrebbe dovuto però intaccare, utilizzando solo gli interessi per effettuare gite a Wandsbek dalla fidanzata. Freud però fu costretto a spendere anche il capitale mentre era a Parigi.

Le ristrettezze economiche continuarono dopo l'inizio dell'attività professionale e il matrimonio, in quanto scarsi erano i pazienti.

Nell'Autobiografia Freud descrive come, all'inizio, si svolgeva tecnicamente il suo lavoro nell'attività professionale privata. La maggior parte degli ammalati che si presentavano come "nervosi" appartenevano a quella categoria di ammalati che oggi si indicano come nevrotici. Freud tentò di utilizzare con costoro la cosiddetta elettroterapia, allora in voga, ma si rese presto conto che gli scarsi eventuali effetti erano di natura puramente suggestiva. L'esperienza acquisita a Parigi sull'impiego della ipnosi apriva altre possibilità. Cosí per un certo tempo Freud, non solo usò l'ipnosi, ma cercò di approfondire la propria conoscenza teorica e la propria tecnica ipnotica. Ciò accadde soprattutto negli anni che vanno dal 1888 al 1892 (vedi anche oltre, p. 267 n.).

Gli scritti di questo periodo (che sono riportati nel presente volume) ci consentono di seguire gli sforzi compiuti in questa direzione. Tuttavia Freud, che pure difese l'ipnosi con grande energia (come appare dalle sue frecciate polemiche contro il vecchio maestro Meynert) non ne fu mai pienamente soddisfatto.

Lamentava di non riuscire a ottenere con molti pazienti uno stato di ipnosi convenientemente profondo. Si rendeva conto che i risultati terapeutici ottenuti dipendevano strettamente dal rapporto fra medico ed ammalato, rapporto che sfuggiva a un preciso controllo da parte del medico. Spesso i risultati erano temporanei e si dissolvevano quando l'ammalato usciva dalla sfera di influenza del medico. Inoltre l'impiego della tecnica ipnotica contrastava con la sua mentalità scientifica: il semplice ordine dato in ipnosi per far scomparire i sintomi lamentati lasciava del tutto irrisolto il problema del meccanismo di produzione dei sintomi, e quindi si riduceva a un procedimento meccanico, grossolano ed empirico, che non aveva assolutamente nulla di scientifico.

Freud scrisse nell'Autobiografia di aver fin dall'inizio usato l'ipnosi non soltanto per "proibire" i sintomi, ma anche per esplorare la

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

personalità dell'ammalato, allo scopo di rendersi conto dei processi psichici che sostenevano quei sintomi.

Dall'esame dei casi clinici pubblicati, sembra tuttavia che sia vero piuttosto il contrario: anche quando Freud, seguendo la indicazione del caso della signorina Anna O., curata da Breuer nell''80-82, cominciò a utilizzare l'ipnosi per ricostruire la genesi della sintomatologia presentata dall'ammalata (e ciò dovrebbe essere avvenuto la prima volta nel 1888, o nel 1889, con il caso della signora Emmy von N.), egli alternò un tale impiego con quello (che in certo modo lo contraddice) di una diretta inibizione dei sintomi.

Allorché Freud si decise a sostituire completamente questa inibizione diretta dei sintomi, con una terapia che cercasse di agire sui sintomi attraverso una ricostruzione della loro psicogenesi, egli anche abbandonò l'ipnosi: creando un metodo nuovo di esplorazione psichica, quello delle associazioni libere. Ciò avvenne nel 1892 con il caso della signorina Elisabeth von R.

Questo primo volume delle Opere comprende i suoi scritti psicologici che vanno dal 1886 agli Studi sull'isteria. *In particolare esso contiene: i lavori che hanno una immediata e diretta connessione con l'esperienza parigina presso Charcot e con la concezione dell'isteria come malattia psicogena (1886-88); i lavori riguardanti l'ipnosi, che coprono un periodo durante il quale Freud, anche con un viaggio e breve soggiorno a Nancy presso Bernheim (estate 1889), tentò di migliorare la propria tecnica ipnotica e di approfondirne lo studio teorico (1888-92); la prefazione e le note (limitatamente a quelle che hanno un rilievo psicologico) scritte da Freud per la sua traduzione delle* Lezioni del martedí della Salpêtrière *di J.-M. Charcot (1892-94); e infine l'opera piú significativa e piú importante di questo periodo:* Studi sull'isteria.

Da un punto di vista formale Studi sull'isteria, *apparso nel 1895 come opera collettiva di Breuer e di Freud — con una premessa (costituita dalla "Comunicazione preliminare: Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici"), che era già stata pubblicata due anni prima in rivista, e con una serie di nuovi lavori, in parte clinici e in parte teorici, scritti singolarmente dall'uno o dall'altro dei due autori — è un libro molto complesso.*

La collaborazione scientifica di Breuer e Freud ebbe inizio quando Freud, che già usava l'ipnosi per inibire i sintomi dei malati (come

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

aveva visto fare a Charcot e piú recentemente a Bernheim), fu indotto a riprodurre il procedimento a cui Breuer era pervenuto nel 1880-82, con la paziente indicata come Anna O., in certo senso dietro indicazione della stessa paziente.

Può apparire abbastanza semplice e naturale, disponendo, di fronte a un ammalato con una sintomatologia isterica, di quel particolare strumento che è la suggestione ipnotica, il passaggio dall'un tipo all'altro di impiego. In realtà questo diverso impiego presuppone anche un diverso modo di concepire i sintomi isterici.

L'ordine dato in ipnosi allo scopo di ottenere una diretta eliminazione dei sintomi, implica la considerazione dei sintomi stessi come formazioni parassitarie e pleonastiche, veri corpi estranei, che possono dunque essere semplicemente elisi, lasciando per il resto integro il funzionamento dell'apparato psichico.

La utilizzazione dell'ipnosi per una esplorazione in profondità della personalità del malato, cosí da individuare gli elementi della sua vita che in qualche modo possono essere responsabili dei sintomi, e una liquidazione dei sintomi ottenuta attraverso questa attività esplorativa, implica invece la interpretazione dei sintomi come formazioni psichiche aventi un preciso significato, e richiede che in qualche modo ci si rappresenti il processo attraverso il quale essi sono stati costruiti.

Questa interpretazione dei sintomi isterici fu appunto elaborata da Breuer e da Freud negli anni che vanno dal 1889 al 1892. Freud, vincendo le perplessità e le incertezze di Breuer, riuscí a persuaderlo a rendere pubblici in un breve scritto collettivo, che è precisamente la "Comunicazione preliminare", i risultati a cui essi erano pervenuti.

Come Freud ha ripetutamente raccontato, esistevano già da allora alcune differenze nelle posizioni dei due autori. Di esse ci si può render conto, sia esaminando gli abbozzi (parzialmente conservati e qui inclusi) scritti da Freud mentre si stava preparando collegialmente la "Comunicazione preliminare", sia considerando gli ulteriori sviluppi del pensiero di Freud.

Tali differenze fecero sí che quando Freud volle far seguire alla "Comunicazione preliminare" una esposizione del materiale clinico che egli stesso aveva raccolto, e che avrebbe dovuto essere aggiunto all'unico caso originariamente curato da Breuer, completando il tutto con una piú esauriente trattazione, sia della nuova tecnica, sia dei punti di vista teoretici che la giustificavano, non fu piú

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

possibile la stesura di testi collettivi (come, sia pur con difficoltà, era stato fatto per la "Comunicazione preliminare"), ma fu necessario dividere i compiti.

Ciascuno dei due autori espose, e firmò, i casi da lui stesso trattati (e fin qui la cosa era semplice e chiara). In piú Breuer si riservò la stesura di un capitolo teorico, mentre Freud, che andava già modificando la tecnica terapeutica originaria di Breuer, si assunse il compito di illustrare tale tecnica modificata. Aggiungendo tuttavia egli stesso una serie di considerazioni teoriche, che in parte si sommavano, ma in parte anche si contrapponevano, a quelle di Breuer.

Malgrado lo sforzo compiuto dai due autori per non far esplodere i loro dissidi, e per rendere possibile la pubblicazione della loro opera comune, questa risente fortemente nella sua struttura di tale situazione.

Gli Studi sull'isteria non sono perciò un libro che fissi una specifica e determinata posizione scientifica, ma espongono per cosí dire gli elementi di un pensiero che è tutto in movimento. Del resto il titolo stesso di Studi, dato dagli autori all'opera, è in funzione di questo suo carattere composito.

Se da un punto di vista sistematico ciò si traduce in una imperfezione formale, come documento dello sviluppo di pensiero da cui la psicoanalisi ha tratto origine gli Studi costituiscono invece un quadro di estremo interesse, proprio perché vi è in certo modo condensata la matrice della psicoanalisi.

Certo la lettura di questo libro esige una impostazione particolare. Il lettore deve proporsi di vedere in trasparenza i vari piani sovrapposti che lo compongono. Cosí il piano su cui si è operata la collaborazione fra Freud e Breuer, ma dietro ad esso, e in trasparenza dunque, anche quello del loro dissidio. Per cui Breuer rimarrà ancorato a determinate posizioni di partenza, mentre Freud spiccherà il volo (come Breuer stesso, ammirato e un po' spaventato, riconoscerà qualche anno piú tardi) verso piú alti cieli.

Cosí pure si trovano sovrapposte senza un netto distacco, come dicemmo, e vanno perciò vedute in prospettiva, le varie fasi dello sviluppo della tecnica: l'impiego della ipnosi nel piú ingenuo uso della diretta inibizione dei sintomi; la sua utilizzazione per una esplorazione di remote esperienze dimenticate; e la sua sostituzione infine con la nuova tecnica esplorativa propriamente psicoanalitica che Freud viene abbozzando.

Il libro poi, nelle parti che sono opera di Freud, è per cosí dire

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

denso di cose che pur non vi sono chiaramente espresse. Nei due anni che vanno dalla pubblicazione della "Comunicazione preliminare" a quella del libro completo — sia pur attraverso le difficoltà che cominciavano a prodursi nei rapporti personali dei due autori — Freud ha affrontato una molteplicità di altri temi, che hanno dato luogo a vari scritti: in parte apparsi fin da allora su riviste scientifiche, in parte rimasti per lungo tempo inediti e solo recentemente pubblicati. Questi scritti, che sono dunque contemporanei agli Studi sull'isteria (e che nella presente edizione sono contenuti nel secondo volume) non possono esser considerati separatamente da quelli. A loro volta però gli Studi sull'isteria richiedono che il lettore attento sappia anche intravedere ciò che nel libro è da Freud sottaciuto, perché in certo modo rinviato a questi altri lavori, ma che pure è già inglobato nel suo pensiero cosí da trasparire anche in quest'opera.

Tale è dunque la natura di questo libro. Quando però le difficoltà che qui sono state indicate siano consapevolmente affrontate, gli Studi sull'isteria appaiono in tutta la loro ricchezza concettuale, come un ampio paesaggio dove sono visibili le vie che conducono ai futuri sviluppi della dottrina di Freud; e il lettore, ripagato per quelle difficoltà, ha l'impressione di assistere concretamente alla nascita della psicoanalisi.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

RELAZIONE SUI MIEI VIAGGI DI STUDIO
A PARIGI E A BERLINO

1886

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

La relazione è stata scritta da Freud nel 1886 subito dopo il ritorno a Vienna (con breve sosta a Berlino) da Parigi, dove egli si era recato per sei mesi con una borsa di studio (di 600 fiorini, pari a circa L. 1200 del tempo) assegnatagli, in seguito a concorso, il 20 giugno 1885 dalla Facoltà di Medicina dell'Università di Vienna (vedi la lettera a Martha Bernays del 20 giugno 1885).

La relazione, terminata il 22 aprile, fu consegnata alla Facoltà. Freud non ne aveva conservato copia, e solo recentemente, per iniziativa di Siegfried Bernfeld, il professor Josef Gicklhorn ritrovò il manoscritto negli archivi dell'Università viennese. In tal modo la relazione ha potuto esser pubblicata, prima in traduzione inglese nell'"International Journal of Psycho-Analysis", vol. 37 (1), 2-7 (1956), e quindi nel testo originale tedesco in: J. e R. Gicklhorn, *Sigmund Freuds akademische Laufbahn im Lichte der Dokumente* (Vienna 1960) p. 82. Il titolo originale completo è *Bericht über meine mit Universitäts-Jubiläums Reisestipendium unternommene Studienreise nach Paris und Berlin*. Traduzione di Laura Schwarz.

La relazione non è un semplice documento burocratico, ma la descrizione assai vivace e ricca di elementi emotivi, dell'esperienza parigina di Freud. Essa consente di cogliere un momento determinante nella evoluzione scientifica di Freud: quella in cui — sotto la influenza della personalità di Charcot — l'interesse precedentemente orientato sopra i problemi della neurologia si sposta in modo decisivo verso il campo delle nevrosi e dell'isteria.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino

compiuti grazie a una borsa concessami dal Fondo per il giubileo dell'Università (ottobre 1885-fine marzo 1886)

del dottor Sigmund Freud
Docente di neuropatologia
presso l'Università di Vienna

Al chiarissimo Collegio dei professori
della facoltà di medicina di Vienna

Nel presentare la richiesta di una borsa di studio per l'anno 1885-86, avevo espresso l'intenzione di recarmi a Parigi presso l'Ospedale della Salpêtrière, per proseguirvi i miei studi di neuropatologia. Parecchi motivi mi avevano indotto a quella scelta: in primo luogo la certezza che alla Salpêtrière avrei trovato raccolto un vasto materiale clinico che a Vienna è sparso qua e là e quindi difficilmente accessibile; inoltre la grande fama di Jean-Martin Charcot,[1] che lavora e insegna da ormai diciassette anni nel suo ospedale; e infine ero costretto a dirmi che presso una scuola superiore tedesca non potevo aspettarmi di apprendere alcunché di veramente nuovo, dopo aver ricevuto, direttamente e indirettamente, gli insegnamenti dei professori Theodor Meynert e Hermann Nothnagel a Vienna.[2] Mi sembrava invece che la scuola francese di neuropatologia offrisse qualcosa di insolito e di caratteristico nel suo metodo di lavoro, e al tempo stesso si avventurasse in nuovi campi della neuropatologia non ancora affrontati in modo simile dagli studiosi tedeschi e austriaci. A causa degli scarsi contatti personali fra i medici francesi e tedeschi, le scoperte, in parte sorprendenti (ipnotismo), in parte assai importanti dal punto di vista pratico (isteria), della scuola francese avevano incontrato nel nostro paese piú scetticismo che fiducia e riconoscimento, e gli studiosi francesi, primo fra tutti Charcot, do-

[1] [Jean-Martin Charcot, 1825-93.]
[2] [Theodor Meynert (1833-92) era professore di psichiatria a Vienna, e Hermann Nothnagel (1841-1905) professore di medicina.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

vettero spesso sentirsi accusare di mancanza di senso critico, o per lo meno di una certa predilezione per lo studio di fenomeni strani e rari da loro poi drammaticamente elaborati. Quando dunque lo stimatissimo Collegio dei professori mi ha onorato con il conferimento della borsa di studio, io colsi ben volentieri l'occasione di formarmi un giudizio dei fatti summenzionati, fondato sull'esperienza diretta, rallegrandomi al tempo stesso di poter seguire il consiglio del mio venerato docente, il professor von Brücke.[1]

Durante una mia vacanza ad Amburgo, grazie all'amichevole accoglienza del dottor Eisenlohr, noto esponente della neuropatologia in quella città, potei visitare un notevole numero di pazienti affetti da malattie nervose nell'Ospedale generale e nell'Ospedale Heine, e potei anche accedere al manicomio di Klein-Friedrichsberg.[2] Ma il viaggio di studio cui mi riferisco nella presente relazione ebbe inizio col mio arrivo a Parigi, nella prima metà di ottobre, al principio dell'anno accademico.

La Salpêtrière, dove mi recai subito, è un vasto insieme di edifici che per le sue casette a un piano disposte a quadrilatero, per i suoi cortili e i suoi giardini, ricorda molto l'Ospedale generale di Vienna: nel corso del tempo è stata adibita a vari usi diversi (come la nostra *Gewehrfabrik*),[3] per divenire infine [nel 1813] un ospizio per donne anziane ("Hospice pour la vieillesse (femmes)") che può ospitare piú di cinquemila persone. Era naturale che le malattie nervose croniche fossero particolarmente rappresentate in questo materiale patologico, e anche precedenti primari dell'ospizio, come ad esempio Briquet,[4] avevano iniziato a studiare i loro casi dal punto di vista scientifico, ma l'usanza in vigore presso i primari francesi di cambiare spesso sede ospedaliera e quindi anche la specialità medica oggetto del loro studio, finché non giungono, nella loro carriera, al grande Ospedale clinico dell'Hôtel-Dieu, aveva sempre impedito un lavoro sistematico

[1] [Ernst Wilhelm von Brücke (1819-92) era professore di fisiologia a Vienna e nel suo Istituto Freud aveva lavorato dal 1876 al 1882.]

[2] [Freud trascorse sei settimane nell'autunno del 1885 a Wandsbek, presso Amburgo, in casa della fidanzata Martha Bernays. Il dottor C. Eisenlohr (1847-96), di cui Freud parla nel suo volume sull'afasia (*Zur Auffassung der Aphasien*, Vienna 1891) come di "uno dei piú profondi neurologi tedeschi", era direttore dell'Ospedale generale di Amburgo. L'Ospedale Heine era l'ospedale ebraico.]

[3] ["*Salpêtrière*" significa "deposito di salnitro": l'edificio era stato costruito come arsenale durante il regno di Luigi XIII. Anche l'Istituto di fisiologia di Vienna era ospitato in un vecchio arsenale (*Gewehrfabrik*).]

[4] [Paul Briquet (1796-1881), autore di un monumentale trattato sull'isteria.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

e prolungato. J.-M. Charcot, che nel 1856 era stato interno (aiuto medico) alla Salpêtrière, riconobbe la necessità di fare delle malattie nervose croniche l'oggetto di uno studio ininterrotto ed esclusivo, e si propose di ritornare come primario alla Salpêtrière e non abbandonarlo mai. Quell'uomo modesto considera suo unico merito il fatto di aver attuato tale proposito. Indotto dal suo materiale clinico a studiare le malattie nervose croniche e i loro fondamenti anatomopatologici, egli per circa dodici anni tenne lezioni cliniche libere senza avere un incarico ufficiale, finché nel 1881 si istituí finalmente una cattedra di neuropatologia alla Salpêtrière, affidandola a lui.

Questa istituzione apportò importanti cambiamenti nelle condizioni di lavoro di Charcot e dei suoi discepoli, divenuti nel frattempo assai numerosi. A necessario complemento del materiale cronico dell'ospizio fu creato alla Salpêtrière un reparto clinico in cui si accoglievano anche malati di nervi di sesso maschile, che reclutava i suoi pazienti da un policlinico (*consultation externe*) settimanale. Inoltre, nella sede di quel vasto ospedale vennero messi a disposizione del professore di neuropatologia un laboratorio per le ricerche anatomiche e fisiologiche, un museo di patologia, un laboratorio per la fotografia e i calchi di gesso, uno studio oftalmologico, un istituto per cure elettriche e idroterapiche, dandogli cosí la possibilità di assicurarsi durevolmente la collaborazione di alcuni suoi discepoli, cui vennero affidati tali reparti. L'uomo preposto a questa istituzione con tutte le sue branche ausiliarie ha ora sessant'anni, ed è dotato di quella brillante vivacità e perfezione di linguaggio che noi di solito consideriamo caratteristica nazionale dei francesi, e al tempo stesso di una pazienza e laboriosità che di regola rivendichiamo alla nostra nazione.

Attratto da quella personalità, io mi sono ben presto limitato a frequentare quell'*unico* ospedale e a seguire l'insegnamento di quel *solo* docente. Rinunciai ai tentativi occasionali di ascoltare altre lezioni, dopo essermi convinto che per lo piú avrei dovuto accontentarmi di eleganti esibizioni retoriche. Cercavo solo di mancare il meno possibile alle autopsie giudiziarie e alle conferenze del professor Brouardel alla Morgue.[1]

Alla Salpêtrière il mio lavoro si configurò altrimenti da come io

[1] [P.-C.-H. Brouardel (1837-1906), personalità famosa nella medicina giuridica. Si veda l'elogio che Freud ne farà nella *Prefazione alla traduzione di "Riti scatologici di tutti i popoli" di J. G. Bourke* (1913).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

stesso mi ero originariamente proposto. Ero giunto all'idea che fosse preferibile fare oggetto di una ricerca approfondita un singolo argomento e, poiché a Vienna mi ero occupato prevalentemente di problemi anatomici, avevo scelto lo studio delle atrofie secondarie e delle degenerazioni che seguono ad affezioni cerebrali infantili. Mi fu messo a disposizione un materiale patologico estremamente interessante, però mi resi conto che avrei potuto sfruttarlo solo in condizioni assai sfavorevoli. Il laboratorio non era affatto organizzato in modo da accogliere un ricercatore estraneo, e anche lo spazio e gli strumenti disponibili non erano accessibili a causa di una totale inefficienza organizzativa. Mi vidi dunque costretto a rinunciare alle ricerche anatomiche, accontentandomi di un reperto riguardante il comportamento dei nuclei dei cordoni posteriori nel midollo allungato. Piú tardi tuttavia ebbi occasione di riprendere alcune ricerche del genere con il dottor von Darkschewitsch di Mosca, e il nostro lavoro comune portò a una pubblicazione nel "Neurologisches Centralblatt" dal titolo: *Sui rapporti del corpo restiforme con il cordone posteriore e il suo nucleo, con alcune affermazioni su due zone del midollo allungato.*[1]

In contrasto con l'inadeguatezza del laboratorio, la clinica della Salpêtrière forniva una tal massa di materiale nuovo e interessante, che ci vollero tutti i miei sforzi per sfruttare in pieno le opportunità di apprendere da esso fornitemi. La settimana veniva cosí suddivisa: al lunedí c'era la lezione pubblica di Charcot, che incantava l'uditorio per la sua perfezione formale, mentre il suo contenuto ci era già noto dal lavoro della settimana precedente. Queste lezioni non costituivano tanto una presentazione elementare della neuropatologia, quanto piuttosto comunicazioni sulle piú recenti ricerche del professore, e la loro efficacia era soprattutto dovuta ai continui riferimenti ai malati che ci venivano presentati. Al martedí Charcot teneva la sua *consultation externe*, dove gli assistenti gli sottoponevano casi tipici o piú enigmatici scelti dalla gran massa dei pazienti ambulatoriali. A volte era scoraggiante vedere che il maestro lasciava cadere una parte di questi casi, "nel caos della nosografia non ancora svelata", per usare la sua stessa espressione; ma altri casi gli offrivano

[1] S. Freud e L. O. von Darkschewitsch, Neurol. Zbl., vol. 5, N. 6, 121 (1886). [Liverij Osipovič Darkševič (1858-1925; Darkschewitsch secondo la grafia tedesca), già incontrato da Freud a Vienna due anni prima, fondò poi la scuola neurologica di Kazan' e, a Mosca, divenne rettore (1923) della Scuola superiore di Medicina.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

lo spunto per osservazioni estremamente istruttive sui piú svariati temi della neuropatologia. Il mercoledí era in parte dedicato alle visite oftalmologiche, eseguite dal dottor Parinaud[1] alla presenza di Charcot, e negli altri giorni Charcot faceva il giro delle corsie, o proseguiva le ricerche in cui era impegnato in quel momento, visitando dei pazienti in aula.

Io avevo dunque la possibilità di vedere un gran numero di pazienti, visitandoli io stesso e ascoltando l'opinione di Charcot su di essi. Ma ancor piú prezioso della nuova esperienza cosí acquisita, sembra essere stato lo stimolo fornitomi, nei cinque mesi trascorsi a Parigi, dal costante contatto scientifico e personale con il professor Charcot. Per quel che riguarda il contatto scientifico, non si può dire che io ricevessi un trattamento di favore rispetto agli altri stranieri: la clinica era aperta a ogni medico che vi si volesse presentare, e il lavoro del professore procedeva pubblicamente, alla presenza dei giovani assistenti e dei medici stranieri. Sembrava proprio che egli lavorasse assieme a noi, pensando ad alta voce, e che attendesse le obiezioni dei discepoli. Chiunque ne aveva il coraggio poteva dire la sua nelle discussioni, e nessuna osservazione veniva trascurata dal maestro. La familiarità dei rapporti, e il modo in cui tutti venivano trattati gentilmente su di un piano di eguaglianza, cosa che stupiva assai gli stranieri, rendeva facile anche alle persone piú timide la partecipazione attiva alle visite di Charcot. Si aveva quindi modo di vedere come dapprincipio egli rimanesse indeciso di fronte a fenomeni nuovi, di difficile interpretazione, e si poteva poi seguire il cammino attraverso il quale egli cercava di giungere a una comprensione, il modo in cui prendeva nota delle difficoltà sforzandosi di superarle; si poteva osservare con sorpresa come egli non si stancasse mai di osservare sempre di nuovo lo stesso fenomeno, finché i suoi sforzi ripetuti e scevri da preconcetti lo conducevano alla giusta interpretazione del suo significato. Se inoltre si tiene presente la completa sincerità del professore durante queste sedute di lavoro, si comprenderà come chi scrive questa relazione, al pari di tutti gli altri stranieri che si erano trovati nella sua situazione, uscisse dalla Salpêtrière con una sconfinata ammirazione per Charcot.

Charcot usava dire che nel complesso l'anatomia aveva ormai esaurito il suo compito, e la teoria delle malattie organiche del sistema

[1] [Henri Parinaud (1844-1905), noto oftalmologo.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nervoso era per cosí dire conclusa: ora bisognava occuparsi delle nevrosi. Certamente questa sua affermazione va considerata solo come un'espressione della svolta assunta dalla sua attività: il suo lavoro per anni è stato concentrato quasi esclusivamente sulle nevrosi e soprattutto sull'isteria che, dopo l'apertura dell'ambulatorio esterno della clinica, egli aveva la possibilità di studiare anche nei pazienti di sesso maschile.

Mi permetterò di riassumere in poche parole i risultati raggiunti da Charcot nei suoi studi clinici sull'isteria. A tutt'oggi non si può considerare il termine "isteria" come una denominazione dal significato univoco; la condizione morbosa cui esso viene applicato è contraddistinta, dal punto di vista scientifico, solo da caratteristiche negative; è stata studiata poco e di mala voglia, ed è oggetto di odio a causa di alcuni pregiudizi assai diffusi. Fra questi rientrano la presunta dipendenza della malattia isterica dall'eccitamento genitale, l'opinione che all'isteria non si possa attribuire una sintomatologia determinata, per la semplice ragione che in essa si può riscontrare ogni sorta di combinazione di sintomi, e infine l'importanza esagerata attribuita alla simulazione nel quadro clinico dell'isteria. Negli ultimi decenni un'isterica poteva essere altrettanto sicura di venire trattata da simulatrice quanto ne avrebbe avuta nei secoli precedenti di essere giudicata e condannata come strega o come ossessa. Da un altro punto di vista si può anzi dire che si è fatto un passo indietro nella conoscenza dell'isteria: il medioevo conosceva assai bene le "stigmate", cioè i contrassegni somatici dell'isteria,[1] che interpretava e usava a modo suo. Al Policlinico di Berlino invece io ho potuto riscontrare come questi contrassegni somatici dell'isteria fossero pressoché sconosciuti, e come, pronunciando la diagnosi d'isteria, ci sembrasse sopprimere praticamente ogni inclinazione a occuparsi ulteriormente del malato.

Charcot ha affrontato lo studio dell'isteria partendo dai casi piú conclamati, da lui considerati come la perfetta esemplificazione della malattia.[2] Egli cominciò con il ridurre alle sue giuste proporzioni la connessione della nevrosi con il sistema genitale, dimostrando la frequenza, fino allora insospettata, di casi d'isteria nei maschi e d'isteria traumatica. In questi casi tipici egli riscontrò poi una serie

[1] [Vedi oltre *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 186 n.]

[2] [L'uso del "tipo" da parte di Charcot è chiarito e discusso da Freud nella *Prefazione alla traduzione delle "Lezioni del martedí della Salpêtrière"* (1892), vedi oltre p. 152, e, piú brevemente, all'inizio del necrologio di Charcot (1893).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di sintomi somatici (il carattere dell'attacco, l'anestesia, i disturbi della visione, la presenza di punti isterogeni), che permettevano ora di stabilire la diagnosi d'isteria sulla base di sicuri contrassegni clinici. Con lo studio scientifico dell'ipnotismo (campo della neuropatologia, questo, che doveva essere strappato da un lato allo scetticismo, dall'altro alla frode) egli giunse a formulare una specie di teoria della sintomatologia isterica, che ebbe il coraggio di riconoscere come reale nella maggior parte dei casi, senza però trascurare la prudenza resa necessaria dall'insincerità dei pazienti. La sua esperienza si estese rapidamente grazie a quell'eccellente materiale, e ciò gli permise ben presto di prendere in considerazione anche le deviazioni dal quadro tipico: quando io dovetti lasciare la sua clinica, egli, dopo essersi occupato dello studio delle paralisi isteriche e delle artralgie, era passato a studiare le atrofie isteriche della cui esistenza era riuscito a convincersi solo negli ultimi giorni del mio soggiorno.

L'immensa importanza pratica dell'isteria negli uomini, per lo piú non riconosciuta, e soprattutto delle isterie traumatiche, fu illustrata da lui partendo dal caso di un paziente che per circa tre mesi costituí il punto centrale di tutte le ricerche di Charcot. Cosí, i suoi sforzi permisero di sottrarre l'isteria al caos delle nevrosi, di differenziarla da altri quadri morbosi dall'apparenza simile, e di conferirle una sintomatologia che, pur nella sua apparenza multiforme, non permetteva piú di riconoscere in essa la presenza di certe leggi e di un certo ordine. Col professor Charcot ho intrecciato, sia oralmente che per iscritto, un vivace scambio d'idee sui punti di vista che derivavano dalle sue ricerche, e da questi scambi è derivato un saggio che apparirà sugli "Archives de Neurologie", dal titolo *Confronto fra la sintomatologia isterica e quella organica.*[1]

Devo qui osservare che il fatto di considerare isterie le nevrosi derivanti da traumi (*railway-spine*)[2] ha suscitato una vivace opposizione in alcuni studiosi tedeschi, e soprattutto nel dottor Thomsen e nel dottor Oppenheim, assistenti alla Charité di Berlino.[3] Piú tardi ho avuto occasione di conoscere entrambi questi studiosi, approfittandone per cercare di comprendere se questa opposizione fosse giusti-

[1] [Fu pubblicato, in francese, solo sette anni dopo, col titolo *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche* (1893).]

[2] [Il termine inglese era stato coniato da Sir John Erichsen (1818-96). Vedi anche p. 54.]

[3] [Il grande ospedale connesso con l'Università di Berlino. Robert Thomsen (1858-1914) e Hermann Oppenheim (1858-1919) erano assistenti di Westphal, professore di malattie nervose e mentali. Oppenheim, in seguito professore di neurologia a Berlino, divenne uno dei piú accaniti oppositori della psicoanalisi.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ficata; purtroppo però i malati su cui si fondavano le loro teorie non si trovavano piú alla Charité. Io comunque sono giunto alla convinzione che non sia ancora possibile assumere una posizione decisiva in merito a questo problema, ma che giustamente Charcot avesse cominciato a studiare i casi piú semplici e piú tipici, mentre i suoi avversari tedeschi erano partiti dai casi piú oscuri e piú complicati. L'obiezione che forme d'isteria cosí gravi come quelle su cui si fondavano gli studi di Charcot non si riscontrano in Germania, era stata contestata a Parigi, richiamandosi ai resoconti storici di epidemie del genere, che confermavano l'identità dell'isteria in tutti i tempi e in tutti i luoghi.

Non ho neppure trascurato l'opportunità di formarmi un'opinione personale sui fenomeni cosí strani e cosí poco creduti dell'ipnotismo, e soprattutto del *grand hypnotisme* descritto da Charcot. Con stupore ho potuto riscontrare che vi sono in questo campo fenomeni assolutamente inoppugnabili, eppure talmente strani da non poter esser creduti se non da chi vi ha assistito personalmente. D'altro canto però non ho potuto minimamente riscontrare in Charcot una particolare preferenza per i fenomeni strani e inspiegabili, né la tendenza a sfruttarli a fini mistici. Anzi, egli considerava l'ipnotismo come un campo di fenomeni da lui scientificamente descritti, proprio come anni prima la sclerosi a placche o la distrofia muscolare. E soprattutto egli non mi sembrava una di quelle persone che si meravigliano piú dei fenomeni strani che di quelli abituali, e tutto il suo atteggiamento mentale mi fa credere che egli non trovi pace finché non sia riuscito a ben descrivere e ordinare un fenomeno di cui s'interessi, ma che d'altronde possa dormire sonni tranquilli anche se non sia riuscito a dare una spiegazione di quel fenomeno in termini fisiologici.

In questo resoconto ho dedicato molto spazio alle osservazioni sull'isteria e sull'ipnotismo, perché dovevo occuparmi di ciò che è assolutamente nuovo e oggetto degli studi particolari di Charcot. Se mi sono dilungato meno sulle malattie organiche del sistema nervoso, non vorrei per questo dare l'impressione di essermi occupato poco o nulla di questo argomento. Del ricchissimo materiale di cui sono venuto a conoscenza, menzionerò solo alcuni casi notevoli: le forme di atrofia muscolare ereditaria recentemente descritte dal dottor Marie;[1]

[1] [Pierre Marie (1853-1940), direttore della "Revue neurologique", alla quale Freud darà alcuni contributi in francese, successore di Charcot alla Salpêtrière.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

queste forme, pur non venendo piú annoverate nell'ambito delle malattie del sistema nervoso, sono ancora di pertinenza della neuropatologia; menzionerò inoltre casi di malattia di Menière, di sclerosi multipla, di tabe con tutte le sue complicazioni – e in particolare quella forma di tabe che si accompagna a una malattia delle articolazioni descritta da Charcot, – di epilessia parziale, e di altre forme morbose che costituiscono il materiale di una clinica e di un ambulatorio per malattie nervose. Fra le malattie funzionali (a parte l'isteria) durante il mio soggiorno erano oggetto di particolare interesse la corea e varie specie di tic (ad esempio, la malattia di Gilles de la Tourette).

Quando venni a sapere che Charcot pensava di pubblicare una nuova serie di sue lezioni, mi proposi per la loro traduzione in lingua tedesca, e questa incombenza mi diede da un lato occasione di avviare un contatto personale piú stretto con il professor Charcot, e dall'altro la possibilità di prolungare il mio soggiorno a Parigi oltre il periodo coperto dalla borsa di studio. La traduzione uscirà nel prossimo maggio presso Toeplitz e Deuticke a Vienna.[1]

Infine devo ancora ricordare che il professor Ranvier del Collège de France ha avuto la bontà di mostrarmi i suoi eccellenti preparati di cellule nervose e di neuroglia.[2]

Il mio soggiorno a Berlino, dal 1° marzo alla fine di marzo, coincise con le ferie semestrali. Ebbi però ampie possibilità di visitare bambini affetti da malattie nervose presso gli ambulatori dei professori Mendel, Eulenburg e Adolf Baginsky, trovando ovunque la piú calorosa accoglienza.[3] Ripetute visite al professor Munk e al laboratorio di economia agraria del professor Zuntz, dove incontrai il dottor Loeb di Strasburgo, mi permisero di formarmi un giudizio personale sulla controversia fra Goltz e Munk concernente la localizzazione del senso della vista nella corteccia cerebrale.[4] Il dottor Benno Baginsky, del laboratorio di Munk, fu cosí cortese da mostrarmi i suoi

[1] [La pubblicazione fu ritardata di qualche mese, dato che la prefazione di Freud è datata 18 luglio 1886. Per essa, vedi lo scritto successivo in questo volume.]

[2] [Louis-Antoine Ranvier (1835-1922), famoso istologo.]

[3] [Emanuel Mendel, professore di psichiatria, direttore del "Neurologisches Centralblatt", al quale Freud collaborò. Albert Eulenburg (1840-1917) era professore di neurologia ed elettroterapia. Adolf Baginsky (1843-1918), autore di un noto trattato di pediatria, direttore dell'"Archiv für Kinderheilkunde".]

[4] [Friedrich Goltz (1834-1902) e Hermann Munk (1839-1912). L'interesse di Freud al problema si rileva dalla sua citata monografia sull'afasia (1891). Jacques Loeb (1859-1924), il celebre fisiologo.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

preparati sul decorso del nervo acustico e da chiedermi il mio parere al proposito.[1]

Considero mio devere ringraziare nel modo piú caloroso il Collegio dei professori della facoltà di medicina a Vienna, per la preferenza accordatami nella concessione della borsa di studio. Cosí facendo, il Collegio, nel quale si trovano tutti i miei venerati docenti, mi ha offerto la possibilità di acquisire importanti cognizioni, che spero di poter sfruttare nella mia qualità di docente in malattie nervose,[2] cosí come nella mia pratica medica.

Vienna, Pasqua 1886

[1] [Benno Baginsky (1848-1919), assistente del professor Hermann Munk nel laboratorio di fisiologia della Clinica veterinaria di Berlino.]

[2] [Freud era stato nominato *Privat-dozent* di neuropatologia nella primavera del 1885.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

PREFAZIONE ALLA TRADUZIONE DELLE "LEZIONI SULLE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO" DI J.-M. CHARCOT

1886

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

Freud ottenne da Charcot l'incarico di tradurre in tedesco le sue *Leçons sur les maladies du système nerveux, III* (Parigi 1887), mentre si trovava a Parigi nel dicembre 1885.

Nella *Autobiografia* del 1924 Freud racconta che ciò sarebbe avvenuto in quanto, avendo Charcot espresso il proprio rincrescimento perché, dopo la guerra del '70, non aveva avuto piú notizie del suo traduttore tedesco, egli stesso si sarebbe offerto di sostituirlo.

La lettera che Freud, offrendosi come traduttore, scrisse a Charcot (con l'aiuto di una signora sua conoscente, la moglie di quel dottor Richetti che faceva il medico a Venezia e che Freud incontrò spesso a Vienna e a Parigi) è conservata: vedila in E. Jones, *Vita e opere di Freud*, trad. A. e M. Novelletto (Il Saggiatore, Milano 1962) vol. 1, p. 259. Nella lettera del 12 dicembre 1885 Freud annunciò alla fidanzata che Charcot aveva accettato la sua offerta.

La traduzione tedesca delle *Lezioni* di Charcot, apparsa nel 1886 presso Toeplitz e Deuticke, Lipsia e Vienna, porta il titolo *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems insbesondere über Hysterie* (Nuove lezioni sulle malattie del sistema nervoso e in particolare sull'isteria) per i motivi esposti da Freud stesso nella Prefazione. Quest'ultima non fu piú ripubblicata. La presente traduzione è di Laura Schwarz.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Prefazione alla traduzione delle "Lezioni sulle malattie del sistema nervoso, III" di J.-M. Charcot

Un'iniziativa come questa, che si propone d'introdurre presso una piú vasta cerchia del mondo medico la dottrina di un grande clinico, non ha certo bisogno di giustificazione. Voglio quindi soltanto dire alcune parole sulla genesi di questa traduzione e sul contenuto delle lezioni qui riportate.

Quando nell'inverno del 1885 mi recai alla Salpêtrière per un soggiorno di quasi sei mesi, trovai che il professor Charcot (il quale a sessant'anni lavorava con pieno vigore giovanile) si era distolto dallo studio delle malattie nervose determinate da un'alterazione organica per dedicarsi esclusivamente alle ricerche sulle nevrosi, e in particolare sull'isteria. Questo mutamento si collega alle variazioni intervenute nel 1882 nelle condizioni di lavoro e d'insegnamento di Charcot, e di cui è cenno nella lezione introduttiva di questo libro.[1]

Quando ebbi superato l'iniziale sorpresa per i risultati delle nuove ricerche di Charcot, e quando imparai ad apprezzarne in pieno l'importanza, chiesi al professor Charcot il permesso di tradurre in tedesco le lezioni in cui aveva presentato le sue nuove teorie. Io devo qui ringraziarlo non solo per la prontezza con cui mi concesse questo permesso, ma anche per l'appoggio che mi diede in seguito, grazie al quale l'edizione tedesca poté addirittura uscire parecchi mesi prima dell'edizione francese. Per incarico dell'autore, ho aggiunto qualche osservazione, soprattutto aggiunte alle storie cliniche contenute nel libro.

La parte principale del volume è costituita dalle magistrali e fon-

[1] [Sull'istituzione della cattedra di neuropatologia alla Salpêtrière, vedi lo scritto precedente, p. 7.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

damentali lezioni sull'isteria, dalle quali ci si può attendere, assieme all'autore, l'avvento di una nuova epoca nella valutazione della nevrosi finora poco conosciuta e quindi aspramente calunniata. Perciò, d'accordo con il professor Charcot, ho cambiato il titolo francese originario, *Leçons sur les maladies du système nerveux, tome troisième*, ponendo in particolare evidenza l'isteria fra gli argomenti ivi trattati.

Se queste lezioni stimoleranno qualche lettore a occuparsi ulteriormente delle ricerche della scuola francese sull'isteria, vorrei indirizzarlo al libro, notevole sotto molti punti di vista, di P. Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie*, di cui è apparsa nel 1885 una seconda edizione.

Vienna, 18 luglio 1886

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

OSSERVAZIONE DI UN CASO GRAVE DI EMIANESTESIA IN UN PAZIENTE ISTERICO

1886

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

Nei mesi che seguirono il ritorno a Vienna, dopo il soggiorno parigino del 1886, Freud tenne una serie di relazioni scientifiche ispirate alle idee e ai punti di vista di Charcot.

L'11 maggio e il 27 maggio presentò, rispettivamente alla Società di fisiologia e a quella di psichiatria, un rapporto sulla ipnosi. Il 15 ottobre lesse alla Società di medicina un rapporto sopra l'isteria maschile.

L'ambiente medico viennese, dove l'ipnosi non era presa sul serio ed era giudicata una mistificazione, e dove l'isteria era da molti ritenuta una malattia esclusivamente femminile, e comunque di origine organica, accolse molto sfavorevolmente (come Freud stesso ha descritto con amarezza nella *Autobiografia* del 1924) le sue relazioni.

L'autorevole professor Meynert, dopo la conferenza sulla isteria maschile, invitò Freud a presentare un caso che avesse i sintomi stessi descritti da Charcot.

Freud incontrò difficoltà nell'ambiente dell'Ospedale generale ad ottenere, da parte di quei medici, la autorizzazione di servirsi del materiale clinico là disponibile. Trovò tuttavia, fuori dell'ospedale, grazie a un giovane otorinolaringoiatra, il dottor von Berengszászi, un caso adatto con emianestesia. Il soggetto fu esaminato per i suoi disturbi alla vista dall'oculista dottor Leopold Königstein il 24 ottobre. Freud presentò il caso alla Società di medicina il 26 novembre, mentre l'11 dicembre Königstein riferí sui disturbi oculari.

Mentre non furono conservate le precedenti relazioni a cui si è qui fatto cenno, quest'ultima fu pubblicata nella "Wiener medizinische Wochenschrift", vol. 36 (49), 1633-38 (4 dicembre 1886), col titolo *Beobachtungen einer hochgradigen Hemianästesie bei einem hysterischen Manne*, e col sottotitolo *Beiträge zur Kasuistik der Hysterie, I* (Contributi alla casistica dell'isteria, I). Essa non fu piú ripubblicata. La traduzione è di Laura Schwarz.

Il sottotitolo indica il proposito di far seguire a questa altre comunicazioni; ma ciò non si verificò.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Osservazione di un caso grave di emianestesia in un paziente isterico

Signori, quando il 15 ottobre del corrente anno ebbi l'onore di richiamare la vostra attenzione su di un breve resoconto dei recenti studi di Charcot nel campo dell'isteria maschile, fui incitato dal mio venerato maestro, il consigliere aulico professor Meynert, a presentare alla Società alcuni di questi casi, in cui fossero riscontrabili in forma evidente i contrassegni somatici dell'isteria, cioè quelle "stigmate isteriche" che per Charcot caratterizzano tale nevrosi. Oggi io assecondo la vostra richiesta, seppur nella misura insufficiente in cui me lo permette il materiale clinico di cui dispongo, mostrandovi un uomo isterico che presenta il sintomo dell'emianestesia piú o meno al massimo grado. Prima di cominciare la mia dimostrazione, vorrei solo osservare che io non penso affatto di mostrarvi un caso raro o eccezionale. Anzi, lo considero un caso assai comune e frequente, anche se abbastanza spesso può passare inosservato.

Per questo caso devo ringraziare il collega von Beregszászy, che ebbe la cortesia di inviarmelo per avere conferma della sua diagnosi. Vi trovate di fronte al ventinovenne August P., di professione incisore, una persona intelligente che, nella speranza di una pronta guarigione, ha senz'altro accettato di farsi esaminare da me.

Permettetemi innanzitutto di comunicarvi la sua storia familiare e personale. Il padre del paziente morí a 48 anni, della malattia di Bright; era un cantiniere, bevitore accanito, dal carattere iracondo. La madre morí di tubercolosi, all'età di 46 anni; pare che in precedenza avesse sofferto molto di cefalee; il paziente non è in grado di dire nulla su eventuali accessi convulsivi o simili. Dalla coppia nacquero sei figli, il primo dei quali condusse vita irregolare e morí in seguito a un'affezione luetica cerebrale. Il secondo figlio riveste per noi un interesse particolare; egli è implicato nella etiologia della

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

malattia del fratello, e sembra essere anch'egli un isterico. Aveva infatti raccontato al nostro paziente di aver sofferto di accessi convulsivi; ma una coincidenza singolare ha fatto sí che io incontrassi proprio oggi un collega di Berlino che ivi ha curato il fratello del mio paziente durante una sua malattia, diagnosticandolo come isterico, diagnosi confermata poi anche in un ospedale berlinese. Il terzo fratello disertò dall'esercito, e da allora è scomparso; il quarto e il quinto morirono in tenera età, e il sesto è il paziente di cui ci stiamo occupando.

Il nostro paziente ebbe uno sviluppo normale durante l'infanzia, non soffrí mai di convulsioni, e superò le normali malattie infantili. A otto anni ebbe la sfortuna di subire un incidente stradale, che gli provocò la rottura del timpano destro, lasciandogli poi disturbi auditivi cronici all'orecchio destro; cadde allora in preda a una malattia di parecchi mesi, durante la quale subí frequenti accessi spasmodici, di cui oggi non è possibile stabilire la natura. Gli accessi continuarono per circa due anni. A questo incidente risalgono una lieve inibizione intellettuale che il paziente afferma di aver riscontrato nei suoi progressi scolastici, e una certa tendenza alle vertigini ogni volta che si sentisse male per un qualche motivo. Piú tardi egli terminò la scuola elementare e, dopo la morte dei genitori, fu assunto come apprendista da un incisore; testimonia a favore del suo carattere il fatto che egli rimase per dieci anni presso lo stesso principale. Egli si descrive come una persona esclusivamente rivolta a perfezionarsi nella sua arte, dice che a questo fine aveva letto molto e molto disegnato, rinunciando a ogni rapporto umano e a ogni divertimento. Era costretto a riflettere molto su di sé e sulle proprie ambizioni, e cosí facendo cadeva spesso in uno stato di eccitata fuga d'idee, che lo faceva preoccupare per la propria salute mentale; aveva il sonno spesso disturbato, e la digestione rallentata dalla vita sedentaria. Da nove anni soffriva di palpitazioni, ma per il resto era in buone condizioni di salute e non aveva mai dovuto interrompere il lavoro.

La sua attuale malattia risale a circa tre anni fa. Allora aveva avuto una lite con il fratello scapestrato, che si era rifiutato di restituirgli un somma prestatagli; il fratello aveva poi minacciato di ucciderlo, scagliandoglisi contro con un coltello. Questo fatto gettò il paziente in uno stato di indescrivibile angoscia; sentí un sibilo nella testa, come se gli dovesse scoppiare; si precipitò a casa e poi, senza poter dire come vi fosse giunto, cadde privo di sensi di fronte alla sua porta. Fu riferito poi che per due ore egli era rimasto in preda a

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

violente scosse, parlando nel frattempo della scenata avvenuta col fratello. Al risveglio si sentí spossato, e per sei settimane soffrí di violente cefalee e senso di pressione intracranica alla parte sinistra. Gli parve di avere una sensibilità mutata nella parte sinistra del corpo, e gli occhi gli si stancavano facilmente sul lavoro, da lui ben presto ripreso. Le sue condizioni rimasero stazionarie, pur con qualche oscillazione, per circa tre anni, finché, sette settimane fa, ci fu un peggioramento provocato da una nuova agitazione. Il paziente era stato accusato di furto da una donna: fu preso da violente palpitazioni, e per quattordici giorni fu talmente depresso da pensare al suicidio; al tempo stesso, fu colto da un tremore abbastanza intenso alle estremità sinistre. Sentiva la parte destra del suo corpo come se avesse subíto un lieve colpo; gli occhi gli si indebolirono molto, e a volte vedeva tutto grigio; aveva il sonno disturbato da apparizioni terribili e da sogni in cui gli sembrava di cadere da una grande altezza; comparvero dolori alla parte sinistra della gola, dell'inguine, nella regione sacrale e in altre parti; gli sembrava spesso di avere lo "stomaco gonfio" e si trovò costretto a interrompere il lavoro. Una settimana fa insorse un nuovo peggioramento di tutti questi sintomi. Inoltre il paziente, quando cammina a lungo, soffre di gravi dolori al ginocchio e alla pianta del piede sinistro, ha una particolare sensazione alla gola, come se avesse la lingua inchiodata, sente spesso cantare nelle orecchie e altre cose simili. La sua memoria è sminuita per quel che riguarda le esperienze subíte durante la malattia, ma è buona per gli avvenimenti precedenti. Nel corso di tre anni gli accessi convulsivi si ripeterono fra le sette e le nove volte, ma per lo piú furono assai leggeri; un solo accesso, avvenuto di notte nello scorso agosto, fu accompagnato da "scosse" piuttosto intense.

E ora osserviamo il paziente, un uomo dal colorito piuttosto pallido e dalla corporatura media. L'esame dei suoi organi interni non ha rivelato alcun elemento patologico, a parte i toni cardiaci cupi. Se premo sul punto di emergenza del nervo sopraorbitale, infraorbitale e mentoniero sinistro, il paziente volge la testa con l'espressione di grave sofferenza. Possiamo dunque supporre un'alterazione nevralgica al trigemino sinistro. Anche la volta cranica è assai sensibile alla percussione nella parte sinistra. Ma la pelle della parte sinistra della testa si comporta in modo del tutto diverso da quanto ci potremmo aspettare: è totalmente insensibile agli stimoli di qualunque genere; posso pungerlo, pizzicarlo, schiacciare fra le dita il lobo dell'orecchio senza che il paziente non si accorga neppure di essere toccato. Ci tro-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

viamo dunque di fronte a un'anestesia molto pronunciata, che però non coinvolge soltanto la pelle, bensí anche le mucose, come vi mostrerò nel caso delle labbra e della lingua. Se s'introduce un pezzetto di carta arrotolata nel meato uditivo esterno sinistro e poi nella narice sinistra, ciò non produce alcuna reazione nel paziente. Ora ripeto l'esperimento dalla parte destra, rilevando che qui la sensibilità del paziente è normale. Corrispondentemente all'anestesia, anche i riflessi sensori sono assenti o attutiti: posso quindi introdurre il dito e toccare le pareti della faringe dalla parte sinistra senza provocare una reazione di soffocamento. Ma i riflessi faringei sono attutiti anche a destra: solo se tocco l'epiglottide dalla parte destra compare una reazione. Toccando la congiuntiva palpebrale e il bulbo oculare, le palpebre quasi non si chiudono; invece il riflesso corneale sussiste, ma in misura assai ridotta. Fra l'altro, i riflessi della congiuntiva e corneali dalla parte destra sono anch'essi ridotti, anche se in misura minore, e già da questo comportamento dei riflessi posso dedurre che i disturbi della vista non debbono necessariamente essere limitati a una parte (quella sinistra). In effetti, quando lo visitai per la prima volta, il paziente presentava a entrambi gli occhi la caratteristica poliopia monoculare degli isterici, e disturbi della sensibilità cromatica: con l'occhio destro riconosceva tutti i colori, eccetto il violetto, che egli definiva grigio, mentre con l'occhio sinistro riconosceva solo il rosso chiaro e il giallo, prendendo tutti gli altri colori per il grigio, se chiari, per il nero se scuri. Il dottor Königstein fu cosí cortese da sottoporre a un esame minuzioso gli occhi del paziente, e riferirà poi egli stesso sull'esito della sua visita. Per quanto riguarda gli altri organi di senso, sia l'olfatto che il gusto sono quasi assenti nella parte sinistra. Solo l'udito è stato risparmiato dalla emianestesia cerebrale. Ricorderete che l'orecchio destro era stato notevolmente danneggiato da un incidente accaduto al paziente all'età di otto anni; il suo orecchio sinistro è quello che funziona meglio; la diminuzione dell'udito che si riscontra in esso è sufficientemente spiegata, secondo la cortese comunicazione del professor Gruber, da una lesione organica riscontrabile alla membrana timpanica.

Se procediamo ora a un esame del tronco e delle estremità, riscontriamo anche qui una totale anestesia, soprattutto al braccio sinistro. Come vedete, posso inserire un ago appuntito in una piega cutanea senza suscitare alcuna reazione nel paziente. Anche le parti profonde, i muscoli, le articolazioni, devono parimenti essere notevolmente insensibili, poiché posso torcere l'articolazione del polso, sti-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

rare le giunture, senza provocare alcuna sensazione nel paziente. Concorda con questa anestesia delle parti profonde il fatto che il paziente, a occhi bendati, non ha alcuna idea della posizione del suo braccio sinistro nello spazio, né di eventuali movimenti che io gli faccio fare. Io gli bendo gli occhi e poi gli chiedo che cosa ho fatto con la sua mano sinistra: egli non lo sa. Gli chiedo di afferrare con la mano destra il pollice, il gomito, la spalla sinistri: egli la fa brancolare in aria, prende magari per sua la mano che gli offro, e ammette infine di non sapere di chi sia la mano che ha afferrato.

Sarà certo particolarmente interessante stabilire se il paziente sia in grado di trovare le parti della metà sinistra del suo viso. Si sarebbe indotti a pensare che ciò non provochi in lui alcuna difficoltà, poiché la metà sinistra della faccia è per cosí dire saldamente connessa alla parte destra, che ha la sensibilità intatta: ma l'esperienza ci dimostra il contrario. Il paziente manca il proprio occhio sinistro, il lobo dell'orecchio e via dicendo: sembra invero che tastando con la mano destra le parti anestetiche della sua faccia egli si orienti meno bene che se toccasse il corpo di un'altra persona. E non si può attribuirne la causa a un disturbo della mano destra, di cui egli si serve per toccarsi, perché potete vedere con quale rapidità e sicurezza egli si orienta, quando lo invito a toccare punti della metà destra della faccia.

La medesima anestesia si riscontra nel tronco e nella gamba sinistri, dove rileviamo che l'insensibilità è limitata dalla linea mediana, o si estende un poco al di là di essa.

Mi sembra di particolare interesse l'analisi dei disturbi del movimento, che si riscontrano negli arti anestetici del paziente. Io ritengo che tali disturbi vadano ascritti unicamente all'anestesia. Certamente non si tratta di una paralisi, per esempio del braccio sinistro: un braccio paralizzato o cade flosciamente o si mantiene rigidamente in posizioni forzate mediante contrazioni. Qui le cose vanno diversamente: se bendo gli occhi al paziente, il suo braccio sinistro mantiene la posizione che aveva prima. I disturbi del movimento sono mutevoli e dipendono da varie circostanze. In un primo momento, quelli di voi che hanno osservato come il paziente si sia spogliato con entrambe le mani, come si sia tappata la narice sinistra con le dita della mano sinistra, non avranno avuto l'impressione che sussistano gravi disturbi del movimento. A un'osservazione piú attenta, si riscontrerà che il braccio sinistro, e in particolare le dita, si muovono un po' piú lentamente e con meno precisione, come se avessero una

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

certa rigidità, e con un lieve tremito. Ma il paziente è in grado di compiere qualsiasi movimento, anche quello piú complicato, e cosí avviene sempre, se si distoglie la sua attenzione dagli organi del movimento, indirizzandola solo sulla meta del movimento stesso. Il risultato è del tutto diverso se gli chiedo di compiere con il braccio sinistro singoli movimenti fine a sé stessi, come per esempio di piegare il braccio all'articolazione del gomito, seguendo il movimento con gli occhi. In questi casi il braccio sinistro appare molto piú inibito, il movimento è eseguito con grande lentezza, in modo incompiuto, in stadi separati, come se ci fosse una grande resistenza da superare, ed è accompagnato da un tremito assai pronunciato. In tali condizioni i movimenti delle dita sono estremamente deboli. Infine, un terzo e piú grave tipo di disturbi del movimento compare quando egli deve compiere determinati movimenti ad occhi chiusi. L'arto totalmente anestetico riesce, è vero, a fare qualcosa, perché, come vedete, l'innervazione motoria è indipendente da ogni informazione sensoriale che di solito affluisce da un arto che si debba muovere; ma il movimento è minimo, non è rivolto a un segmento particolare, né il malato ne può determinare la direzione. Non crediate però che questo tipo di disturbo motorio sia una necessaria conseguenza dell'anestesia; proprio in questo campo si riscontrano ampie differenze *individuali*. Alla Salpêtrière abbiamo osservato pazienti anestetici che a occhi chiusi possedevano un controllo molto piú ampio su un arto di cui avevano perso coscienza.[1]

Anche alla gamba sinistra si verifica lo stesso effetto diverso se si distoglie l'attenzione del paziente o se lo si invita a guardare. Oggi, il paziente ha camminato con me in strada per una buona ora a passo rapido, senza guardarsi i piedi mentre andava, e tutto ciò che io potei osservare è che il paziente poneva a terra il piede sinistro voltandolo un poco all'infuori e strascicandolo un poco sul terreno.[2] Ma se io gli *ordino* di camminare, egli deve seguire con gli occhi ogni movimento della gamba anestetica, e i movimenti sono quindi lenti e insicuri e lo stancano molto. Infine, a occhi chiusi, egli procede con grande insicurezza, strascicandosi avanti senza alzare i piedi dal suolo, come faremmo tutti noi al buio, se non conoscessimo il terreno. Ha anche grande difficoltà a stare in piedi sulla

[1] Vedi J.-M. CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux, III* (Parigi 1887) lez. 22.

[2] [Il fatto è discusso nella nota alla fine del primo paragrafo di *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche* (1893).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

gamba sinistra: se chiude gli occhi mentre si trova in questa posizione, cade immediatamente.

Descriverò ora il comportamento dei suoi riflessi, che nel complesso sono piú vivaci del normale e pochissimo concordanti fra loro. I riflessi del tricipite e del flessorio sono decisamente piú vivaci alla estremità destra, non anestetica; il riflesso patellare sembra accentuato a sinistra, i riflessi achillei sono uguali da entrambe le parti. È anche facilissimo produrre un lieve fenomeno del piede, che è piú pronunciato a destra. I riflessi cremasterici sono assenti, mentre i riflessi addominali sono assai vivi, ed enormemente piú pronunciati a sinistra, in modo che il minimo strofinio in qualsiasi punto della pelle dell'addome provoca una massima contrazione del muscolo (sinistro) retto dell'addome.

Conformemente al quadro dell'emianestesia isterica, il nostro paziente mostra zone dolenti spontaneamente e su stimolazione nelle parti altrimenti insensibili del corpo: le cosiddette "zone isterogene" [vedi oltre pp. 45 sg.], anche se, in questo caso, non c'è un marcato rapporto fra esse e la provocazione degli attacchi. Il trigemino, ad esempio, le cui branche terminali, come vi ho mostrato prima, sono sensibili alla pressione, sono la sede di una zona isterogena di questo tipo; cosí pure una piccola zona nella fossa cervicale mediana sinistra, una zona piú ampia nella parte sinistra del torace (dove anche la pelle ha conservato la sensibilità), la porzione lombare della spina dorsale (anche qui la pelle è sensibile) e la parte mediana della zona sacrale. Infine, il cordone spermatico sinistro è assai sensibile al dolore, e questa zona si prolunga, lungo il decorso del cordone spermatico, nella cavità addominale, fino all'area che nelle donne è assai spesso sede dell'"ovarialgia".

Devo ancora aggiungere due osservazioni concernenti i punti in cui il nostro caso devia dal quadro tipico dell'emianestesia isterica. La prima è che anche la parte destra del corpo del paziente non è esente da anestesia, sebbene questa sia di lieve grado, e sembri coinvolgere solo la cute. Cosí riscontriamo una zona di sensibilità dolorifica (e termica) ridotta sopra all'articolazione della spalla sinistra, e un'altra, che si estende a fascia attorno alla zona periferica dell'avambraccio; la gamba destra è ipoestetica nella parte esterna della coscia e nella parte posteriore del polpaccio.

Una seconda osservazione concerne il fatto che nel nostro paziente l'emianestesia mostra evidenti caratteri d'instabilità. Cosí ad esem-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pio, in un esperimento sulla sua sensibilità all'elettricità, senza volerlo ho sensibilizzato una zona di cute sul gomito sinistro; ed esperimenti ripetuti hanno dimostrato che l'estensione delle zone dolorifiche del tronco e i disturbi visivi oscillavano d'intensità. Su questa instabilità dei disturbi sensoriali io fondo la speranza di riportare in breve tempo il malato alla sensibilità normale.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

DUE BREVI RECENSIONI

1887

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

Dopo il suo ritorno da Parigi Freud collaborò con recensioni a varie riviste mediche. La maggior parte di queste recensioni riguarda opere di neurologia; le due presenti si riferiscono invece a problemi di psicopatologia. Entrambe furono pubblicate nella "Wiener medizinische Wochenschrift", vol. 37 (5), 138 (29 gennaio 1887), e non piú ripubblicate. La traduzione è di Laura Schwarz.

La prima recensione riguarda lo scritto *Die akute Neurasthenie, ein ärzliches Kulturbild* (La nevrastenia acuta, un quadro medico-sociale) di H. Averbeck, pubblicato nella "Deutsche Medizinal-Zeitung, Berlin", vol. 7, 293, 301, 313, 325, 337 (1886).

La seconda recensione riguarda l'edizione tedesca dell'opera di S. W. Mitchell, che era stata tradotta dal dottor G. Klemperer col titolo *Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie* (Il trattamento di alcune forme di nevrastenia e di isteria) (Hirschwald, Berlino 1887). Il libro dell'americano Silas Weir Mitchell (1829-1914), neurologo e fisiologo, nonché romanziere e poeta, era uscito in edizione originale col titolo *Fat and Blood, and How to Make Them*, nel 1877, ed ebbe, tra le altre, anche una traduzione italiana.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Recensione a "La nevrastenia acuta" di H. Averbeck

Quanto la cosiddetta preparazione clinica che si consegue nei nostri ospedali sia insufficiente alle esigenze del medico pratico, risulta forse nel modo piú impressionante dall'esempio della "nevrastenia", quella condizione patologica del sistema nervoso che si può tranquillamente considerare la piú frequente malattia della nostra società: nei malati delle classi sociali piú elevate essa complica e rende piú gravi quasi tutti gli altri quadri patologici, ed è ancora ignota a molti medici scientificamente ben preparati o viene da essi considerata soltanto come una denominazione moderna dal contenuto composito e arbitrario. La nevrastenia – non un quadro clinico nel senso dei manuali fondati troppo esclusivamente sull'anatomia patologica, ma da considerarsi piuttosto come una forma reattiva del sistema nervoso – merita da parte dei medici che hanno un'attività scientifica un'attenzione generale non minore di quella che ha già riscosso presso i medici terapeuti, direttori di ospedali, ecc. Perciò questo breve scritto, con le sue eccellenti, benché intenzionalmente concise descrizioni, e le sue proposte e osservazioni che toccano molti aspetti sociali, merita di essere raccomandato a una piú ampia cerchia di lettori. Esso, come l'autore ritiene, non otterrà sempre il consenso dei colleghi, anche se ne risveglierà ovunque l'interesse. L'osservazione sul servizio militare obbligatorio come cura contro i danni della vita civile, la proposta di rendere possibile ai lavoratori dei ceti medi un periodico riposo a spese dello Stato in periodi di buona salute, si prestano a molte obiezioni; si deve però ammettere che in questo libretto sono affrontati in modo ingegnoso temi importanti della professione medica.

DR. SIGM. FREUD

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Recensione alla traduzione di "Grasso e sangue" di S. W. Mitchell

Il metodo terapeutico dell'originale medico di Filadelfia Weir Mitchell, specialista di malattie nervose, che è riuscito a vincere forme gravi e durature di esaurimento nervoso mediante una combinazione di riposo, isolamento, ipernutrizione, massaggi e cure elettriche accuratamente regolate, è stato raccomandato in Germania dapprima da Burkart, e l'anno scorso ha trovato pieno riconoscimento in una conferenza di Leyden. Lo stesso Leyden ha anche curato la traduzione del breve scritto sopra menzionato, il quale contiene utilissimi consigli per la scelta dei casi che si prestano al trattamento in questione, e interessanti osservazioni sull'effetto curativo dei singoli elementi che compongono la terapia di Mitchell; e arrecherà un ampliamento nelle conoscenze di ogni medico. Forse nella traduzione ci si è attenuti troppo strettamente all'originaria struttura inglese delle formulazioni: i termini "isteria" e "isterico" per lo piú vengono usati nel senso corrente, non nel senso scientifico di questa parola cosí male impiegata.

DR. SIGM. FREUD

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ISTERIA

1888

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

Nelle lettere a Fliess del 28 maggio e del 29 agosto 1888 Freud accenna a una sua collaborazione al "Handwörterbuch der gesamten Medizin" (Dizionario medico) che si stava pubblicando sotto la direzione di A. Villaret.

Poiché gli articoli del detto Dizionario non sono firmati, è difficile stabilire con certezza quali articoli possano essere opera di Freud. Nella seconda delle lettere citate Freud accenna a una voce sulla anatomia del cervello che avrebbe subíto da parte del curatore numerosi tagli. Nella *Autobiografia* del 1924 Freud parla anche della voce "Afasia". I curatori dell'epistolario con Fliess (Marie Bonaparte, Anna Freud e Ernst Kris) ritengono che possano con una certa probabilità essere attribuiti a Freud gli articoli sull'isteria, sulle paralisi infantili e forse pure quello sulla paralisi (mentre escludono che possa essergli attribuito l'articolo sulla nevrastenia).

In modo specifico l'articolo sull'isteria — *Hysterie*, in "Handwörterbuch der gesamten Medizin", a cura di A. Villaret (2 voll., Stoccarda 1888-91) vol. 1 (1888) pp. 886-92; ripubblicato nella rivista "Psyche" di Stoccarda, vol. 7 (9), 486-500 (1953) — è sicuramente opera di Freud: perché rispecchia con grande precisione i punti di vista di Charcot che Freud difendeva in quell'epoca vigorosamente, perché contiene la tesi del differente rapporto delle paralisi isteriche e di quelle organiche con la struttura del sistema nervoso centrale (tesi che verrà sviluppata nell'articolo *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche*, scritto per la maggior parte da Freud nello stesso 1888, ma ultimato solo nel 1893), e infine perché fa riferimento alla terapia catartica di Breuer, su cui a quell'epoca (e fino al 1893) nulla era stato pubblicato, mentre Freud, per i suoi rapporti con Breuer, ne era già informato.

In appendice a questo articolo, ne pubblichiamo un altro — *Hysteroepilepsie*, in "Handwörterbuch" cit., vol. 1, p. 892; mai ripubblicato - la cui attribuzione è meno sicura, eccetto forse che per la nota a piè di pagina.

Le traduzioni sono di Laura Schwarz.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ISTERIA [tedesco: *Hysterie*, f.] (ὑστέρα, utero); francese: *hystérie*, f.; inglese: *hysterics* [sic]; italiano: *isteria*, f., *isterismo*, m.

1. *Storia*

Il termine "isteria" risale ai tempi piú antichi della medicina, ed è un derivato del pregiudizio, superato soltanto ai nostri giorni, che collega la nevrosi a malattie dell'apparato genitale femminile. Nel medioevo la nevrosi ha avuto una parte importante nella storia della civiltà, assumendo forme epidemiche in virtú di un contagio psichico; essa era alla radice degli elementi di realtà sussistenti nelle storie di ossessi e di stregoneria. Documenti di quell'epoca dimostrano che la sua sintomatologia non ha subíto mutamenti sino ad oggi. Una [giusta] valutazione e una migliore comprensione della malattia hanno inizio soltanto con gli studi di Charcot e della scuola della Salpêtrière, che a lui s'ispira. Fino ad allora l'isteria era rimasta la bestia nera della medicina: i poveri isterici, che nei secoli precedenti venivano bruciati o esorcizzati come ossessi, nella nostra epoca illuminata soggiacevano soltanto alla maledizione del ridicolo: il loro stato veniva considerato frutto di simulazione e di esagerazione, indegno dell'osservazione clinica.

L'isteria è una nevrosi nel piú stretto senso del termine; non soltanto, cioè, in questa malattia non si è riscontrata alcuna alterazione percepibile del sistema nervoso, ma neppure ci si deve aspettare che tali alterazioni possano essere dimostrate grazie a un raffinamento delle tecniche anatomiche. L'isteria si fonda esclusivamente su modificazioni fisiologiche del sistema nervoso, e se ne dovrebbe definire l'essenza con una formula che tenesse conto delle condizioni di eccitabilità nelle diverse parti del sistema nervoso stesso. Ma finora non si è trovata una formula fisiopatologica di questo genere, e bisogna quindi nel frattempo limitarsi a definire la nevrosi in senso pura-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mente nosografico mediante l'insieme dei sintomi che in essa ricorrono, cosí come, ad esempio, si caratterizza il morbo di Basedow attraverso un gruppo di sintomi: esoftalmo, struma, tremori, accelerazione del polso e alterazioni fisiche, prescindendo da un piú stretto rapporto fra questi fenomeni.

2. *Definizione*

Gli autori tedeschi e inglesi sogliono tuttora servirsi dei termini "isteria" e "isterico" arbitrariamente, mettendo in un sol fascio l'isteria con gli stati nevrotici generali, con la nevrastenia, con molti stati psicotici e con molte nevrosi non ancora estratte dal caos delle malattie nervose. Charcot, invece, ritiene fermamente che l'"isteria" sia una sindrome chiaramente circoscritta e ben definita, riconoscibile nel modo piú chiaro nei casi estremi, quelli della cosiddetta *grande hystérie* (o isteroepilessia).[1] L'isteria copre inoltre una gamma di forme piú lievi e rudimentali che dal tipo estremo della *grande hystérie* procedono gradualmente verso la normalità; essa si differenzia radicalmente dalla nevrastenia e anzi, in senso stretto, è proprio il suo contrario.

3. *Sintomatologia*

La sintomatologia estremamente ricca, ma per nulla caotica, della "grande isteria" comprende una serie di sintomi, fra i quali:

1) *Accessi convulsivi.* Questi sono preceduti da una particolare "aura": senso di pressione all'epigastrio, di costrizione alla gola, pulsazioni alle tempie, fischi nelle orecchie, o da alcuni di questi complessi di sensazioni. Queste cosiddette sensazioni di "aura" possono anche comparire da sole negli isterici, o costituire di per sé sole un attacco. È particolarmente noto il *bolo isterico*, una sensazione attribuibile a spasmi della faringe, che dà l'impressione di una palla che dall'epigastrio salga su in gola. Un attacco vero e proprio, se è completo, comprende tre fasi.[2] La prima, la fase "epilettoide", assomiglia a un normale accesso epilettico, e a volte a un accesso di epilessia monolaterale. La seconda, la fase dei *grands mouvements*, com-

[1] [Vedi anche la nota a p. 61.]

[2] [Charcot, di solito, distingue quattro fasi. Vedi oltre, ad esempio, *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 184. Ma la quarta fase (il "delirio terminale") non è sempre definita con altrettale chiarezza delle precedenti, e tavolta è omessa.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

prende movimenti ampi, come i cosiddetti spasmi "a *salaam*", le posizioni ad arco (*arc de cercle*), contorsioni, e via dicendo. In tali movimenti si sviluppa una forza che è a volte paurosamente grande. Per distinguere questi movimenti da un accesso epilettico, bisogna osservare che i movimenti isterici vengono condotti sempre con un'eleganza e una coordinazione che stanno in stridente contrasto con la goffaggine e la brutalità degli accessi epilettici. Inoltre, anche nelle convulsioni isteriche piú violente vengono per lo piú evitate lesioni gravi. La terza fase, quella "allucinatoria" dell'attacco isterico, delle *attitudes passionelles* [atteggiamenti passionali], si manifesta con atteggiamenti e movimenti caratteristici di scene appassionate e movimentate, allucinate dal paziente, che spesso accompagna le sue mosse con le parole corrispondenti. Nel corso di tutto l'attacco la coscienza può essere mantenuta, ma per lo piú va smarrita. Attacchi del tipo sopra descritto possono spesso raggrupparsi in una serie, cosí che un attacco, nel suo complesso, può durare parecchie ore o anche giorni. Contrariamente a quanto avviene nella epilessia, l'aumento della temperatura è trascurabile. Ogni fase dell'attacco e ogni singolo frammento di una fase possono anche comparire isolatamente e rappresentare essi stessi un attacco, nei casi rudimentali. Naturalmente, tali attacchi abbreviati si riscontrano con molta maggior frequenza che non quelli completi. Di particolare interesse sono quegli attacchi isterici che in luogo delle tre fasi presentano un coma apoplettiforme, i cosiddetti *attaques de sommeil* [accessi di sonno]. Questo coma può assomigliare a un sonno naturale, ma può anche essere accompagnato da una tale riduzione della respirazione e della circolazione da venir preso per la morte. Vi sono casi comprovati in cui una condizione del genere è durata per settimane o mesi; in questo stato di sonno prolungato la nutrizione corporea diminuisce gradualmente, ma non c'è pericolo di vita.

Il sintomo dell'attacco, cosí caratteristico, manca in circa un terzo dei casi d'isteria.

2) *Zone isterogene*. Sono strettamente connesse con gli attacchi le cosiddette "zone isterogene", cioè parti ipersensibili del corpo nelle quali una lieve stimolazione può scatenare un attacco la cui aura spesso inizia con una sensazione proveniente da quella determinata zona. Queste zone possono essere localizzate nella cute, nelle parti profonde, nelle ossa, nelle mucose, o anche negli organi di senso; si trovano piú spesso nel tronco che nelle estremità, e mostrano una

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

predilezione per certe parti del corpo; per esempio, nelle donne (e anche negli uomini), per una zona della parete addominale corrispondente alle ovaie, per il vertice del capo, per l'epigastrio, e negli uomini per i testicoli e il cordone spermatico. Spesso la pressione in queste zone scatena non l'attacco, ma le sensazioni di aura. Da molte di queste zone isterogene si può anche esercitare un effetto inibitorio sull'accesso convulsivo: una forte pressione sulla zona delle ovaie può ad esempio distogliere molti malati da un attacco isterico, o anche dal sonno isterico. In tali pazienti si può anche evitare la minaccia di un attacco facendoli portare una fascia, simile a un cinto erniario, con un cuscinetto che preme sull'area ovarica. Le zone isterogene sono a volte numerose, a volte poche, e possono essere mono o bilaterali.

3) *Disturbi della sensibilità*. Sono i segni piú frequenti della nevrosi, e i piú importanti dal punto di vista diagnostico. Persistono anche durante i periodi di remissione e sono tanto piú importanti in quanto, nella sintomatologia delle lesioni cerebrali organiche, i disturbi della sensibilità hanno una parte relativamente secondaria. Consistono nell'*anestesia* o nell'*iperestesia*, e presentano una gamma di variazioni nell'estensione e nell'intensità che non si raggiunge in alcun'altra malattia organica. L'anestesia può colpire la cute, le mucose, le ossa, i muscoli e i nervi, gli organi di senso e l'intestino; la piú frequente però è l'anestesia della cute. Nell'*anestesia isterica della cute* tutte le varie forme di sensazioni cutanee possono venir dissociate comportandosi indipendentemente l'una dall'altra. L'anestesia può essere totale, o coinvolgere solo le sensazioni dolorose (analgesia, la forma piú frequente), oppure solo la sensibilità termica, le sensazioni di pressione, elettriche, o muscolari. Una sola possibilità non si riscontra mai nell'isteria: una menomazione della sensibilità tattile, con percezione intatta delle altre qualità. Può invece accadere che sensazioni puramente tattili diano luogo a impressioni dolorose (*alfalgesia*). L'analgesia isterica è spesso cosí marcata che anche la piú violenta faradizzazione delle radici nervose non provoca alcuna reazione sensoriale. Per quanto riguarda l'estensione, l'anestesia può essere totale; in rari casi essa può coinvolgere tutta la superficie cutanea e la maggior parte degli organi di senso; piú spesso però si riscontra una *emianestesia*, simile a quella che compare in seguito a lesioni endocraniche: questa forma si distingue però dalle emianestesie dovute a cause organiche per il fatto che di

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

solito in qualche punto oltrepassa la linea mediana, includendo ad esempio tutta la lingua, la laringe o i genitali, e che colpisce gli occhi non sotto forma di emianopsia, ma di ambliopia o di amaurosi di un solo occhio. Inoltre, l'emianestesia isterica ha maggior libertà nella distribuzione delle zone colpite: può accadere che un organo di senso o un organo della parte anestetica sia del tutto esente dall'anestesia, e ogni zona sensibile nel quadro dell'emianestesia può essere sostituita dalla zona a essa simmetrica della parte opposta del corpo ([in francese:] *transfert* spontaneo, vedi sotto [p. 51]). Infine, l'anestesia isterica può manifestarsi in punti focali dispersi, mono- o bilateralmente, o solo in certe parti, può colpire monoplegicamente le estremità, oppure certe zone di organi interni ammalati (faringe, stomaco, ecc.).

In tutti questi aspetti l'anestesia può essere sostituita dall'iperestesia. Nell'anestesia isterica, i riflessi sensori sono di regola attutiti, ad esempio quello congiuntivale, quello starnutatorio e quello faringeo. Ma i riflessi corneali e glottidei, che hanno importanza vitale, permangono integri. I riflessi vasomotori e la dilatazione pupillare per stimolazione della cute non scompaiono neppure in caso di anestesia molto pronunciata. L'anestesia isterica è sempre un sintomo di cui il medico deve andare accuratamente alla ricerca, perché, anche se ha estensione e intensità massima, essa sfugge di solito del tutto alla percezione del malato. A differenza da quanto avviene nelle anestesie organiche, va sottolineato che i disturbi isterici della sensibilità di solito non ostacolano alcuna attività motoria del paziente. Spesso, le zone cutanee colpite da anestesia isterica sono caratterizzate da ischemia e non sanguinano in seguito a puntura; questo, però, è soltanto una complicazione, non una condizione necessaria dell'anestesia. È possibile separare artificialmente i due fenomeni. Fra anestesia e zone isterogene c'è spesso una relazione reciproca, come se la sensibilità di una grande porzione del corpo fosse tutta compresa in una sola zona. I disturbi della sensibilità sono i sintomi su cui si può fondare la diagnosi di isteria anche nelle forme piú rudimentali. Nel medioevo la scoperta di zone anestetizzate e che non sanguinavano (*stigmata Diaboli*) veniva considerata come prova di stregoneria.

4) *Disturbi dell'attività sensoriale.* Possono coinvolgere tutti gli organi di senso, e comparire assieme o indipendentemente dalle alterazioni della sensibilità cutanea. I disturbi visivi isterici consistono nell'amaurosi unilaterale o nell'ambliopia unilaterale, o bilaterale,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mai però nella emianopsia. I sintomi sono: reazione normale all'esame dello specchio, sospensione del riflesso congiuntivale (indebolimento del riflesso corneale), restringimento concentrico del campo visivo, diminuzione della percezione della luce, e acromatopsia. Nell'acromatopsia scompare per prima la percezione del violetto, mentre quella del rosso e dell'azzurro persistono piú a lungo di tutte. Questo fenomeno non rientra in una teoria sulla cecità ai colori, e le singole sensazioni cromatiche si comportano indipendentemente l'una dall'altra. Frequenti i disturbi dell'accomodazione, da cui si possono trarre deduzioni errate. Gli oggetti che si avvicinano all'occhio o se ne allontanano sono visti in grandezza diversa, doppia o multipla (diplopia monoculare con macropsia e micropsia).

La sordità isterica è raramente bilaterale, per lo piú soltanto parziale, e collegata ad anestesia del padiglione auricolare, e anche della membrana timpanica. Anche nei casi in cui ci sono disturbi del gusto e dell'olfatto, si può di regola riscontrare un'anestesia della cute o delle mucose appartenenti a quegli organi di senso. Frequenti negli isterici le parestesie e le iperestesie degli organi di senso inferiori; a volte si riscontra un'attività sensoriale eccezionalmente acuita, soprattutto dell'olfatto e dell'udito.

5) *Paralisi.* Le paralisi isteriche sono piú rare delle anestesie, e quasi sempre sono accompagnate da anestesia della parte paralizzata, mentre nelle affezioni organiche i disturbi della motilità sono predominanti e insorgono indipendentemente dall'anestesia. La paralisi isterica non tiene in alcun conto la struttura anatomica del sistema nervoso che, come è noto, si rivela invece nel modo piú inequivocabile dalla distribuzione delle paralisi organiche.[1] Soprattutto, non vi è alcuna paralisi isterica equiparabile a una paralisi periferica del facciale, del radiale e del serrato, che comprenda cioè gruppi di muscoli o muscoli e porzioni di cute combinati in modo da avere un'innervazione anatomica comune. Le paralisi isteriche sono comparabili solo alle paralisi corticali, ma si distinguono da queste per una serie di segni: esiste cioè un'emiplegia isterica, che coinvolge però solo il braccio e la gamba omolaterali; non esiste tuttavia una paralisi isterica facciale; al massimo, accanto alla paralisi delle estremità si può riscontrare uno spasmo dei muscoli facciali e della lingua, a volte situato dalla stessa parte della paralisi, a volte dalla parte op-

[1] [Questa sezione corrisponde all'argomento principale del saggio *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche* (1893), scritto per la maggior parte negli stessi mesi del 1888.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

posta, e contrassegnato, fra l'altro, da un'eccessiva deflessione della lingua. Un altro carattere che contraddistingue l'emiplegia isterica è il fatto che la gamba paralizzata non si muove con un'oscillazione circolare dell'anca, ma viene trascinata come un'appendice morta. L'emiplegia isterica è sempre collegata con un'emianestesia, solitamente piuttosto pronunciata. Inoltre, nell'isteria troviamo spesso la paralisi solo di un braccio o di una gamba, o di entrambe le gambe (paraplegia). In quest'ultimo caso, accanto all'anestesia, si può riscontrare una paralisi dell'intestino o della vescica, il che rende il quadro molto simile a quello della paraplegia spinale. La paralisi può anche colpire solo determinati settori di una estremità, invece di coinvolgerla tutta: la mano, la spalla, il gomito ecc. Qui non si riscontra alcuna preferenza per le parti terminali, mentre è caratteristico della paralisi organica il fatto di colpire sempre in modo piú pronunciato le zone distali che quelle prossimali di una estremità. Nel caso della paralisi parziale di un arto, l'anestesia di solito mantiene gli stessi limiti della paralisi, ed è delimitata da linee perpendicolari all'asse longitudinale dell'arto. Nella paralisi isterica delle gambe, sfugge all'anestesia il triangolo di cute compreso fra i muscoli glutei, e corrispondente all'osso sacro. In tutte queste paralisi è assente il fenomeno della degenerazione progressiva, per quanto a lungo possa durare la paralisi stessa; spesso, c'è una spiccata flaccidità muscolare, e il comportamento dei riflessi è incostante; d'altronde, le estremità paralizzate possono atrofizzarsi, e in effetti subiscono un'atrofia assai rapida, che poi cessa molto rapidamente e non è accompagnata da alcuna alterazione dell'eccitabilità elettrica. Alla paralisi degli arti va aggiunta l'afasia isterica, o meglio il mutismo isterico, consistente nell'incapacità di emettere un qualsiasi suono articolato o di compiere movimenti simili a quelli che si compiono per parlare senza voce. È sempre accompagnata dall'*afonia*, che compare anche da sola; in tali casi, la capacità di scrivere è conservata, o anche aumentata. Le altre paralisi motorie dell'isteria non si possono correlare a zone somatiche ma solo a funzioni: ad esempio l'astasia e l'abasia (incapacità di stare in piedi e di camminare), che si verificano quando le gambe conservano la sensibilità e la loro forza complessiva, e la capacità di eseguire qualunque movimento in posizione orizzontale: tale separazione nelle funzioni degli stessi muscoli non si riscontra mai nelle lesioni organiche. Tutte le paralisi isteriche sono cantraddistinte dal fatto che possono raggiungere la massima intensità ed essere al tempo stesso limitate a una determi-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nata zona, mentre le paralisi organiche di solito, con l'aumentare dell'intensità, si estendono anche a una piú vasta zona del corpo.

6) *Contratture*. Nelle forme gravi d'isteria c'è una tendenza generale della muscolatura a rispondere a lievi stimolazioni con contratture (*diathèse de contracture*). A provocarle, può bastare la sola applicazione di una fascia di Esmarch. Contratture di questo genere compaiono spesso anche in casi meno gravi e nei piú svariati muscoli. Nelle estremità sono caratterizzate dall'altezza eccessiva, e possono verificarsi in qualunque posizione, non spiegabile con la stimolazione di particolari radici nervose. Sono particolarmente ostinate, non si rilassano durante il sonno, come avviene per le contratture organiche, e la loro intensità non varia con l'eccitamento, la temperatura, e simili. Scompaiono soltanto sotto profonda narcosi, per ricomparire poi in pieno al risveglio. Le contratture muscolari sono assai frequenti negli altri organi, negli organi di senso e nell'intestino, e in alcuni casi costituiscono inoltre il meccanismo che impedisce la funzione nella paralisi. Anche la tendenza agli spasmi clonici è assai accentuata nell'isteria.

7) *Caratteristiche generali*. La sintomatologia isterica ha un certo numero di caratteristiche generali la cui conoscenza è importante sia per la diagnosi sia per la comprensione dell'isteria stessa. Le manifestazioni isteriche sono di preferenza caratterizzate dal fatto di essere eccessive: il dolore isterico è descritto dal malato come estremamente violento, un'anestesia e una paralisi possono facilmente divenire assolute, una contrattura isterica provoca la massima contrazione di cui è capace un muscolo. D'altra parte, però, ogni singolo sintomo può presentarsi, per cosí dire, isolato: le anestesie e le paralisi non sono accompagnate dai fenomeni generali che, nelle lesioni organiche, testimoniano un'affezione cerebrale, e che, di solito, per la loro importanza, eclissano i sintomi locali. Accanto a una zona cutanea totalmente insensibile, se ne trova una dalla sensibilità assolutamente normale; accanto a un braccio totalmente paralizzato, si trova una gamba assolutamente intatta dalla stessa parte del corpo. *È caratteristico dell'isteria il fatto che un disturbo possa essere al tempo stesso estremamente intenso e molto nettamente delimitato.* Inoltre, i sintomi isterici sono mobili, in un modo che fa escludere immediatamente ogni sospetto di lesione organica. Questa mobilità dei sintomi può manifestarsi spontaneamente, come dopo gli accessi convulsivi, che spesso mutano la distribuzione delle paralisi e delle anestesie o le fanno cessare, o essere provocata artificialmente con i

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cosiddetti mezzi estesiogeni: l'elettricità, l'applicazione di metalli, l'impiego di sostanze irritanti per la cute, di magneti, e via dicendo. Quest'ultimo metodo appare tanto piú notevole in quanto il sistema nervoso di un isterico oppone di solito grande resistenza ai tentativi di influenzarlo chimicamente mediante farmaci somministrati per via interna, e reagisce in modo nettamente perverso a narcotici quali la morfina e l'idrato di cloralio.

Fra i mezzi che possono far scomparire i sintomi isterici, vanno messi particolarmente in risalto l'influsso dell'eccitazione emotiva e della suggestione ipnotica, quest'ultima perché punta direttamente sul meccanismo di un disturbo isterico, e non la si può sospettare di produrre effetti che non siano psichici. Quando avviene uno spostamento, si manifestano alcune circostanze caratteristiche: grazie a mezzi "estesiogeni", è possibile trasferire un'anestesia, una paralisi, una contrattura, un tremore e via dicendo sulla parte simmetrica dell'altra metà del corpo (*transfert*), mentre l'area originariamente colpita ritorna normale. Si evidenzia cosí nell'isteria quella relazione simmetrica che del resto compare in forma appena accennata anche nelle condizioni fisiologiche, dato che, in generale, la nevrosi non crea alcunché di nuovo, limitandosi a sviluppare, accentuando esageratamente, reazioni fisiologiche. Un'ulteriore e importantissima caratteristica delle affezioni isteriche è il fatto che esse non rispecchiano per nulla le condizioni anatomiche del sistema nervoso. Si potrebbe dire che l'isteria ignora del tutto la struttura del sistema nervoso, come accadeva a noi prima che l'avessimo studiata.[1] I sintomi delle affezioni organiche rispecchiano invece notoriamente l'anatomia degli organi centrali, e costituiscono la fonte piú attendibile delle nostre conoscenze su di essi. Dobbiamo quindi abbandonare l'idea che alla radice dell'isteria vi sia una qualche possibile affezione organica, né dobbiamo appellarci a elementi vasomotori (spasmi vascolari) come alla causa dei disturbi isterici: uno spasmo vascolare è, per sua natura, un'alterazione organica, il cui effetto è determinato da condizioni anatomiche, e si differenzia, ad esempio da un'embolia, solo per il fatto che non provoca un'alterazione *permanente*.

Accanto ai sintomi somatici, nell'isteria si possono osservare una serie di disturbi psichici, nei quali certamente si troveranno in fu-

[1] [Analoga espressione si ritrova nel terzo paragrafo del saggio citato nella nota precedente.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

turo le alterazioni caratteristiche dell'isteria, ma di cui fino ad oggi si è appena iniziata l'analisi. Si riscontrano alterazioni nel corso e nell'associazione delle idee, inibizioni dell'attività volitiva, intensificazione e soppressione di sentimenti, eccetera: tutte queste alterazioni si possono sintetizzare come *alterazioni della distribuzione normale della quantità stabile di eccitamento nel sistema nervoso.* Una psicosi nel senso psichiatrico del termine non rientra nel quadro dell'isteria, ma può svilupparsi sulla base di uno stato isterico e, in questo caso, va considerata come una sua complicazione. Quello che si definisce comunemente come temperamento isterico, cioè l'instabilità del volere, l'umore mutevole, l'accentuata eccitabilità, con diminuzione di tutti i sentimenti altruistici, può essere presente nell'isteria, ma non è un elemento strettamente necessario per la diagnosi. Vi sono casi gravi d'isteria in cui manca del tutto un'alterazione psichica di questo genere; molti malati di questa categoria sono fra le persone piú amabili, dalla volontà piú salda e dalle idee piú chiare, e percepiscono chiaramente le proprie manifestazioni morbose come un alcunché di estraneo alla loro natura. I sintomi psichici hanno una certa importanza nel quadro generale dell'isteria, ma non sono piú costanti di ogni singolo sintomo fisico, cioè delle stigmate. Invece le alterazioni psichiche che si devono postulare a fondamento dello stato isterico si svolgono interamente nell'ambito dell'attività cerebrale inconscia, automatica. Si deve forse insistere ulteriormente sul fatto che nell'isteria (come in tutte le nevrosi) è accentuato l'influsso dei processi psichici su quelli somatici, e che nell'isterico c'è un sovrappiú di eccitamento nel sistema nervoso, che a volte si manifesta con effetto inibitorio, altre volte con effetto eccitante, spostandosi con gran facilità.[1]

L'isteria va considerata come uno *status*, una diatesi nevrotica, che produce di quando in quando degli accessi. L'etiologia dello *status istericus* va cercata esclusivamente nell'eredità: gli isterici sono sempre ereditariamente predisposti a disturbi dell'attività nervosa, e fra i loro parenti si trovano epilettici, psicotici, tabetici, e via dicendo. Si può riscontrare anche una trasmissione ereditaria diretta dell'isteria; è questa, ad esempio, la causa dell'isteria nei figli maschi, che la ricevono dalla madre. Rispetto al fattore ereditario, tutti gli altri

[1] [L'importanza della distribuzione dell'eccitamento nel sistema nervoso è concezione frequente nelle opere di Freud di questi anni (vedi ad esempio lo scritto qui successivo, pp. 77 sg.). Il sovrappiú di eccitamento che ha un effetto inibitore o eccitante fa presagire il "principio di costanza".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

fattori passano in secondo piano, assumendo la parte di cause occasionali, la cui importanza è di solito sopravvalutata nella prassi.[1] Le cause accidentali sono tuttavia importanti nel senso che scatenano gli attacchi isterici, l'isteria acuta. Tra i fattori atti a favorire lo sviluppo di una predisposizione isterica si possono enumerare: un atteggiamento troppo indulgente durante l'infanzia (isteria nei figli unici), la stimolazione prematura dell'attività intellettuale nei fanciulli, le eccitazioni frequenti e violente. Tutti questi influssi hanno altrettanta probabilità di favorire nevrosi di altro genere, ad esempio la nevrastenia, e ciò dimostra quindi chiaramente l'influsso della disposizione ereditaria. Fra i fattori che possono produrre lo scatenarsi di un'isteria acuta vanno ricordati i traumi, le intossicazioni (da piombo, da alcool), le preoccupazioni, le emozioni, le malattie debilitanti, in breve qualunque causa capace di provocare condizioni di grave deterioramento. Altre volte, uno stato isterico si sviluppa per cause banali od oscure. Per quanto riguarda la diffusa credenza che all'insorgenza dell'isteria contribuiscano in misura preponderante anormalità della sfera sessuale, bisogna dire che, di solito, la loro importanza è sopravvalutata. In primo luogo, l'isteria si riscontra anche in fanciulle e giovinetti ancora sessualmente immaturi, come, del resto, la nevrosi, con tutte le sue caratteristiche, si manifesta anche in pazienti maschi, sebbene con frequenza assai minore (1:20). In secondo luogo, l'isteria è stata riscontrata anche in donne totalmente prive di genitali, e ogni medico avrà riscontrato alcuni casi d'isteria in donne i cui genitali non manifestano alcuna alterazione anatomica, mentre, viceversa, la maggior parte delle donne affette da malattie degli organi genitali non soffrono d'isteria. Si deve però ammettere che situazioni collegate *funzionalmente* con la vita sessuale svolgono una parte importante nell'etiologia dell'isteria (come di tutte le altre nevrosi), e ciò a causa della grande importanza psichica di questa funzione, soprattutto per il sesso femminile.

Il trauma è una causa occasionale assai frequente di un'affezione isterica, per un doppio motivo; in primo luogo, in quanto un violento trauma somatico accompagnato da spavento e da momentanea perdita della coscienza può risvegliare una predisposizione isterica

[1] [Il passo è una citazione quasi letterale delle opinioni di Charcot (la sua tesi della *famille névropathique*, il ruolo di meri *agents provocateurs* degli altri fattori rispetto a quello ereditario, ecc.) che Freud avrebbe criticato pochi anni dopo: vedi sotto le sue *Note alla traduzione delle "Lezioni del martedì della Salpêtrière"* (1892-94) p. 160, e vedi inoltre gli scritti *Charcot* (1893) e *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

rimasta finora inosservata; in secondo luogo, in quanto la parte colpita dal trauma può divenire sede di un'isteria locale. Cosí, per esempio, nei soggetti isterici, dopo una caduta che abbia provocato una lieve contusione a una mano, può svilupparsi una contrattura della mano stessa, o, in circostanze analoghe, una dolorosa coxalgia, e via dicendo. È importantissimo che i chirurghi sappiano dell'esistenza di simili ostinate affezioni, perché, in tali circostanze, un intervento non può essere che dannoso. La diagnosi differenziale di questi stati non è sempre facile, specie quando si tratta delle articolazioni. Le situazioni provocate da gravi traumi generali (incidenti ferroviari e simili), note come *railway-spine* e *railway-brain*,[1] vengono assunte da Charcot sotto l'isteria, e su questo punto concordano gli autori americani, la cui autorità è incontestabile in questo campo. Tali stati hanno di solito l'aspetto piú grave e piú terribile, sono accompagnati da depressione e umore malinconico e, per lo meno in certi casi, presentano una combinazione di sintomi isterici con sintomi nevrastenici ed organici. Charcot ha anche dimostrato che l'encefalopatia saturnina è connessa con l'isteria, e che le anestesie tanto frequenti negli alcolizzati non costituiscono una malattia a sé, bensí sintomi isterici. Egli, però, si oppone alla suddivisione dell'isteria in varie sottospecie (traumatica, alcolica, saturnina ecc.), affermando che l'isteria è sempre la stessa, solo che può essere provocata da diverse cause occasionali. Anche nella sifilide di recente insorgenza si è riscontrata la comparsa di sintomi isterici.

4. *Decorso dell'isteria*

L'isteria rappresenta un'anomalia costituzionale, piuttosto che una malattia ben circoscritta. Per lo piú i suoi primi segni compaiono, probabilmente, nella prima giovinezza. E invero affezioni isteriche anche molto pronunciate non sono una cosa rara nei bambini fra i sei e i dieci anni. Nei ragazzi e nelle ragazze con un'intensa predisposizione isterica, il periodo precedente e susseguente alla pubertà provoca di solito una prima insorgenza della nevrosi. Nell'isteria infantile si riscontrano gli stessi sintomi della nevrosi negli adulti. Di solito, però, le stigmate sono piuttosto rare e prevalgono le alterazioni psichiche, gli spasmi, gli accessi, le contratture. I bambini isterici sono assai spesso precoci e molto dotati; in parecchi casi, a

[1] [Per questi termini inglesi vedi p. 11, n. 2.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

dire il vero, l'isteria non è che un sintomo di una profonda degenerazione del sistema nervoso, che si manifesta in una perversione morale permanente. Com'è noto, l'età giovanile, dai quindici anni in poi, è l'epoca in cui per lo piú si manifesta attivamente la nevrosi isterica nelle donne. Ciò può avvenire con un'ininterrotta successione di disturbi lievi (isteria *cronica*), oppure con l'insorgere di uno o piú attacchi gravi (isteria *acuta*), separati da intervalli liberi che durano anche anni. I primi anni di un matrimonio felice provocano di solito un'interruzione della malattia; poi, quando i rapporti coniugali si raffreddano e i ripetuti parti provocano uno stato di esaurimento, la nevrosi ricompare. Dopo i quarant'anni essa di solito, nelle donne, non produce fenomeni nuovi, possono però sussistere i vecchi sintomi, e cause violente possono intensificare la malattia anche in età avanzata. I maschi in età immatura sembrano particolarmente suscettibili all'isteria dovuta a traumi e intossicazioni. L'*isteria negli uomini* ha l'aspetto di una malattia grave; i suoi sintomi sono di regola ostinati; la malattia ha una maggiore importanza pratica, in quanto, negli uomini, provoca un'interruzione del lavoro.

Il decorso dei singoli sintomi isterici (contratture, paralisi ecc.) ha aspetti molto caratteristici. In alcuni casi, i singoli sintomi scompaiono spontaneamente prestissimo, per dar luogo ad altri sintomi, ugualmente transitori; in altri casi, tutti i sintomi sono dominati da grande rigidità. Le contratture e le paralisi durano spesso per anni, per poi scomparire inaspettatamente all'improvviso. In generale, non c'è alcun limite alla guaribilità dei sintomi isterici, ed è caratteristico che, dopo un'interruzione di anni, la funzione disturbata può improvvisamente ritornare alla sua piena efficienza. D'altro canto, lo sviluppo di un disturbo isterico esige spesso un periodo d'incubazione, o meglio di latenza, durante il quale la causa provocante continua a operare nell'inconscio. Cosí, una paralisi isterica non insorge quasi mai immediatamente dopo un trauma; tutti coloro che cadono vittima di un incidente ferroviario sono per esempio in grado di rialzarsi dopo il trauma, di recarsi a casa apparentemente illesi, e solo dopo alcuni giorni o settimane si sviluppano i fenomeni che inducono alla diagnosi di una "commozione midollare". Cosí, anche la guarigione improvvisa avviene di solito dopo un periodo di preparazione che dura parecchi giorni. In ogni caso, si può affermare che l'isteria non comporta mai, neppure nelle sue manifestazioni piú minacciose, un serio pericolo di vita. Inoltre, permane una piena lu-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cidità mentale e la capacità di prestazioni anche eccezionali in tutte le forme di isteria, comprese quelle piú prolungate.[1]

L'isteria può combinarsi con molte altre malattie nervose, nevrotiche od organiche, e l'analisi di questi casi comporta grandi difficoltà. Il piú frequente è la combinazione dell'isteria con la nevrastenia, che si produce quando persone la cui disposizione isterica si è quasi esaurita divengono nevrasteniche, oppure quando, a seguito di esperienze logoranti, si manifestano contemporaneamente entrambe le nevrosi. Purtroppo, la maggior parte dei medici non ha ancora imparato a distinguere fra loro i due tipi di nevrosi. Questa combinazione si riscontra per lo piú negli isterici di sesso maschile. Il sistema nervoso dell'uomo ha una predisposizione alla nevrastenia, quello della donna all'isteria. Inoltre, anche la frequenza dell'isteria nelle donne è sopravvalutata: la maggior parte delle donne che i medici temono essere isteriche sono in senso stretto solamente nevrasteniche. Inoltre l'"isteria locale" può accompagnarsi a un'affezione locale di certi organi: un'articolazione veramente fungoide può divenire sede di un'artralgia isterica, uno stomaco con affezione catarrale può dar luogo a vomito isterico, al bolo isterico e ad anestesia o iperestesia della cute dell'epigastrio. In questi casi, un'affezione organica diviene la causa accidentale della nevrosi. Le malattie febbrili di solito interrompono lo sviluppo di una nevrosi isterica; un'emianestesia isterica recede con la febbre.

5. *La terapia della nevrosi*

È quasi impossibile trattare in succinto di questo argomento. In nessun'altra malattia il medico può compiere tali miracoli o restare altrettanto impotente. Dal punto di vista della terapia, bisogna distinguere tre compiti: il trattamento della disposizione isterica, degli attacchi isterici (*isteria acuta*) e dei singoli sintomi isterici (*isteria locale*). Nel trattamento della disposizione isterica, al medico è concesso un certo raggio d'azione: la disposizione non si può eliminare, ma si possono prendere misure profilattiche, provvedendo a che l'esercizio fisico e le norme igieniche non siano troppo trascurati a causa dell'attività intellettuale; si può consigliare di non sovraccaricare il sistema nervoso, si possono curare l'anemia o la clorosi, che sembrano particolarmente favorire la tendenza alla nevrosi; e, infine,

[1] [Freud sviluppa questa sua concezione, contraria alle vedute di Janet, nel caso di Emmy von N. degli *Studi sull'isteria* (1892-95), qui oltre p. 261.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

si può sminuire l'importanza dei sintomi isterici piú lievi. Ci si deve guardare, in quanto medici, dal dimostrare un interesse troppo vivo per i sintomi isterici lievi, contribuendo cosí a farli aumentare. Il vero lavoro intellettuale, anche se stremante, raramente provoca l'isteria, e invece si può muovere questa accusa all'atteggiamento educativo degli strati sociali superiori, tendente a raffinare i sentimenti e la sensibilità. In questo senso, non sbagliavano i medici delle vecchie generazioni che consideravano frutto di cattiva educazione o di volontà debole le manifestazioni isteriche, minacciando di punirle, anche se tali metodi erano fondati su concezioni errate. Nel trattamento delle nevrosi infantili si può ottenere di piú con proibizioni autoritarie che non con qualunque altro metodo. Certo, però, questa forma di trattamento non otterrà alcun successo se applicato a adulti isterici, o nei casi gravi. Nel trattamento delle isterie acute, in cui la nevrosi produce di continuo nuovi fenomeni, il compito del medico è assai difficile: è facile sbagliare, e i successi sono rari. La prima condizione per il successo dell'intervento è di solito l'allontanamento del paziente dal suo ambiente abituale, e il suo isolamento dalla cerchia in cui si è manifestato l'accesso. Queste misure non sono soltanto benefiche in sé stesse, ma rendono anche possibile un'attenta osservazione del paziente da parte del medico, che può concentrare l'interesse su di lui: senza di ciò, egli non potrà mai ottenere un successo nel trattamento dell'isteria. Di solito, l'isterico o l'isterica non sono l'unico membro nevrotico della cerchia familiare. Lo spavento e l'affettuosa partecipazione dei genitori o dei parenti non fa che accrescere l'eccitazione del malato, la tendenza a produrre sintomi piú intensi, se c'è in lui un'alterazione psichica. Se, per esempio, un attacco si è verificato piú volte di seguito a una determinata ora, la madre lo attenderà regolarmente allo stesso momento, e chiederà preoccupata al figlio se si sente già male, rendendo cosí sicura la comparsa del temuto evento. Solo in casi rarissimi si riesce a indurre i parenti a guardare con calma e apparente indifferenza gli attacchi isterici di un congiunto; per lo piú, l'ambiente familiare va sostituito con un ambiente ospedaliero, e i parenti oppongono a questo cambiamento piú resistenza che non gli stessi pazienti. Il cambiamento di ambiente, l'amorevole e serena sicurezza dei medici, che presto comunicano al paziente la convinzione che la nevrosi non costituisca un vero pericolo e che sia rapidamente guaribile, il fatto di essere lontano da ogni eccitazione emotiva che possa contribuire allo scatenarsi dell'isteria, l'impiego di mezzi rin-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

forzanti di ogni genere (massaggi, faradizzazione generale, idroterapia); tutti questi elementi contribuiscono a far sí che anche le isterie acute piú gravi, che avevano provocato nel malato un totale sconvolgimento fisico e morale, nel corso di pochi mesi recedano, per far posto alla salute. Negli ultimi anni, fra le terapie dell'isteria si è guadagnata, certamente a ragione, una gran rinomanza la cosiddetta "cura ingrassante" di Weir Mitchell (nota anche come cura di Playfair). Essa consiste nel tenere il paziente in isolamento e in assoluto riposo sottoponendolo sistematicamente a massaggi e faradizzazione generale;[1] sono essenziali sia l'assistenza continua di una esperta infermiera, sia l'influenza costante di un medico. Questa cura è estremamente utile nell'isteria, in quanto costituisce la felice combinazione di un *traitement moral* col miglioramento dello stato generale di nutrizione; essa però non va considerata come una cosa sistematica, in sé stessa compiuta; elementi principali rimangono l'isolamento e l'influenza del medico, e, fra i mezzi ausiliari, non vanno dimenticati, accanto ai massaggi e all'elettricità, anche altri espedienti terapeutici. Il sistema migliore consiste, dopo un riposo a letto di quattro-otto settimane, nell'impiego dell'*idroterapia* e della *ginnastica*, incoraggiando il paziente a far molto movimento. Nelle altre nevrosi, come ad esempio la nevrastenia, il successo della cura è molto meno sicuro, e poggia esclusivamente sul valore dell'ipernutrizione, nella misura in cui questa può riuscire con l'apparato digerente di un nevrastenico, e del riposo; nell'isteria, invece, il successo è spesso miracoloso e duraturo.

Il trattamento dei singoli sintomi isterici non offre alcuna speranza di successo fin quando permane un'isteria acuta; i sintomi eliminati ritornano, o sono sostituiti da altri nuovi, e sia il medico, sia il paziente, finiscono per stancarsi. La cosa è però diversa se i sintomi isterici rappresentano i resti di un'isteria acuta pregressa, oppure compaiono in un'isteria cronica, in virtú di qualche causa particolare, come localizzazione della nevrosi. Innanzitutto bisogna in questo caso sconsigliare la somministrazione di farmaci per via interna e di narcotici: la prescrizione di un narcotico in un'isteria acuta non è altro che un grave errore tecnico. Nel caso di un'isteria acuta e resistente non sempre si possono evitare farmaci interni; il loro effetto è però incerto: a volte si ha un successo miracoloso e immediato, a

[1] [Vedi la recensione di Freud a Weir Mitchell, p. 38. In seguito Freud raccomanderà una combinazione del metodo di Weir Mitchell con il trattamento catartico di Breuer; vedi oltre *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 405.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

volte l'effetto è nullo: tutto sembra dipendere dall'autosuggestione del paziente, o dalla sua fiducia nell'efficacia del medicamento. A parte questo, si può scegliere se iniziare un trattamento diretto o indiretto dell'affezione isterica. Quest'ultimo consiste nel trascurare i sintomi locali, mirando invece a un salutare influsso generico sul sistema nervoso, mediante l'esposizione all'aria aperta, l'idroterapia, l'elettricità (soprattutto la franklinizzazione), e curando il sangue con somministrazione di arsenico e di ferro. Inoltre, nel trattamento indiretto bisogna rimuovere, se ve ne sono, le fonti di irritazione di natura fisica. Cosí, per esempio, i crampi gastrici isterici possono fondarsi su di una lieve gastrite catarrale, e un arrossamento della laringe, una tumefazione delle mucose nasali possono provocare un'incessante *tussis hysterica*. In realtà è dubbio se alterazioni dei genitali costituiscano realmente cosí spesso lo stimolo per sintomi isterici. Tali casi devono essere esaminati piú criticamente. Il trattamento diretto consiste nell'eliminazione delle sorgenti psichiche che forniscono lo stimolo ai sintomi isterici, cosa comprensibile se cerchiamo la causa dell'isteria nell'attività ideativa inconscia. Esso consiste nell'imporre al paziente sotto *ipnosi* una *suggestione* che lo induca a sbarazzarsi del disturbo in questione. Cosí, per esempio, si cura una *tussis nervosa hysterica* esercitando una pressione sulla laringe del paziente in ipnosi e assicurandolo che ora è stato eliminato lo stimolo che lo faceva tossire; oppure si cura una paralisi isterica del braccio costringendolo, sempre sotto ipnosi, a muovere pezzo per pezzo l'arto paralizzato. È ancora piú efficace un metodo praticato per la prima volta da Josef Breuer a Vienna, e consistente nel ricondurre il paziente sotto ipnosi alla preistoria psichica del suo disturbo, costringendolo a riconoscere l'occasione psichica che ha scatenato il disturbo in questione. Si tratta di un metodo terapeutico ancora giovane, ma col quale si ottengono guarigioni altrimenti irraggiungibili. È il metodo piú appropriato per l'isteria, in quanto imita proprio il meccanismo dell'insorgenza e della scomparsa di tali sintomi isterici. Molti sintomi isterici che avevano resistito a ogni forma di terapia, scompaiono infatti spontaneamente sotto l'influsso di una motivazione psichica sufficientemente forte: ad esempio, una paralisi della mano destra scompare se il paziente nel corso di una lite sente l'impulso di dare un ceffone al suo avversario; oppure sotto l'influsso di una qualche eccitazione morale, o di uno spavento, o di un'attesa, come per esempio nel pellegrinaggio a un santuario, o infine se un accesso convulsivo ha provocato un avvertimento dell'eccita-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mento nel sistema nervoso. Il trattamento psichico diretto dei sintomi isterici sarà considerato il migliore quando un giorno nei circoli medici si sarà compresa piú a fondo la natura della suggestione (Bernheim, a Nancy).

A tutt'oggi non si può sapere con sicurezza quale parte svolga l'influenza psichica in certe forme di trattamento apparentemente fisico. Cosí, ad esempio, le contratture possono guarire se si riesce a produrre in esse un *transfert* con un magnete. Dopo *transfert* ripetuti la contrattura si attenua e alla fine scompare.

6. *Sommario*

Riepilogando, possiamo dire che l'isteria è un'anomalia del sistema nervoso consistente in una distribuzione diversa dell'eccitamento, probabilmente accompagnata da un eccesso di stimoli negli organi della psiche. La sua sintomatologia mostra che questo eccesso di stimoli viene distribuito mediante rappresentazioni coscienti o inconsce. Qualsiasi mezzo che alteri la distribuzione dell'eccitamento nel sistema nervoso può guarire i disturbi isterici: si tratta in parte di influssi di natura fisica, in parte di natura psichica.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Appendice

Isteroepilessia

ISTEROEPILESSIA [tedesco: *Hysteroepilepsie*, f.]; francese: *hystéroépilepsie*, f.; inglese: *hystero-epilepsy*; italiano: *isteroepilessia*, f.

Nell'isteroepilessia si riscontrano accessi convulsivi generalizzati come nell'epilessia.[1] I sintomi precursori sono un senso di soffocazione, difficoltà a deglutire, cefalea e mal di stomaco, vertigini e certe particolari sensazioni di stiramento alle estremità. I malati cadono a terra con un grido acuto e vengono colti da convulsioni, con la bocca schiumante e i lineamenti distorti. Le convulsioni hanno dapprima carattere tonico, poi clonico. Di solito però l'accesso non insorge cosí improvvisamente come nell'epilessia. Per breve tempo, i malati cercano di combattere le convulsioni, di difendersi da gravi lesioni nel cadere, di evitare situazioni troppo pericolose. Un epilettico può cadere anche nel fuoco, ma ciò non accade mai a un isterico. Mentre l'epilettico all'inizio della crisi è pallido e poi diviene cianotico, il volto dell'isterico mantiene piú o meno il suo colorito normale. Nell'isteria sono rare le lesioni alla lingua dovute a morsi. Negli accessi isteroepilettici è frequente l'opistotono completo, mentre nell'epilessia di solito non lo si riscontra. Durante gli accessi la perdita di coscienza è completa solo nei casi piú gravi. Dopo gli

[1] In un primo momento Charcot aveva caratterizzato come isteroepilessia quei gravi casi d'isteria nei cui attacchi compare una fase epilettica. In seguito egli ha rinunciato a questo nome, causa di infiniti malintesi, denominando i casi in questione *grande hystérie* (vedi p. 44). Non si deve quindi attribuire al termine "isteroepilessia" un valore particolare, e soprattutto ci si deve guardare dal credere che questo termine si riferisca a una malattia particolare, che unisca in sé i caratteri dell'isteria e dell'epilessia. Vi sono persone che sono al tempo stesso isteriche ed epilettiche, ma i due quadri sussistono l'uno accanto all'altro, essendo l'uno la complicazione dell'altro, senza modificarsi reciprocamente, e gli accessi di questi pazienti sono sempre o isterici o epilettici. [L'essenziale di questa nota fu ripetuto da Freud nelle *Note alla traduzione delle "Lezioni del martedí della Salpêtrière"* (1892-94), vedi oltre p. 160. La distinzione fra accessi isterici ed epilettici è discussa da Freud nelle *Osservazioni generali sull'attacco isterico* (1908) § D, e, con maggiore ampiezza, all'inizio di *Dostoevskij e il parricidio* (1927).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

accessi un isterico di solito si riprende subito; non sussistono la sonnolenza e la debolezza, come negli epilettici. Invece, dopo, non sono rare visioni di ratti, di topi, di serpenti, e cosí pure allucinazioni auditive. Oltre a questi accessi, si riscontrano in questi pazienti tutti i sintomi dell'isteria.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

IPNOTISMO E SUGGESTIONE

1888-92

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

Nella lettera del 28 dicembre 1887 a Fliess, Freud racconta come nelle ultime settimane egli si fosse immerso nello studio dell'ipnotismo.

L'interesse di Freud per l'ipnotismo e per la suggestione era duplice. Anzitutto pratico: in quanto, avendo aperto al ritorno da Parigi il suo studio professionale di medico delle malattie del sistema nervoso (25 aprile 1886) e avendo come clienti soprattutto nevrotici non organici, si trovava nella necessità di costituirsi uno strumento terapeutico, che non fosse la generica prescrizione di massaggi e di riposo. Dopo un tentativo di utilizzare la elettroterapia, che era allora di moda ma della cui inefficacia si rese presto conto, non restava a Freud (come egli racconta nella *Autobiografia* del 1924) che fare ricorso alla ipnosi.

Aveva assistito agli esperimenti di Charcot e ne era rimasto fortemente impressionato. D'altra parte era allora fiorente a Nancy la scuola di Liébeault e di Bernheim: che si trovava in polemica con Charcot circa la interpretazione dei fenomeni ipnotici, ma che impiegava le tecniche suggestive con risultati che apparivano straordinari. A Nancy lo stesso Freud trascorse alcune settimane durante il 1889, allo scopo di perfezionare la propria tecnica ipnotica.

I seguenti cinque brevi scritti riguardanti la suggestione e l'ipnosi, che abbiamo riunito sotto un nostro titolo generale, riguardano gli anni dal 1888 al 1892. Essi sono caratterizzati da una impostazione polemica verso quegli ambienti medici i quali continuavano ad opporsi all'uso dell'ipnosi, considerandola un procedimento insieme inefficace e pericoloso. Tali medici erano rappresentati a Vienna soprattutto da Meynert, che era stato un maestro per Freud, ma che era divenuto fortemente aggressivo verso di lui dopo il ritorno da Parigi. A Meynert si riferisce la frase, riguardante la sfavorevole accoglienza avuta dall'ipnosi tra le personalità piú in vista della scienza medica tedesca, contenuta nella Prefazione al libro di Bernheim. Nella lettera a Fliess del 28 agosto 1888 Freud dice di essersi dovuto contenere nel polemizzare con Meynert per consiglio dei suoi amici. Nella recensione al libro di Forel, pubblicata nel 1889 e qui riportata, Meynert viene esplicitamente citato e violentemente attaccato.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Circa la polemica fra Charcot e la scuola di Nancy, Freud, sia in questi anni sia nel successivo sviluppo del proprio pensiero, rimase sempre piú vicino a Charcot. Egli rifiutava infatti la tesi della scuola di Nancy, secondo la quale gli effetti della ipnosi sarebbero dovuti semplicemente alla persuasione accolta dal soggetto per una idea suggeritagli dallo sperimentatore, senza la produzione di una qualche alterazione piú radicale nell'apparato psichico.

Anche nella Prefazione al libro di Bernheim, pur accogliendo alcune delle critiche mosse da Bernheim a Charcot (come per quanto riguarda i presunti tre stadi dell'ipnosi), cerca di difendere la posizione di Charcot (vedi anche la citata lettera a Fliess del 29 agosto 1888).

Sulla polemica fra Bernheim e Charcot, Freud è ritornato molto piú tardi nel 1921, nell'opera *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, prendendo ancora in certo modo posizione per Charcot, con la tesi che non la ipnosi sia da ricondurre alla suggestione, ma piuttosto la suggestione alla ipnosi.

Prefazione alla traduzione di "Della suggestione" di Hippolyte Bernheim

Nell'*Autobiografia* del 1924 Freud, raccontando il viaggio a Nancy fatto nell'estate del 1889, dice di aver allora accettato di tradurre in tedesco i due libri, sulla suggestione e i suoi effetti curativi, scritti da Hippolyte Bernheim (1837-1919), professore di clinica medica a Strasburgo e, dopo l'occupazione tedesca, a Nancy.

Si tratta di uno dei molti errori cronologici in cui Freud è incorso anche nell'*Autobiografia*.

Il 28 dicembre 1887 Freud aveva scritto a Fliess di aver firmato il contratto per la traduzione di una delle due opere (*De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Parigi 1886, 2ª ed. 1887), nella lettera del 28 maggio 1888 allo stesso Fliess aveva scritto di star effettuando la traduzione, e in quella del 29 agosto si era dilungato sulla sua Prefazione, che era già terminata.

Quest'ultima apparve, prima del libro, come articolo a sé (con la sola omissione dei due primi paragrafi) nei "Wiener medizinische Blätter", vol. 11 (38), 1189-93 e (39), 1226-28 (20 e 27 settembre 1888).

Il libro, pubblicato col titolo *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* (La suggestione e la sua azione terapeutica) da Deuticke, Lipsia e Vienna, è datato 1888 in prima pagina. Ma una nota in calce al volume precisa che per un ritardo nella traduzione della seconda parte dell'opera, a cui aveva collaborato il dottor Otto von Springer, il libro è uscito soltanto nel gennaio 1889.

Una seconda edizione del libro apparve nel 1896. In tale edizione la prefazione primitiva è stata sostituita da un'altra, piú breve, qui tradotta anch'essa.

Entrambe le prefazioni non furono piú ripubblicate. Le traduzioni sono di Laura Schwarz.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il secondo libro di Bernheim a cui Freud, nell'*Autobiografia*, accenna: *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: études nouvelles*, fu pubblicato a Parigi soltanto nel 1892. La traduzione tedesca di Freud, col titolo *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie*, apparve lo stesso anno presso Deuticke, Lipsia e Vienna. Essa non porta prefazione.

Recensione a "L'ipnotismo" di August Forel

Questa recensione all'opera di Forel, opera il cui titolo completo è *Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung* (L'ipnotismo, il suo significato e il suo impiego) (Stoccarda 1889), apparve nel "Wiener medizinische Wochenschrift", vol. 39 (28), 1097-100 e (47), 1892-96 (13 luglio e 23 novembre 1889). Essa non fu piú ripubblicata. La traduzione è di Laura Schwarz.

Freud era in relazione epistolare con August Forel (1848-1931), professore di psichiatria nella Università di Zurigo, assai noto negli ambienti scientifici. Fu lo stesso Forel a presentare Freud a Bernheim, quando nell'estate del 1889, fra la pubblicazione della prima e della seconda parte della recensione, Freud manifestò il desiderio di recarsi a Nancy.

Trattamento psichico (trattamento dell'anima)

Il presente scritto, il cui titolo originale è *Psychische Behandlung* (*Seelenbehandlung*), è un contributo di Freud a un'opera a carattere semipopolare in due volumi, dovuta alla collaborazione di vari autori, intitolata "Die Gesundheit" (La salute), a cura di R. Kossmann e J. Weiss (Union Deutsche Verlagsgesellschaft, Stoccarda, Berlino e Lipsia).

L'articolo era stato omesso nella prima raccolta degli scritti di Freud (*Gesammelte Schriften*). È stato invece compreso nelle *Gesammelte Werke*, vol. 5 (1942) pp. 289-315, sotto la data 1905. L'articolo era stato infatti rintracciato in una copia del libro "Die Gesundheit" recante quella data.

Rimaneva però misteriosa la natura di questo articolo.

Freud nel dicembre 1904 aveva tenuto di fronte al Collegio medico di Vienna una conferenza sullo stesso argomento, e cioè sulla *Psicoterapia*, e l'aveva pubblicata nel primo numero del 1905 della "Wiener medizinische Presse". Mentre in questa conferenza sono ampiamente sviluppati il metodo catartico di Breuer e quello psicoanalitico, che vengono contrapposti alla semplice terapia ipnotica, consistente nell'ordinare durante la ipnosi la scomparsa dei sintomi, nel presente scritto non si fa per nulla cenno a tali tecniche. Freud si limita a considerare la possibilità di influire sullo stato fisico di un ammalato attraverso l'azione esercitata sulla sua psiche, e a soffermarsi poi in modo specifico sulla terapia ipnotica (che nel 1905 egli da molti anni aveva cessato di praticare).

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

La cosa fu chiarita quando il professor Saul Rosenzweig, della Washington University di Saint Louis, trovò che quella datata 1905 era la terza edizione del libro, mentre la prima edizione risaliva al 1890 (una seconda ve n'era stata nel 1900). Lo scritto di Freud appartiene dunque a quell'epoca, e perciò essa riceve qui questa collocazione.

La traduzione è di Ezio Luserna.

Ipnosi

Questo breve scritto è la voce *Hypnose*, scritta per un dizionario medico, il "Therapeutisches Lexicon", a cura di Anton Bum (Urban & Schwarzenberg, Vienna 1891). Esso fu ritrovato (ma non ripubblicato) nel 1963 dal dottor P. F. Cranefield, direttore del Bollettino dell'Accademia di medicina di New York. La traduzione è di Laura Schwarz.

Contiene la descrizione della tecnica ipnotica usata da Freud (che corrisponde essenzialmente a quella di Bernheim), e la indicazione di alcune precauzioni da prendere per ottenere il raggiungimento dello stato ipnotico.

L'impiego al quale Freud accenna è sempre quello della diretta suggestione della scomparsa dei sintomi lamentati.

Un caso di guarigione ipnotica

Questo articolo col titolo *Ein Fall von hypnotischer Heilung, nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den 'Gegenwillen'*, fu pubblicato nella "Zeitschrift für Hypnotismus, Suggestionstherapie, Suggestionslehre und verwandte psychologische Forschungen, Berlin", vol. 1 (3), 102-07, e (4), 123-29 (dicembre 1892 e gennaio 1893). Fu ripubblicato nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 258-72, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 3-17. La presente traduzione, qui riveduta, apparve anonima nella "Rivista di Psicoanalisi", vol. 5 (3), 201-10 (1959).

Esso è l'unico caso di trattamento ipnotico con semplice suggestione della scomparsa dei sintomi, pubblicato da Freud. Contiene tuttavia un tentativo di interpretazione dinamica del meccanismo di formazione dei sintomi isterici, che collega questo lavoro alla "Comunicazione preliminare" (in collaborazione con Breuer), la quale è cronologicamente contemporanea.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Prefazione alla traduzione di "Della suggestione" di Hippolyte Bernheim

1888

Spero che i lettori di questo libro, già caldamente raccomandato dal professor Forel di Zurigo, vi troveranno tutte le qualità che hanno indotto il traduttore a presentarlo in tedesco. I lettori vedranno che l'opera del dottor Bernheim di Nancy costituisce un'eccellente introduzione allo studio dell'ipnotismo (che il medico ormai non può piú trascurare) ed è sotto molti aspetti stimolante e anche illuminante, ben atta a distruggere la credenza che il problema dell'ipnotismo sia ancor oggi circondato, come afferma Meynert, da un'"aureola di assurdità".

Il merito di Bernheim (e dei suoi colleghi di Nancy che lavorano nella stessa direzione) consiste proprio nell'avere tolto ai fenomeni dell'ipnotismo quel loro carattere di stranezza, collegandoli a ben noti fenomeni della vita psicologica normale e del sonno. Il pregio principale di questo libro mi sembra proprio consistere nella dimostrazione dei rapporti fra i fenomeni ipnotici e gli eventi normali della veglia e del sonno, e nella scoperta di leggi psicologiche che valgono per i due ordini di fenomeni. Il problema dell'ipnosi viene cosí completamente ricondotto nell'ambito della psicologia, mentre si addita alla "suggestione" come all'elemento centrale e alla chiave dell'ipnotismo; inoltre negli ultimi capitoli s'indaga sul suo significato anche in altri campi oltre l'ipnosi. Il libro acquista un'insolita importanza pratica perché nella seconda parte si dimostra come l'uso della suggestione ipnotica fornisce al medico un potente metodo terapeutico che sembra essere il piú adatto e il piú adeguato per combattere determinati disturbi nervosi; e l'insistenza sul fatto che l'ipnosi e la suggestione ipnotica si possono praticare anche con la maggior parte delle persone sane, non solo con gli isterici e con i neuropatici gravi,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ben si presta ad allargare l'interesse dei medici per questi metodi terapeutici, oltre la ristretta cerchia dei neuropatologi.

L'ipnotismo ha trovato un'accoglienza assai sfavorevole tra le personalità piú in vista della scienza medica tedesca (a prescindere da alcuni nomi, come Krafft-Ebing, Forel e altri). Ci sia però lecito augurarci che i medici tedeschi rivolgano la loro attenzione a questo problema e a questo procedimento terapeutico, tenendo presente che nel campo scientifico è sempre soltanto l'esperienza, e mai un'autorità che prescinda dall'esperienza, a decidere definitivamente sull'accettazione o sul rifiuto. Le obiezioni che abbiamo udito finora in Germania contro lo studio e l'uso dell'ipnosi in verità meritano attenzione solo per il nome dei loro promotori, e il professor Forel ha fatto poca fatica a confutarne molte in un suo breve saggio.[1]

Oggi, grazie ai lavori di Heidenhain[2] e di Charcot, per citare solo le piú importanti fra le persone degne di fede che si sono schierate per la realtà dell'ipnotismo, non è piú possibile dubitare, come avveniva universalmente ancora un decennio fa in Germania, della realtà dei fenomeni ipnotici, né spiegarne le manifestazioni relative con la convergenza di credulonería da parte dell'osservatore e di simulazione da parte della persona sottoposta all'esperimento. Se ne accorgono anche i piú tenaci oppositori dell'ipnosi e nelle loro pubblicazioni quindi, pur tradendo ancora chiaramente la tendenza a negare l'ipnosi, fanno anche tentativi di spiegarla, venendo cosí implicitamente a riconoscere l'esistenza dei fenomeni in questione.

Un altro argomento contrario all'ipnosi la respinge come pericolosa per la salute della persona soggetta all'esperimento e la bolla col nome di "psicosi prodotta sperimentalmente". Ma, anche se si potesse dimostrare che in alcuni casi isolati l'ipnosi ha effetti dannosi, il suo impiego non ne resterebbe piú controindicato di quanto i rari casi di morte vietino l'uso del cloroformio nell'anestesia chirurgica. È però rilevante notare come questo paragone non si possa estendere oltre: se il numero di incidenti dovuti a narcosi da cloroformio è in relazione al numero delle operazioni compiute da un chirurgo, la maggior parte dei resoconti su effetti dannosi dell'ipnosi provengono da sperimentatori che hanno lavorato molto poco con l'ipnosi, mentre tutti gli studiosi che dispongono di un numero elevato di esperimenti

[1] [A. Forel, *Der Hypnotismus und seine strafrechtliche Bedeutung*, Z. ges. StrafrechtsWiss., vol. 9, 131 (1889).]

[2] [Rudolf Heidenhain (1834-97), professore di fisiologia e di istologia all'Università di Breslavia dal 1859.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ipnotici sono concordi nel loro giudizio sull'innocuità del procedimento. Se dunque si vogliono evitare effetti dannosi dell'ipnosi, basta probabilmente soltanto agire con sufficiente prudenza e sicurezza, scegliendo correttamente i casi da ipnotizzare. Bisogna anche dire che non serve molto chiamare le suggestioni "idee ossessive" e l'ipnosi "psicosi sperimentale": probabilmente, nel confronto con le suggestioni, le idee ossessive ricevono piú luce di quanto non accada nel caso contrario; e chi ha paura del termine insultante "psicosi", può chiedersi se il nostro sonno naturale non abbia maggior diritto a una tale denominazione, ammesso che valga la pena di usare termini tecnici al di fuori della sfera a loro propria. No, sotto questo aspetto la causa dell'ipnotismo non corre alcun pericolo, e quando una piú ampia cerchia di medici potrà comunicare osservazioni del tipo di quelle contenute nella seconda parte del libro di Bernheim, risulterà accertato che l'ipnosi non è una condizione pericolosa e il suo uso è un procedimento "degno" di un medico.

In questo libro viene anche sollevata un'altra questione, che divide attualmente in due opposte fazioni i sostenitori dell'ipnotismo: gli uni, di cui appare qui portavoce Bernheim, affermano che vi è un'unica fonte per tutti i fenomeni ipnotici, cioè la presenza di una suggestione, di una rappresentazione cosciente, immessa nel cervello dell'ipnotizzato attraverso un influsso esteriore e da lui accolta come se fosse in lui sorta spontaneamente; secondo questa interpretazione, tutti i fenomeni ipnotici sarebbero quindi manifestazioni psichiche, effetti di suggestione. Gli altri sostengono invece che a base del meccanismo di almeno alcuni fenomeni ipnotici stiano alterazioni fisiologiche, cioè spostamenti dell'eccitabilità nel sistema nervoso, senza alcuna partecipazione degli elementi operanti in modo cosciente, e parlano quindi di fenomeni fisici o fisiologici dell'ipnosi.

Oggetto della disputa è principalmente il *grand hypnotisme*, cioè l'insieme dei fenomeni descritti da Charcot negli isterici ipnotizzati: a differenza degli ipnotizzati normali, nelle persone isteriche si manifesterebbero tre fasi dell'ipnosi, ognuna delle quali contrassegnata da particolari caratteristiche fisiche molto cospicue (come la colossale ipereccitabilità neuromuscolare, la contrattura sonnambulare, ecc.).[1] È facile rendersi conto quale importanza rivestano, relativamente a

[1] [Charcot descrive queste tre fasi nella 22ª delle sue *Lezioni sulle malattie del sistema nervoso*, tradotte da Freud nel 1886.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

questo ambito dei fatti, le suddette diverse concezioni. Se i sostenitori della teoria della suggestione hanno ragione, tutte le osservazioni compiute alla Salpêtrière perdono di valore, anzi si trasformano in errori di osservazione. L'ipnosi degli isterici non avrebbe alcun carattere specifico, e anzi ogni medico sarebbe libero d'indurre nei suoi ipnotizzati la sintomatologia che desidera; lo studio del "grande ipnotismo" non ci insegnerebbe quali alterazioni si provocano con determinati interventi nel sistema nervoso degli isterici, ma soltanto quali intenzioni ha suggerito Charcot ai soggetti dei suoi esperimenti, in modo a lui stesso consapevole, e ciò è del tutto indifferente ai fini della nostra comprensione sia dell'ipnosi sia dell'isteria.

È facile vedere le ulteriori implicazioni di questa concezione e come le sia possibile promettere un'adeguata comprensione della sintomatologia isterica in generale. Se la suggestione del medico ha falsato i fenomeni dell'ipnosi isterica, è anche assai probabile che essa sia intervenuta nell'osservazione della restante sintomatologia isterica, e che abbia stabilito le leggi per gli attacchi isterici, le paralisi e le contratture, connesse con la nevrosi solo attraverso la suggestione, e che quindi perdono la loro validità appena l'isterico è osservato da un altro medico e in un altro luogo. Questa illazione è la piú logica, e in effetti è stata tratta. Hückel esprime la convinzione che il primo *transfert* (trasferimento della sensibilità di una parte del corpo sulla parte opposta corrispondente) di una isterica sia stato suggerito da una particolare occasione storica, e che in seguito i medici continuino a produrre nuovamente questo presunto sintomo fisiologico mediante la suggestione.[1]

Sono convinto che questa concezione sarà sviluppata con gioia da coloro che tendono – ed è la tendenza ancor oggi dominante in Germania – a negare l'esistenza di leggi nel campo dei fenomeni isterici. Avremmo cosí un esempio clamoroso di come la trascuranza del momento psichico della suggestione avrebbe indotto anche un grande osservatore a creare artificiosamente e falsamente un tipo clinico dalla docile arbitrarietà di una nevrosi.

Invece non è difficile dimostrare pezzo per pezzo l'obiettività della sintomatologia isterica. La critica di Bernheim può essere pienamente giustificata rispetto a ricerche come quelle di Binet e di Féré, e comunque la sua importanza risulterà dal fatto che in tutte le ricerche

[1] A. Hückel, *Die Rolle der Suggestion bei gewissen Erscheinungen der Hysterie und des Hypnotismus* (Jena 1888).

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

future sull'isteria e sull'ipnotismo bisognerà tener maggiormente presente l'esclusione dell'elemento suggestivo. Ma i punti principali della sintomatologia isterica sono esenti dal sospetto di derivare dalla suggestione del medico. I resoconti dei tempi passati e di paesi stranieri raccolti da Charcot e dai suoi scolari non lasciano adito a dubbi sul fatto che le caratteristiche degli attacchi isterici, le zone isterogene, le anestesie, le paralisi e le contratture si sono manifestate dovunque e in tutti i tempi cosí come si manifestavano alla Salpêtrière nell'epoca in cui Charcot conduceva le sue fondamentali ricerche sulla grande nevrosi. E proprio il *transfert*, che sembra prestarsi particolarmente alla dimostrazione dell'origine suggestiva dei sintomi isterici, è senza alcun dubbio un processo genuino. Esso si può osservare in casi d'isteria non influenzati: ivi spesso si ha occasione di vedere malati in cui un'emianestesia, peraltro tipica, non è presente in un organo o in un'estremità che è rimasta sensibile nella parte del corpo divenuta insensibile, anestetizzandosi invece nella parte opposta. Il *transfert* è anche un fenomeno fisiologicamente comprensibile, e come hanno dimostrato ricerche condotte in Germania e in Francia, non è che l'esasperazione di un rapporto normalmente presente tra parti simmetriche del corpo; e si può quindi produrre in modo rudimentale anche nelle persone sane. Parimenti, molti altri sintomi isterici della sensibilità hanno radice in rapporti fisiologici normali, come hanno dimostrato le belle ricerche di Urbantschitsch. Qui non è il luogo per intraprendere una spiegazione dettagliata della sintomatologia isterica; si può però senz'altro accettare il principio che essa sia di natura obiettiva e reale e non venga falsata dalla suggestione dell'osservatore. Con questo non si vuol negare il meccanismo psichico delle manifestazioni isteriche, solo che non è il meccanismo della suggestione da parte del medico.

Con la dimostrazione di fenomeni obiettivi, fisiologici nell'isteria, si salva anche la possibilità che il "grande" ipnotismo isterico comporti fenomeni non derivati dalla suggestione da parte dello sperimentatore. Se questi siano veramente presenti, lo dovrà dimostrare un'ulteriore ricerca condotta da questo punto di vista. Spetta dunque alla scuola della Salpêtrière dimostrare che i tre stadi dell'ipnosi isterica si manifestano indubitabilmente anche in un soggetto sperimentale appena giunto, e anche col piú prudente comportamento da parte dello sperimentatore, e questa dimostrazione non tarderà certo molto a venire. Infatti già ora la descrizione del grande ipnotismo comporta sintomi che si oppongono decisamente a essere considerati

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

psichici. Mi riferisco all'aumento dell'eccitabilità neuromuscolare nello stadio letargico. Chi ha visto come nella letargia una lieve pressione su di un muscolo – e si può anche trattare di un muscolo facciale o di uno dei tre muscoli esterni dell'orecchio che mai si contraggono normalmente – provoca una contrazione tonica del fascio muscolare interessato, o come una pressione su di un nervo superficiale ne rivela la distribuzione terminale, riconoscerà anche che questa conseguenza va ricondotta a cause fisiologiche oppure a un atto volontario, e potrà tranquillamente escludere come causa una suggestione involontaria. La suggestione, infatti, non può produrre altro che ciò che costituisce il contenuto della coscienza, oppure vi è stato introdotto. La nostra coscienza però sa solo il risultato finale di un movimento, e nulla sa dell'operare e dell'ordinamento dei singoli muscoli, né della distribuzione anatomica dei nervi nei muscoli stessi. In un lavoro che apparirà prossimamente,[1] mostrerò come la caratteristica delle paralisi isteriche sia in rapporto con questo, e come sia questo il motivo per cui l'isteria non presenta paralisi di muscoli isolati, né paralisi periferica, né una paralisi facciale di carattere centrale. Bernheim non avrebbe dovuto trascurare di richiamarsi al fenomeno dell'ipereccitabilità neuromuscolare per via della suggestione, e questo fatto costituisce una grave lacuna del suo argomento contro i tre stadi.

Vi sono dunque fenomeni fisiologici, per lo meno nel grande ipnotismo isterico. Ma nel piccolo ipnotismo normale, che, come giustamente mette in evidenza Bernheim, ha la piú grande importanza per la comprensione del problema, tutti i fenomeni si manifesterebbero attraverso la suggestione, per via psichica. Persino il sonno ipnotico appare una conseguenza della suggestione. Il sonno insorge attraverso la normale suggestionabilità dell'uomo, perché Bernheim induce nel soggetto l'attesa del sonno stesso. Altre volte però il meccanismo del sonno ipnotico sembra diverso. A tutti quelli che hanno praticato molto l'ipnosi, sarà accaduto d'imbattersi in persone che difficilmente si addormentano attraverso la parola, e invece facilmente prendono sonno se le si fanno fissare alcunché per un po' di tempo. È certamente occorsa a tutti l'esperienza di malati che cadessero in un sonno ipnotico, mentre non si aveva intenzione di ipnotizzarli, e che sicuramente non avevano alcuna idea della ipnosi. Una malata si dispone all'esame degli occhi e della trachea; né lei né il medico si aspettano

[1] [*Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche*, che non sarà tuttavia ultimato e pubblicato che nel 1893.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

il sonno; eppure appena cade sui suoi occhi il riflesso della luce, essa si addormenta, e forse per la prima volta nella sua vita viene ipnotizzata. In questo caso, è da escludere ogni intromissione psichica cosciente. Lo stesso avviene per il nostro sonno normale, che Bernheim paragona in modo cosí felice all'ipnosi. Per lo piú noi arriviamo al sonno attraverso la suggestione, attraverso una preparazione psichica e un'attesa del sonno stesso, ma, a volte, esso ci coglie senza nostra partecipazione, a causa della condizione fisiologica della stanchezza. Anche quando s'ipnotizzano i bambini cullandoli, o gli animali inchiodandone l'attenzione, non si può parlare propriamente di una causale psichica. Siamo dunque giunti alla posizione sostenuta da Preyer e Binswanger nella *Realencyclopädie* di Eulenburg: nell'ipnotismo vi sono fenomeni psichici e fisiologici, e l'ipnosi stessa può essere provocata in un modo o nell'altro. Anche nella descrizione che Bernheim fa delle sue stesse ipnosi, non si può disconoscere un elemento obiettivo indipendente dalla suggestione. Se cosí non fosse, l'ipnosi dovrebbe avere un aspetto diverso in relazione all'individualità dello sperimentatore, come deduce conseguentemente Jendrássik,[1] e non si potrebbe comprendere come l'accentuarsi della suggestionabilità segua sempre determinate leggi, come la muscolatura venga sempre influenzata solo verso la catalessi, e altri fenomeni simili.

Bisogna però concordare con Bernheim sul fatto che la suddivisione dei fenomeni ipnotici in fisiologici e psichici ci lascia assolutamente insoddisfatti e che si fa sentire con forza l'esigenza di un anello di collegamento tra le due serie. Infatti: l'ipnosi, comunque sia provocata, è sempre la stessa e presenta gli stessi fenomeni; la sintomatologia isterica rimanda sotto molti aspetti a un meccanismo psichico, benché possa non essere quello della suggestione;[2] e, infine, la suggestione risulta piú perspicua degli eventi fisiologici, poiché il modo di operare della prima è indubitabile e relativamente visibile, mentre gl'influssi reciproci dell'eccitabilità nervosa, ai quali devono ricondursi i fenomeni fisiologici, si sottraggono alla nostra conoscenza. Con le seguenti osservazioni, spero di indicare una spie-

[1] E. Jendrássik, Arch. Neurol., Paris, vol. 11, 362 (1886).

[2] I rapporti tra isteria e ipnotismo sono certamente assai stretti, ma non si spingono al punto che si debba considerare un attacco isterico comune come uno stato ipnotico a diverse fasi, come ha fatto, alla Società medica di Vienna, T. Meynert, Wien. med. Blätter, vol. 10, N. 23 (1888). In quella conferenza sembra vi sia una confusione delle nostre nozioni su questi due stati, poiché si parla di quattro fasi dell'ipnosi secondo Charcot, il quale però ne riconosce soltanto tre [vedi p. 71], mentre la quarta, il cosiddetto stadio *somniant*, non è menzionata in alcun luogo se non da Meynert. Invece Charcot attribuisce *quattro* fasi all'attacco isterico [vedi p. 44, n. 2].

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

gazione plausibile di questa mediazione da noi cercata fra i fenomeni psichici e quelli fisiologici dell'ipnosi.

Io ritengo che l'uso incerto e ambiguo del termine "suggestione" suggerisca una contrapposizione molto netta che in realtà non esiste; vale la pena di chiedersi che cosa si debba veramente intendere per "suggestione". Certamente con questo termine va inteso un tipo di influsso psichico, e vorrei dire che la suggestione si contraddistingue da altri tipi di influsso psichico, come il comando, la comunicazione e l'insegnamento, per il fatto che con essa in un altro cervello viene risvegliata un'idea che non viene percepita secondo la sua provenienza reale, ma come se fosse sorta spontaneamente in quel cervello. Esempi classici di questo tipo di suggestione sono i casi in cui il medico dice a un ipnotizzato: "Il tuo braccio deve restare nella posizione in cui io lo metto" e allora insorge il fenomeno della catalessi, o quando egli ha risollevato molte volte il braccio che cadeva e fa credere al paziente di desiderarlo rialzato. Altre volte però si parla di suggestione quando il meccanismo del processo è evidentemente diverso. Per esempio, in molti ipnotizzati la catalessi si manifesta senza alcuna ingiunzione; il braccio sollevato viene tenuto in questa posizione da solo, oppure l'ipnotizzato mantiene, se non riceve alcun ordine, inalterata la posizione in cui si era addormentato. Bernheim considera anche questo effetto una suggestione, in quanto sarebbe la stessa posizione a suggerire di essere mantenuta; però in questo caso evidentemente l'apporto di un incitamento esterno è assai minore, mentre l'apporto della condizione fisiologica dell'ipnotizzato, che non accetta alcun impulso al cambiamento di posizione, è piú grande che negli esempi precedenti. La differenza tra una suggestione psichica diretta e una suggestione indiretta, fisiologica, si manifesta forse piú chiaramente nell'esempio seguente. Quando io dico a un ipnotizzato: "Il tuo braccio destro è paralizzato, tu non lo puoi muovere", si tratta di una suggestione psichica diretta. Charcot invece batte lievemente sul braccio dell'ipnotizzato, oppure gli dice: "Guarda questa orribile faccia, picchiala" e il soggetto dà un colpo; [in entrambi i casi] il braccio cade giú paralizzato.[1] In entrambi questi due [ultimi] casi la suggestione esterna ha risvegliato in primo luogo una sensazione di dolorosa stanchezza nel braccio, che a sua volta autonomamente e indipenden-

[1] J.-M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière (1887-88)* (Parigi 1888) lez. 7, caso 1, e lez. 18, caso 1.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

temente dall'intromissione del medico suggerisce la paralisi, se il termine suggerire ha qui ancora un senso. In altre parole, si tratta qui non tanto di suggestioni, quanto di un incitamento ad *autosuggestioni*, che, come ben comprende chiunque, contengono un fattore obiettivo, indipendente dalla volontà del medico, e rivelano un rapporto tra diverse condizioni di innervazione o eccitamento del sistema nervoso. In virtú di queste autosuggestioni sorgono le paralisi isteriche spontanee, e la tendenza a queste autosuggestioni caratterizza l'isteria assai piú che non la suggestionabilità nei confronti del medico, mentre non sembra vi sia un parallelismo tra i due aspetti.

Non occorre che io metta in rilievo come anche Bernheim si serve moltissimo di queste suggestioni indirette, cioè degli incitamenti all'autosuggestione. Il procedimento che egli usa per addormentare, da lui descritto nel presente libro, è essenzialmente un procedimento misto, in cui la suggestione spalanca all'autosuggestione le porte, che di fatto stanno aprendosi lentamente da sole.

Le suggestioni indirette, in cui tra l'incitamento esterno e la conseguenza s'intromette una serie di anelli intermedi derivanti dall'attività della stessa persona suggestionata, consistono sempre in fenomeni psichici, i quali però non ricevono tutti dalla coscienza la piena luce, che cade invece sulle suggestioni dirette. Non siamo infatti assai piú abituati a prestare attenzione a percezioni esterne che non a processi interni. Le suggestioni indirette o autosuggestioni si devono quindi considerare fenomeni tanto fisiologici che psichici, e il termine "suggerire" diviene sinonimo con il risveglio reciproco di condizioni psichiche secondo le leggi dell'associazione. Chiudere gli occhi induce il sonno, perché è connesso con l'idea del sonno quale uno dei suoi fenomeni concomitanti piú costanti; una porzione del fenomeno del sonno suggerisce le altre parti del fenomeno complessivo. Questa connessione dipende dalla natura del sistema nervoso, non dalla volontà del medico, e non potrebbe sussistere se non si fondasse su alterazioni nell'eccitabilità delle zone cerebrali interessate, nell'innervazione dei centri vascolari, e via dicendo: il quadro che ci si presenta è quindi sia psicologico sia fisiologico. Come ogni concatenazione di condizioni nel sistema nervoso, anche questa consente un decorso in una diversa direzione. L'idea del sonno può indurre il senso di stanchezza degli occhi e dei muscoli e la corrispondente condizione dei vasi del sistema nervoso centrale; altre volte, invece, la condizione della muscolatura o un influsso sui vasi cerebrali può da sé risvegliare il dormiente, e cosí via. Si può quindi

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

solo affermare che sarebbe ugualmente unilaterale tener presente solo l'aspetto psicologico di questo processo, oppure attribuire la responsabilità dei fenomeni ipnotici soltanto all'innervazione vascolare.

Che senso ha dunque la contrapposizione tra i fenomeni psichici e quelli fisiologici dell'ipnosi? Essa ha avuto importanza soltanto finché s'intese per suggestione solo il diretto influsso psichico da parte del medico, che induceva nell'ipnotizzato una sintomatologia da lui voluta; questa importanza però va perduta appena si riconosce che anche la suggestione non fa che provocare fenomeni fondati sulle caratteristiche funzionali del sistema nervoso dell'ipnotizzato, e che nell'ipnosi si manifestano anche altre caratteristiche del sistema nervoso oltre la suggestionabilità. Ci si potrebbe ancora chiedere se tutti i fenomeni dell'ipnosi debbano *per qualche via* passare per l'ambito psichico, o in altre parole, dato che questo può essere l'unico significato della domanda, se le alterazioni nell'eccitabilità, durante l'ipnosi, debbano sempre riguardare solo l'ambito della corteccia cerebrale. Questa nuova formulazione della domanda sembra già decisiva ai fini della risposta. È ingiustificato contrapporre la corteccia cerebrale alla parte restante del sistema nervoso, come qui avviene; ed è improbabile che un'alterazione funzionale cosí profonda nella corteccia cerebrale non debba essere accompagnata da importanti alterazioni nell'eccitabilità di altre parti del cervello. Non possediamo un criterio che ci permetta di separare esattamente un processo psichico da uno fisiologico, un atto della corteccia cerebrale da uno della massa subcorticale, poiché la "coscienza", qualunque cosa cerebrale essa sia, non si può attribuire ad ogni attività della corteccia, né a tutte le sue attività in egual misura, e non è una cosa connessa a una determinata località del sistema nervoso.[1] Io ritengo quindi che si debba rifiutare totalmente la domanda se l'ipnosi manifesti fenomeni psichici o fisiologici: per ogni singolo fenomeno la decisione deve dipendere da un esame particolare.

Mi ritengo quindi autorizzato ad affermare che l'opera di Bernheim, mentre da un lato va oltre l'ambito dell'ipnosi, dall'altro trascura un

[1] [In una nota aggiunta alla sua traduzione (p. 116) Freud rileva: "Mi sembra ingiustificato e non necessario presumere che un atto esecutivo muti la sua localizzazione nel sistema nervoso se, iniziato coscientemente, continua poi inconsciamente. È probabile, al contrario, che la parte interessata del cervello possa operare con un livello variabile di attenzione (o coscienza)." Vedi oltre un'osservazione simile di Breuer negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 372, e vedi anche la riaffermazione di quanto sopra in *L'inconscio* (1915) § 2.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

aspetto di questo argomento. Spero però che anche i lettori tedeschi di Bernheim riconosceranno l'importanza e l'istruttività di questa sua presentazione dell'ipnotismo dal punto di vista della suggestione.

Vienna, agosto 1888

IL TRADUTTORE

Prefazione alla seconda edizione (1896)

La prima edizione di questo libro in lingua tedesca era preceduta da una prefazione del traduttore che oggi non è piú necessario ristampare. La situazione del mondo scientifico in cui era apparsa la traduzione della *Suggestione* di Bernheim si trova oggi radicalmente mutata: i dubbi sulla realtà dei fenomeni ipnotici si sono taciuti; è cessata la proscrizione in cui cadeva sicuramente allora ogni neuropatologo che considerasse importante e degno di attenzione questo campo di fenomeni. Il merito del cambiamento spetta in non piccola parte a questo libro, che ha perorato in modo eccellente e persuasivo la causa dell'ipnotismo scientifico.

Data la necessità di rendere accessibile per la seconda volta ai lettori tedeschi quest'opera fondamentale del medico di Nancy, il curatore e l'editore, d'accordo con l'autore, si sono decisi a decurtarla dei capitoli in cui erano contenuti solo casi clinici e resoconti di trattamenti.[1] Essi non potevano illudersi che in questi stesse la forza dell'opera di Bernheim. Il dottor Max Kahane ebbe poi la bontà di sollevare il sottoscritto dall'opera di revisione del testo per la nuova edizione, e di aggiornarlo sull'ultima edizione francese.

Il traduttore desidera qui solo ripetere un'osservazione già fatta nella prefazione alla prima edizione e che per lui ha mantenuto a tutt'oggi il suo valore. Egli rimpiange che nella presentazione di Bernheim manchi il punto di vista secondo il quale la "suggestione" (o meglio, il risultato della suggestione, la capacità di suggerire) è un fenomeno psichico *patologico*, che ha bisogno di particolari condizioni per verificarsi. Tale concezione non deve essere posta in dubbio né dalla frequenza e facilità della suggestione, né dalla gran parte che quest'ultima ha nella vita quotidiana. In Bernheim l'esposizione di fatto di simili circostanze ha un rilievo cosí ampio, che egli trascura di sollevare il problema psicologico di quando e perché i

[1] [In realtà, veniva cosí omessa quasi la metà del libro, e in particolare quella parte tradotta da von Springer e non da Freud.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

metodi consueti dell'influsso psichico tra gli uomini possano essere sostituiti appunto dalla suggestione. E mentre egli spiega tutti i fenomeni dell'ipnotismo con la suggestione, la suggestione stessa rimane assolutamente inspiegata, velandosi dell'apparenza di non aver bisogno di alcuna spiegazione. Di questa lacuna si sono però ben accorti tutti gli studiosi che, seguendo Forel, si sono sforzati di ricercare una teoria psicologica della suggestione.

Vienna, giugno 1896

DR. SIGM. FREUD

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Recensione a "L'ipnotismo" di August Forel

1889

1.

Quest'opera di solo 88 pagine del celebre psichiatra zurighese consiste nell'ampliamento di un saggio sull'importanza dell'ipnotismo dal punto di vista giuridico, pubblicato nella "Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft" [Giornale di Diritto penale], volume 9, 131 (1889). Essa conserverà certamente a lungo una posizione preminente nella letteratura tedesca sull'ipnotismo. Concisa, scritta in forma quasi catechistica, estremamente chiara e decisa, essa copre tutta la gamma dei fenomeni e dei problemi compresi sotto la denominazione di "teoria dell'ipnotismo", distinguendo felicemente fra fatti e teorie, senza mai venir meno all'atteggiamento serio che è doveroso in un medico che vuole andare in fondo alle cose, evitando sempre quel tono esuberante che tanto male si addice a una trattazione scientifica. Solo in un punto l'esposizione di Forel acquista una colorazione entusiastica, quando esce nell'affermazione: "La scoperta dell'importanza psicologica della suggestione ad opera di Braid e Liébeault[1] costituisce a mio avviso un fatto cosí grandioso che lo si può paragonare alle scoperte piú grandi, o meglio alle piú grandi rivelazioni dello spirito umano." Chi vede in questa affermazione una grossolana sopravvalutazione dell'ipnosi posponga il suo giudizio definitivo, finché i prossimi anni non avranno dimostrato quante delle grandi rivoluzioni teoriche e pratiche promesse dall'ipnosi saranno da questa effettivamente compiute. A proposito di quell'oscuro problema connesso con l'ipnotismo (trasmissione del pensiero ecc.) di cui si occupa attualmente lo "spiritismo", Forel mantiene

[1] [James Braid (1795-1860), medico scozzese che può essere considerato il primo studioso dell'ipnotismo e cui si deve l'introduzione del termine, nel 1843. Ambroise Liébeault (1823-1904), fondatore della scuola di Nancy, maestro prima e poi collega di Hippolyte Bernheim.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

un atteggiamento di riserva veramente scientifico. Non si capisce perché una nostra autorità cittadina abbia definito di fronte a una società medica questo autore come "Forel il meridionale", contrapponendogli un avversario dell'ipnosi da lui definito "piú settentrionale", come modello di un modo di pensare piú riflessivo. Anche se fosse meno inammissibile formulare un giudizio sbrigativo sull'opinione di un uomo vivente, riguardo a problemi scientifici, fondandosi su osservazioni concernenti la sua nazionalità o il suo paese d'origine, e anche se il professor Forel non avesse la fortuna di essere nato e cresciuto a 46 gradi di latitudine nord,[1] la lettura del libretto in questione non autorizza minimamente a considerare il suo autore come persona in cui le emozioni hanno il sopravvento sulla logica.

Questo breve scritto è al contrario l'opera di un medico serio che grazie alla sua ricca esperienza diretta si è reso conto del valore e dell'importanza dell'ipnosi come mezzo terapeutico, e che ha il diritto di gridare "ai motteggiatori e agli increduli": "Prima di giudicare, provate!" E dobbiamo concordare con lui anche quando aggiunge: "Per poter esprimere un giudizio sull'ipnotismo bisogna averlo prima praticato per un po' di tempo."[2]

Vi sono certamente numerosi avversari dell'ipnosi che si sono formati un'opinione al proposito in modo piú comodo. Essi non hanno sperimentato questo nuovo strumento terapeutico, usandolo con accurata imparzialità come si dovrebbe fare con un medicamento scoperto e raccomandato di recente, e hanno invece rifiutato l'ipnosi *a priori*; e ora neppure la conoscenza delle inestimabili potenzialità curative di questo metodo impedisce loro di esprimere verso di esso, qualunque sia il motivo su cui si fondano, la loro ripugnanza nel modo piú aspro e ingiustificato. Essi esagerano immensamente i pericoli dell'ipnosi, bollandola con gli epiteti piú insultanti, e di fronte ai resoconti sempre piú numerosi di guarigioni operate con l'ipnosi tirano fuori giudizi da oracoli, come: "Le guarigioni non dimostrano nulla, anzi hanno esse stesse bisogno di essere dimostrate."[3] Vista la violenza della loro opposizione, non c'è da meravigliarsi se i medici che si credono in dovere di ricorrere all'ipnosi per il bene dei loro malati sono da essi accusati di intenzioni scor-

[1] Come apprendo da una lettera di Forel. [Era nato a Morges, sul Lago di Ginevra.]
[2] [Sono citazioni dalla prefazione di Forel.]
[3] Cosí si espresse il consigliere aulico Meynert in una seduta della Società medica del 7 giugno di quest'anno. [Per qui e nel seguito vedi T. Meynert, Wien. med. Wschr., vol. 2, 475, 498, 522 (1889).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

rette e di atteggiamento non scientifico, accuse, queste, che non dovrebbero trovar luogo in una discussione scientifica, sia in forma aperta, sia in modo piú o meno dissimulato. Se fra questi avversari si trovano persone come il consigliere aulico Meynert, persone che con la loro opera si sono conquistate grande autorità, che il pubblico, sia medico, sia profano, attribuisce ora immediatamente a ogni loro affermazione, non si può in alcun modo evitare che ne venga qualche danno alla causa dell'ipnotismo. La maggior parte della gente trova difficile accettare che uno studioso che si è conquistato una grande esperienza in alcuni campi della neuropatologia e ha dato prove di grande acume, per altri problemi non possa minimamente essere considerato un'autorità; e il rispetto della grandezza, specie della grandezza intellettuale, è certamente una fra le migliori virtú della natura umana. Ma deve cedere al rispetto per i fatti: se si rinuncia a dipendere da un'autorità per seguire un proprio giudizio personale, raggiunto attraverso uno studio dei fatti, non si deve aver timore di dirlo chiaramente.

Chi, come il recensore, si è formato un giudizio indipendente a proposito dell'ipnosi, si consolerà pensando che ogni danno cosí arrecato alla reputazione dell'ipnosi non può avere che una portata circoscritta nel tempo e nello spazio. Il movimento che vuole introdurre la terapia suggestiva nel regno della medicina ha già trionfato in altri luoghi, e alla fine otterrà il suo scopo anche in Germania, e a Vienna. I medici sensibili all'esame dei fatti assumeranno un atteggiamento meno negativo, costatando che le presunte vittime dell'ipnoterapia soffrono meno dopo il trattamento, e riescono a svolgere meglio di prima i loro compiti, come posso affermare riguardo ai miei pazienti. Pochi esperimenti dimostreranno loro che una quantità di accuse mosse all'ipnosi non si applicano a essa in particolare, ma potrebbero, a maggior diritto, essere rivolte a ogni singolo procedimento da noi tutti praticato. In quanto medici, si renderanno conto dell'impossibilità di astenersi dall'ipnosi, di lasciar soffrire i loro pazienti, mentre potrebbero sollevarli dalle sofferenze con un innocuo influsso psichico. Saranno costretti a dirsi che l'ipnosi non perde nulla del suo valore curativo e della sua innocuità, quando vien chiamata "pazzia artificiale" o "isteria artificiale", cosí come ad esempio la carne non perde il suo gusto e il suo valore nutritivo quando i vegetariani nel loro furore la designano come "carogna".

Dimentichiamo un momento di conoscere per esperienza gli effetti dell'ipnosi, e chiediamoci quali effetti dannosi ci si possano atten-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

dere da essa *a priori*. Il trattamento ipnotico consiste in primo luogo nel provocare uno stato ipnotico, e in secondo luogo nel trasmettere all'ipnotizzato una suggestione. Quale di questi due atti dovrebbe essere dannoso? Il provocare l'ipnosi? Ma l'ipnosi, quando riesce compiutamente, non è altro che il comune stato di sonno, a noi tutti ben familiare, anche se certamente non ancora compreso sotto molti aspetti; e, quando si sviluppa meno compiutamente, corrisponde ai diversi stadi del processo dell'addormentarsi. È vero che nel sogno perdiamo l'equilibrio psichico, che l'attività cerebrale durante il sonno è disturbata, e sotto molti aspetti rassomiglia alla pazzia, ma questa analogia non ci impedisce di ritrovarci al risveglio arricchiti di nuove forze, anche dal punto di vista psichico. A dar retta alle considerazioni di Meynert sugli effetti dannosi della diminuzione dell'attività corticale, e alla sua spiegazione dell'euforia ipnotica, noi medici avremmo tutte le ragioni di mantenere sempre sveglia la gente. Ma a tutt'oggi la gente preferisce ancora dormire, e quindi non dobbiamo temere che i pericoli della terapia ipnotica consistano nell'atto dell'ipnotizzare. L'elemento dannoso consiste allora nella suggestione trasmessa? Questo è impossibile, perché gli attacchi degli oppositori, cosa singolare, non sono rivolti verso la suggestione. L'uso della suggestione, si dice, è noto ai medici da sempre; "noi non facciamo altro che suggestionare", dicono, e in effetti il medico, anche quello che non pratica l'ipnosi, non è mai cosí contento come quando ha rimosso l'attenzione del paziente da un sintomo con la forza della sua personalità, l'influsso della sua parola e la sua... autorità. Perché dunque il medico non dovrebbe cercare di esercitare sistematicamente un'influenza che gli sembra sempre cosí auspicabile, quando gli riesce senza che egli se lo proponga esplicitamente? Ma forse è pur sempre la suggestione che suscita obiezioni, la soppressione della libertà personale a opera del medico che, durante il sonno artificiale, ottiene anche un potere direttivo sul cervello addormentato. È assai interessante vedere come i piú accaniti deterministi divengano a un tratto paladini del minacciato "libero arbitrio personale", e come lo psichiatra, abituato a soffocare con grosse dosi di bromuro, morfina e cloralio l'"attività psichica che aspira ad essere libera" dei suoi malati, denunci gli influssi della suggestione come una cosa degradante per entrambe le parti. Come si può dimenticare che la soppressione dell'autonomia del malato mediante la suggestione ipnotica è sempre soltanto parziale e rivolta verso sintomi morbosi; che, come si è detto mille

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

volte, tutta l'educazione sociale dell'essere umano si fonda sulla soppressione di idee e di moventi inutilizzabili, cercando di sostituirli con altri migliori; che la vita produce ogni giorno influssi psichici su ogni uomo, e questi, anche se lo colgono durante la veglia, provocano in lui mutamenti assai piú intensi che non la suggestione del medico, il quale cerca di eliminare un'idea dolorosa o ansiogena mediante un'altra idea efficace che ad essa si opponga? No, nella terapia ipnotica non c'è nulla di pericoloso se non il suo abuso, e il medico che non si fidi della propria scrupolosità e purezza di intenzioni per evitare tale abuso, farà bene a tenersi lontanto da questo nuovo metodo terapeutico.

Quanto al giudizio personale su questi medici che hanno il coraggio di ricorrere all'ipnosi come strumento terapeutico prima di esservi costretti dalla marea della moda, il recensore ritiene che si debba entro certi limiti far giustizia alla frequente intolleranza dei grandi uomini. E quindi al recensore non sembra opportuno né abbastanza interessante per un pubblico piú ampio indagare qui sui motivi che hanno indotto il consigliere Meynert a presentare lui [il recensore] e parte della sua vita ai lettori del proprio saggio sulle nevrosi traumatiche.

Al recensore sembra piú importante difendere la causa dell'ipnotismo di fronte a coloro che si sono abituati a lasciarsi influenzare da una grande autorità nelle questioni scientifiche, indottivi magari dalla giusta coscienza della propria inadeguatezza di giudizio. Egli si propone di farlo contrapponendo all'autorità di Meynert quella di altri che si sono dimostrati piú favorevoli all'ipnosi, e ricordando che fra noi il professor H. Obersteiner per primo diede impulso allo studio scientifico dell'ipnosi, e che uno psichiatra e neurologo eccellente come il professor Krafft-Ebing, recente acquisto della nostra università, si è dichiarato senza riserve in favore dell'ipnosi, adottandola con i piú felici risultati nella sua pratica medica. Come vedete, tali nomi possono soddisfare anche quegli scriteriati che, per dare fiducia a un'autorità, esigono che questa risponda a certi requisiti di nazionalità, di razza e di latitudine geografica, e la cui fede si arresta alle frontiere della loro patria.

Tutti gli altri, che riconoscono la grandezza scientifica anche al di fuori del paese natale, annovereranno anche il professor Forel fra le persone che, dichiarandosi in favore dell'ipnosi, possono tranquillizzarli sulla presunta bassezza e indegnità di questo metodo terapeutico. E in particolare il recensore, quando è stato oggetto degli at-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tacchi di Meynert, ha avuto la sensazione di trovarsi in buona compagnia a difendere l'ipnosi: il professor Forel fornisce una buona dimostrazione del fatto che si possa essere un notevole anatomico, e vedere al tempo stesso nell'ipnosi qualcosa di piú di un'assurdità.[1] Anche a lui non si può negare la qualifica di "medico addestrato alla precisione della fisiologia", come il consigliere Meynert ebbe la bontà di definire il passato del recensore;[2] e come il recensore è ritornato traviato dalla cattiva Parigi, cosí per il professor Forel un viaggio a Nancy da Bernheim è stato il punto di partenza di una nuova attività, cui dobbiamo l'eccellente libro in questione.

2.

Nelle parti introduttive del libro, Forel cerca di distinguere nei limiti del possibile tra "fatti, teoria, concetti e terminologia".

Il fatto principale dell'ipnotismo consiste nella possibilità di mettere una persona in una condizione della psiche (o meglio del cervello) simile al sogno. Questa condizione si chiama ipnosi. Una seconda serie di fatti riguarda il modo in cui questa condizione può essere provocata (o fatta cessare). A quanto pare, si possono usare tre modi: 1) servirsi dell'influenza psichica di una persona su di un'altra persona (suggestione); 2) servirsi dell'influsso (fisiologico) di determinati procedimenti (fissazione) con il magnete, la mano umana, e via dicendo; 3) servirsi dell'autosuggestione (autoipnosi). Però solo il primo di questi metodi si è consolidato: la produzione dell'ipnosi attraverso idee, cioè la suggestione. Anche negli altri due modi di provocare l'ipnosi sembra non potersi escludere in qualche forma l'effetto della suggestione.

Un terzo gruppo di fatti riguarda il comportamento della persona ipnotizzata. Con un soggetto in condizioni ipnotiche è infatti possibile influire nel modo piú ampio su quasi tutte le funzioni del sistema nervoso, e fra queste sulle attività di cui solitamente si sottovaluta la dipendenza dai processi cerebrali. Il fatto che l'influsso del cervello sulle funzioni somatiche possa essere piú intenso sotto

[1] [Meynert usò questa parola; vedi sopra p. 69.]

[2] Devo di nuovo rettificare il consigliere Meynert. Egli dice di me che io "esercito in questa città come un esperto praticante dell'ipnosi". Ciò dice troppo poco, e potrebbe creare fra gli estranei l'errata impressione che io non faccia null'altro che ipnotizzare. Invece io lavoro "in questa città" come neurologo, e mi servo di tutti i metodi terapeutici a disposizione di chi pratica questa specialità. I successi che finora ho ottenuto con l'uso dell'ipnosi mi impongono comunque di non abbandonare mai piú questo potente strumento.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ipnosi che negli stati di veglia, concorda poco, a dire il vero, con quella teoria dei fenomeni ipnotici che vede in essi una "diminuzione dell'attività corticale", una specie di idiozia sperimentale. Ma vi sono anche molti altri elementi, a parte i fenomeni ipnotici, che non concordano con quella teoria, che cerca di comprendere quasi tutti i fenomeni dell'attività cerebrale mediante una contrapposizione fra attività corticale e sottocorticale, giungendo persino a localizzare il principio "cattivo" nella parte sottocorticale del cervello.

Altri fatti incontestabili sono la dipendenza dell'attività psichica dell'ipnotizzato dall'ipnotizzatore, nonché la produzione dei cosiddetti effetti postipnotici, sempre nell'ipnotizzato, cioè la determinazione di atti psichici che vengono compiuti solo molto tempo dopo la cessazione dell'ipnosi. Vi è invece una gran massa di asserzioni riferentisi a interessantissime prestazioni del sistema nervoso (chiaroveggenza, suggestione mentale ecc.), che a tutt'oggi però non possiamo includere fra i fatti; e, pur non dovendosi rifiutare una indagine scientifica di tali affermazioni, va tenuto presente che una chiarificazione soddisfacente di questi fenomeni comporta le piú gravi difficoltà.

A spiegazione dei fenomeni ipnotici, sono state elaborate principalmente tre diverse teorie. La piú antica, che ancor oggi chiamiamo con il nome di Mesmer, sostiene che, nell'atto dell'ipnotizzare, una sostanza imponderabile, un fluido, passa dall'organismo dell'ipnotizzatore in quello dell'ipnotizzato. Mesmer chiamò questo agente "magnetismo"; ma la sua teoria è divenuta cosí estranea all'atteggiamento mentale odierno, con la sua impostazione scientifica, che la si può considerare eliminata. Una seconda teoria, quella somatica, spiega i fenomeni ipnotici secondo lo schema dei riflessi spinali; essa vede nell'ipnosi una condizione fisiologica alterata del sistema nervoso, che si può provocare con stimolazioni esterne (sfregamento, fissazione dell'attività sensoriale, adduzione di magneti, applicazione di metalli ecc.). Questa teoria sostiene che tali stimoli divengono "ipnogeni" solo se c'è una determinata predisposizione del sistema nervoso, e che quindi sono ipnotizzabili solo i nevropatici (specialmente gli isterici); essa trascura l'influsso delle idee nell'ipnosi, e descrive tutta una serie di tipiche alterazioni puramente somatiche riscontrabili nelle condizioni ipnotiche. Com'è noto, è la grande autorità di Charcot a sostenere questa interpretazione esclusivamente somatica dell'ipnosi.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Forel, invece, si schiera totalmente a favore di una terza teoria, la teoria della suggestione, elaborata da Liébeault e dai suoi discepoli (Bernheim, Beaunis, Liégeois). Secondo questa teoria, tutti i fenomeni ipnotici sono effetti psichici, effetti cioè di idee suscitate intenzionalmente o no nell'ipnotizzato. La condizione d'ipnosi si produce in virtú non di stimoli esterni ma della suggestione, e non è caratteristica dei nevropatici, potendosi provocare con poca fatica nella maggior parte delle persone sane. In breve, "il concetto di ipnotismo, finora cosí confuso, deve dissolversi in quello di suggestione". Se poi questo concetto di suggestione sia veramente meno confuso di quello di ipnotismo, è questione che si potrà decidere in seguito a una critica piú approfondita. Qui basterà osservare che il medico che desideri studiare l'ipnosi farà indubitabilmente bene attenendosi d'ora in poi alla suggestione. Egli infatti potrà in qualunque momento convincersi sui propri pazienti che le affermazioni della scuola di Nancy sono esatte, mentre gli sarebbe difficile trovarsi in grado di confermare, con l'osservazione diretta, quei fenomeni descritti da Charcot come "grande ipnotismo" [vedi sopra p. 71], che, a quanto pare, sono riscontrabili solo in pochi pazienti affetti dalla *grande hystérie*.

La seconda parte del libro tratta della suggestione, e copre, con ammirevole concisione e con una forza descrittiva magistralmente penetrante, tutto l'ambito dei fenomeni psichici che si possono osservare nelle persone sotto ipnosi. La chiave per la comprensione dell'ipnosi ci è offerta dalla teoria di Liébault sul sonno normale (o meglio sul modo normale di addormentarsi), dal quale l'ipnosi si distingue solamente per l'inserirsi del rapporto fra il soggetto e colui che lo fa addormentare. Da questa teoria deriva che tutte le persone sono ipnotizzabili, e che occorre un particolare ostacolo perché l'ipnosi non si verifichi. La posizione dell'autore sulla natura di questi possibili ostacoli (un desiderio troppo intenso di farsi ipnotizzare, non meno che una deliberata volontà di impedirlo), sui vari gradi di ipnosi, sul rapporto fra il sonno indotto con la suggestione e gli altri fenomeni dell'ipnosi, concorda per lo piú interamente con quella di Bernheim, la cui opera importantissima sulla suggestione, ora tradotta [vedi lo scritto precedente], sembra aver trovato vastissima risonanza fra il pubblico tedesco. Cosí anche i capitoli sugli effetti della suggestione sotto ipnosi sono presentati come se fossero estratti da Bernheim, ma sono sempre illustrati da esempi tratti dall'esperienza diretta dell'autore. Forel li introduce con questa premessa:

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

"Con la suggestione in stato di ipnosi si possono produrre, influenzare, ostacolare (inibire, modificare, paralizzare o stimolare) tutti i fenomeni soggettivi noti della psiche umana, e gran parte delle funzioni obiettive note del sistema nervoso." Si possono dunque influenzare le funzioni somatiche sensitive e motorie, certi riflessi, certi processi vasomotori (e perfino provocare vesciche!) e, nella sfera psichica, i sentimenti, gli istinti, la memoria, l'attività volitiva, e via dicendo. Chiunque si sia fatta una certa esperienza personale sull'ipnotismo, ricorderà l'impressione provata quando per la prima volta esercitò un influsso, fino ad allora inimmaginabile, sulla vita psichica di un'altra persona, riuscendo a compiere su di un'anima umana esperimenti che in genere sono possibili solo su corpi animali. È vero che questo influsso solo di rado non incontra una certa resistenza da parte dell'ipnotizzato: questi non è un semplice automa, e assai spesso si difende contro la suggestione creando di forza propria delle "autosuggestioni", termine questo, incidentalmente, che solo in apparenza sembra denotare un arricchimento del concetto di "suggestione", mentre, in senso proprio, denota la sua soppressione.

Del piú alto interesse sono le successive discussioni sui fenomeni postipnotici, sulla suggestione a termine prefissato e sulla suggestione in stato di veglia: fenomeni tutti il cui studio ha già fornito dati importantissimi sui processi psichici normali nell'uomo, ma la cui interpretazione è ancora assai discussa. L'opera di Liébault e dei suoi discepoli, anche se non avesse prodotto null'altro che la conoscenza di questi fenomeni singolarissimi e purtuttavia quotidiani, arricchendo cosí la psicologia di un nuovo metodo sperimentale, e prescindendo da ogni portata pratica, si sarebbe pur sempre assicurata un posto di primo piano fra le scoperte scientifiche di questo secolo! Il libriccino di Forel contiene tutta una serie di osservazioni pertinenti e di consigli sull'applicazione pratica dell'ipnotismo, che ci impongono il massimo apprezzamento per l'autore. Solo un medico che unisca in sé l'assoluta padronanza di questa difficile materia con la piú salda convinzione della sua importanza può scrivere in questo modo. La tecnica dell'ipnotismo non è cosí facile come si potrebbe essere indotti a credere dalle ben note critiche rivoltele durante la prima discussione berlinese (l'ipnotismo non sarebbe un'abilità medica, dato che ogni pastorello sarebbe in grado di praticarlo). Bisogna essere provvisti di entusiasmo, pazienza, grande sicurezza e saper ricorrere a molti stratagemmi e intuizioni. Chi vuole ipnotizzare secondo un sistema prestabilito, o teme la sfiducia o lo

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

scherno del soggetto, o vi si accinge con animo scoraggiato, non otterrà grandi risultati. I soggetti da ipnotizzare non devono essere abbandonati nervosamente a sé stessi e le persone molto nervose sono le meno adatte per questo metodo. Un procedimento abile e sicuro eliminerà tutte le presunte conseguenze nocive dell'ipnotismo. Come disse assai a proposito il dottor Bérillon: "On ne s'improvise pas plus médecin hypnotiseur qu'on ne s'improvise oculiste" [Non ci s'improvvisa medico ipnotizzatore piú di quanto ci s'improvvisi oculista].

Che cosa dunque si può ottenere con l'ipnosi? Forel elenca una serie di disturbi "che sembrano recedere meglio di fronte alla suggestione", senza pretendere che il suo elenco sia completo. Bisogna anche aggiungere che per il trattamento ipnotico l'accezione in cui va preso il termine "indicazione" è un po' diversa da quella in cui viene applicato, ad esempio, all'uso della digitale, e via dicendo. Le indicazioni dipendono quasi piú dalle caratteristiche del soggetto che non dalla natura della sua malattia. In una persona non c'è quasi sintomo che non ceda di fronte alla suggestione, per quanto saldo sia il suo fondamento organico, come ad esempio la vertigine nel morbo di Ménière o la tosse nella tubercolosi; in altre, non si riesce minimamente a influenzare disturbi dall'indubbia origine psichica. Non minore importanza hanno l'abilità dell'ipnotizzatore e le condizioni in cui egli può trattare i suoi pazienti. Io stesso ho avuto non pochi risultati felici con il trattamento ipnotico, ma non mi azzardo a intraprendere certe cure come le ho viste praticare a Nancy sotto Liébeault e Bernheim. Mi rendo anche conto che buona parte di questi successi dipende dall'"atmosfera suggestiva" che circonda la clinica di quei due medici, dall'ambiente e dallo stato d'animo delle persone: tutte cose che io non sempre posso sostituire con i soggetti dei miei esperimenti.

È possibile influenzare durevolmente una funzione nervosa mediante la suggestione, o è giustificata l'accusa che la suggestione consegua soltanto successi sintomatici e di breve durata? Lo stesso Bernheim ha risposto incontrovertibilmente a questa accusa nell'ultimo capitolo del suo libro. Egli fa notare che la suggestione agisce allo stesso modo di qualunque altro mezzo terapeutico di cui ci serviamo: da un complesso di sintomi morbosi essa sceglie, cioè, l'uno o l'altro sintomo importante la cui rimozione può avere un influsso benefico sull'intero corso del processo. Si può anche aggiungere che la suggestione soddisfa inoltre tutti i requisiti di un tratta-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mento causale,[1] in tutta una serie di casi: cosí, ad esempio, nei disturbi isterici, che sono la diretta conseguenza di un'idea patogena o il deposito di un'esperienza sconvolgente. Con l'eliminazione di questa idea o con l'indebolimento del ricordo operati dalla suggestione, di solito viene scacciato anche il sintomo. È vero che con ciò l'isteria non è guarita, e in circostanze simili produrrà sintomi analoghi; ma allora l'isteria vien forse guarita con l'idroterapia, con l'ipernutrizione o con la valeriana? Quando mai ci si aspetterà che un medico guarisca una diatesi nervosa, se persistono le circostanze che l'hanno provocata? Secondo Forel, con la suggestione si può ottenere un successo durevole: 1) se il cambiamento operato ha in sé stesso la forza per affermarsi fra le dinamiche del sistema nervoso: se, per esempio, mediante la suggestione si è disabituato un bambino dall'enuresi, l'abitudine normale può affermarsi stabilmente in luogo di quella cattiva che l'aveva preceduta; 2) quando al mutamento viene fornita questa forza mediante determinati farmaci: se, per esempio, uno soffre d'insonnia, affaticamento ed emicrania, la suggestione, assicurandogli il sonno, migliorerà le sue condizioni generali, contribuendo cosí a impedire durevolmente il ritorno dell'emicrania.

Ma che cos'è propriamente la suggestione, sulla quale si fonda tutto il fenomeno dell'ipnotismo, che rende possibili tutti questi risultati? Con questa domanda veniamo a toccare uno dei punti deboli della teoria di Nancy. Senza volerlo, vien fatto di pensare al problema di "dove poggi con i piedi san Cristoforo",[2] riscontrando come l'esauriente opera di Bernheim,[3] che culmina nell'affermazione "tout est dans la suggestion", non si azzardi mai a sollevare il problema dell'essenza della suggestione stessa, cioè non tenti mai una definizione di questo concetto. Quando ero nella fortunata condizione di ascoltare direttamente gli insegnamenti del professor Bernheim sui problemi dell'ipnotismo, mi sembrò di notare che egli chiamasse suggestione *ogni tipo* di influsso psichico esercitato da una persona su di un'altra, e indicasse col verbo "suggestionare" ogni tentativo di esercitare un'influenza psichica su di un'altra persona. Forel cerca di fare una distinzione piú precisa. In un capitolo assai

[1] [Freud discute la natura del trattamento causale e le caratteristiche della psicoanalisi al riguardo, nell'*Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17) lez. 27.]

[2] [Vecchio indovinello caro a Freud, che lo ripeterà nella *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921) § 4: "Cristoforo porta Cristo, Cristo porta tutto il mondo: dimmi dunque, dove poggia i piedi Cristoforo?"]

[3] Il libro sulla suggestione di cui si parla nel capitolo precedente.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

profondo su "Suggestione e coscienza", egli cerca di comprendere il meccanismo della suggestione in base a certe ipotesi fondamentali sugli avvenimenti psichici normali. Anche se non possiamo dichiararci del tutto soddisfatti da queste spiegazioni, siamo tuttavia grati all'autore per averci indicato dove si possa cercare la soluzione del problema, e per averci fornito molti suggerimenti e contributi alla soluzione stessa. È indubbio che osservazioni come quelle di Forel in questo capitolo del suo libro, hanno piú a che fare con il problema dell'ipnosi che non la contrapposizione fra attività corticale e sottocorticale e le speculazioni sulla dilatazione e la contrazione dei vasi sanguigni cerebrali.

Il volume si chiude con un capitolo sull'importanza della suggestione dal punto di vista giuridico. I "delitti suggeriti" costituiscono notoriamente finora soltanto una possibilità cui i giuristi si stanno preparando, e che i romanzieri possono profetizzare come "non cosí improbabili da non poter accadere un giorno o l'altro". Certamente non è difficile indurre in laboratorio dei buoni sonnambuli a commettere crimini immaginari; ma fino a qual punto la consapevolezza che si tratta soltanto di un esperimento faciliti nei soggetti la perpetrazione del delitto, questo è un problema che deve rimanere aperto, dopo le acute critiche mosse da Delbœuf agli esperimenti di Liégeois.[1]

DOTT. SIGM. FREUD

[1] [J. Delbœuf, *L'hypnotisme et la liberté des représentations publiques* (Liegi 1888).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Trattamento psichico
(trattamento dell'anima)

1890

Psiche è una parola greca e significa, tradotta, "anima". *Trattamento psichico* vuol quindi dire "trattamento dell'anima", e si potrebbe dunque pensare che con esso s'intenda: trattamento dei fenomeni patologici della vita dell'anima. Ma non è questo il significato dell'espressione. Trattamento psichico indica piuttosto: trattamento a partire dall'anima, trattamento – di disturbi psichici o somatici – con mezzi che agiscono in primo luogo e immediatamente sulla psiche dell'uomo.

Un tale mezzo è soprattutto la parola, e le parole sono anche lo strumento essenziale del trattamento psichico. Il profano troverà certo difficile comprendere come disturbi patologici del corpo e della psiche possano venir eliminati attraverso le "sole" parole del medico. Egli penserà che si pretende da lui la fede nella magia. Non ha tutti i torti; le parole dei nostri discorsi quotidiani non sono altro che magia sbiadita. Ma sarà necessario prendere una via indiretta, piú ampia, per far capire come la scienza riesca a restituire alla parola almeno una parte della sua primitiva forza magica.

Anche i medici di formazione scientifica hanno imparato soltanto di recente ad apprezzare il valore del trattamento psichico. Ciò si spiega facilmente se si pensa all'evoluzione della medicina nell'ultimo mezzo secolo. Dopo un periodo piuttosto improduttivo di dipendenza dalla cosiddetta "filosofia naturale", la medicina ha fatto, sotto il felice influsso delle scienze naturali, i piú grandi progressi come scienza e come arte, ha scoperto che l'organismo è costruito sulla base di unità microscopicamente piccole (le cellule), ha imparato a comprendere da un punto di vista fisico e chimico gli svolgimenti vitali (funzioni), ha distinto le modificazioni visibili e tangibili delle parti del corpo, che sono conseguenze dei vari processi patolo-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

gici; d'altra parte, ha trovato anche gli indizi attraverso i quali certi processi patologici profondi si rivelano nelle persone ancora in vita, ha scoperto un gran numero di agenti patogeni viventi, e con l'ausilio delle conoscenze recentemente acquisite ha ridotto in misura del tutto straordinaria i pericoli di gravi interventi operatori. Tutti questi progressi e queste scoperte riguardavano l'aspetto somatico dell'uomo, e cosí, in seguito a un indirizzo di valutazione non equo ma facilmente comprensibile, si giunse al punto che i medici limitarono il loro interesse al corpo, concedendo volentieri ai filosofi, da loro disprezzati, di occuparsi della psiche.

È vero che la medicina moderna aveva sufficienti motivi per studiare l'innegabile rapporto tra corpo e psiche; ma essa non smise mai di rappresentare la psiche come determinata dal corpo e da esso dipendente. Fu cosí posto in rilievo il fatto che le prestazioni mentali sono legate alla presenza di un cervello normalmente sviluppato e sufficientemente nutrito e che in ogni malattia di questo organo esse vanno incontro a disturbi, e cosí pure fu posto in rilievo il fatto che l'introduzione di sostanze tossiche in circolo consente di produrre determinati stati di alterazione mentale o, per citare un caso minore, il fatto che i sogni di chi dorme risultano modificati secondo gli stimoli che si fanno agire su di lui a scopo di esperimento.[1]

Il rapporto tra corpo e psiche (nell'animale come nell'uomo) è un rapporto di interazione, ma l'altro aspetto di questo rapporto, l'azione della psiche sul corpo, trovò in passato poca clemenza agli occhi dei medici. Pareva che questi temessero di accordare una certa autonomia alla vita psichica, come se con ciò abbandonassero il terreno della scientificità.

Questo indirizzo unilaterale della medicina in direzione del corpo ha subíto man mano negli ultimi quindici anni un mutamento, che è scaturito direttamente dall'attività medica. Esiste infatti un gran numero di malati, lievi e gravi, che con i loro disturbi e le loro lagnanze pretendono molto dall'arte dei medici, nei quali però, nonostante tutti i progressi nei metodi d'indagine della medicina scientifica, non sono rintracciabili segni visibili e tangibili del processo patologico né in vita né dopo morte. Un gruppo di questi malati colpisce per la ricchezza e la multiformità del quadro clinico: non sono in grado di lavorare intellettualmente per mal di testa o per

[1] [Vedi *L'interpretazione dei sogni* (1899) pp. 32 sg.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

difetto d'attenzione, dolgono loro gli occhi durante la lettura, le gambe si stancano nel camminare, accusano un dolore sordo o si addormentano, la digestione è turbata da sensazioni penose, da eruttazioni o crampi di stomaco, l'evacuazione non avviene se non aiutata, il sonno è abolito, e cosí via. Essi possono avere tutti questi mali nello stesso tempo o successivamente, o soltanto una parte di essi; si tratta evidentemente in tutti i casi della medesima malattia. I sintomi di questa sono spesso mutevoli, si dànno il cambio e si sostituiscono a vicenda; lo stesso paziente che finora era incapace di lavorare a causa di mali di capo, ma aveva una discreta digestione, può rallegrarsi l'indomani perché ha la testa libera, ma da quel momento tollera male la maggioranza dei cibi. Inoltre, i suoi mali lo abbandonano improvvisamente quando interviene un notevole mutamento delle sue condizioni di vita: durante un viaggio può sentirsi perfettamente bene e gustare senza danno il vitto piú vario: tornato a casa, dovrà forse nuovamente limitarsi al latte cagliato. In alcuni di questi malati il disturbo – un dolore o una debolezza di tipo paralitico – può persino cambiare all'improvviso di lato, saltando dalla parte destra del corpo nel settore corrispondente di sinistra. In tutti però si può osservare che i sintomi del male sono chiaramente influenzati da eccitazioni, emozioni, preoccupazioni e cosí via e, inoltre, che essi possono sparire e dar luogo alla salute piena senza lasciar traccia, anche dopo essere durati a lungo.

Dall'indagine medica è alla fine risultato che tali persone non devono essere considerate e trattate come malati di stomaco o malati di occhi e simili, ma che in esse si deve trattare di un male del sistema nervoso nel suo complesso. L'esame del cervello e dei nervi di tali malati non ha però sinora permesso di trovare un mutamento tangibile, e alcuni tratti del quadro clinico tolgono addirittura l'illusione che un giorno si possano rintracciare, con mezzi d'indagine piú sottili, questi mutamenti che sarebbero in grado di spiegare la malattia. A questi stati si è dato il nome di "nervosità" (nevrastenia, isteria) e si sono definiti mali puramente "funzionali" del sistema nervoso.[1] Del resto, anche in molti mali nervosi piú persistenti, e in altri che rivelano soltanto sintomi psichici (cosiddette idee ossessive, idee deliranti, follia), l'indagine minuziosa del cervello (dopo la morte del paziente) non ha dato alcun esito.

[1] Vedi vol. 2, pt. 10, cap. 4 [del volume collettivo sulla "Salute" di cui faceva parte questo scritto di Freud].

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

I medici si trovarono di fronte al compito di indagare la natura e l'origine delle manifestazioni patologiche di questi nervosi o nevrotici. Si scoprí allora che, per lo meno in una parte di questi malati, i segni del male non provengono se non da un *mutato influsso della vita psichica sul corpo*, e che dunque la causa prima del disturbo è da ricercarsi nella psiche. Quali siano le cause piú lontane del disturbo dal quale è stata colpita la psiche e che ora influisce a sua volta in modo perturbante sul corpo, è un'altra questione e possiamo a ragione tralasciarla in questa sede. Ma la scienza medica aveva qui trovato l'allacciamento che le consentiva di rivolgere tutta la sua attenzione al lato sinora trascurato della relazione reciproca tra corpo e anima.

Soltanto quando si studia il patologico s'impara a conoscere il normale. Sull'influsso che la psiche esercita sul corpo erano note da sempre molte cose che solamente ora acquistavano il giusto rilievo. L'esempio piú comune di azione psichica sul corpo, osservabile regolarmente e in ciascuno, è dato dalla cosiddetta "espressione dei moti d'animo". Pressoché tutti gli stati psichici di un uomo si manifestano nella tensione e nel rilassamento dei muscoli facciali, nell'adattamento degli occhi, nell'affluenza del sangue alla cute, nella sollecitazione imposta all'apparato vocale, e nella posizione delle membra, soprattutto delle mani. Questi mutamenti somatici concomitanti non recano in genere alcun vantaggio alla persona, e spesso anzi ostacolano i suoi intenti, quando vuol celare i propri processi psichici di fronte ad altri; ma essi servono agli altri come sicuri indizi, dai quali si possono dedurre i processi psichici e sui quali si fa affidamento piú che sulle espressioni verbali usate nello stesso tempo e intenzionalmente. Se si riesce di sottoporre a un esame piú attento una persona durante determinate attività psichiche, si trovano in essa ulteriori conseguenze somatiche di queste attività, nelle modificazioni dell'attività cardiaca, nella variazione della distribuzione sanguigna nell'organismo, e cosí via.

In certi stati psichici chiamati "affetti", la partecipazione del corpo è cosí evidente e cosí intensa che alcuni studiosi della psiche hanno persino creduto che l'essenza degli affetti consista unicamente nelle loro manifestazioni somatiche. È universalmente noto quali straordinari mutamenti si verifichino nell'espressione facciale, nella circolazione sanguigna, nelle secrezioni, negli stati d'eccitamento dei muscoli volontari, sotto l'influsso per esempio della paura, dell'ira, del

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

dolore psichico, dell'estasi sessuale. Meno noti, ma perfettamente accertati, sono altri esiti somatici degli affetti, che non fanno piú parte della loro espressione. Stati affettivi durevoli di natura penosa o, come si dice, "depressiva", quali dispiacere, preoccupazione e lutto, riducono lo stato di nutrizione del corpo in generale, fanno sí che i capelli imbianchino, il grasso scompaia e le pareti dei vasi sanguigni si modifichino in maniera patologica. Viceversa, sotto l'influsso di eccitazioni piacevoli, della "felicità", si vede tutto il corpo fiorire e la persona riacquista alcuni contrassegni della giovinezza. I grandi affetti hanno evidentemente molto a che fare con la capacità di resistenza alle malattie infettive; ne è un buon esempio l'osservazione medica secondo cui la tendenza a contrarre il tifo e la dissenteria è di gran lunga piú forte negli appartenenti a un'armata sconfitta che nei vincitori. Ma gli affetti, e per vero quasi esclusivamente quelli depressivi, diventano anche, abbastanza spesso, cause patogene di per sé, tanto di malattie del sistema nervoso con modificazioni anatomicamente dimostrabili, quanto di malattie di altri organi, talché si deve supporre che la persona colpita aveva già precedentemente in sé una predisposizione per questa malattia, rimasta sino allora inefficace.

Stati patologici già avanzati possono essere influenzati da affetti impetuosi in modo molto rilevante, per lo piú nel senso di un peggioramento, ma non mancano neppure esempi di un grande spavento, di un dolore improvviso, che attraverso una singolare trasmutazione dell'organismo hanno vantaggiosamente influenzato o addirittura abolito uno stato di malattia ben radicato. Sul fatto che, alla fine, la durata della vita possa essere notevolmente abbreviata da affetti depressivi, e cosí pure che un intenso spavento, una "offesa" o umiliazione cocente possa porre fine alla vita in modo improvviso, non esiste alcun dubbio; stranamente, quest'ultimo effetto si osserva a volte anche come conseguenza di una grande gioia inattesa.

Gli affetti nel senso piú stretto sono caratterizzati da un rapporto del tutto particolare con i processi somatici, ma a rigore tutti gli stati psichici, anche quelli che siamo abituati a considerare "processi di pensiero", sono in una certa misura "affettivi", e non uno di essi è privo delle espressioni somatiche e della capacità di modificare processi somatici. Persino durante il calmo pensare per "rappresentazioni", eccitamenti corrispondenti al contenuto di queste rappresentazioni vengono continuamente deviati verso i muscoli lisci e striati;

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

attraverso un opportuno rafforzamento essi possono essere resi evidenti, fornendo la spiegazione di alcuni fenomeni sorprendenti, anzi, presuntivamente, "soprannaturali". Cosí per esempio la cosiddetta "lettura del pensiero" (*Gedanken erraten*) si spiega attraverso i piccoli, involontari movimenti muscolari che il *medium* compie quando si fanno esperimenti con lui, poniamo quando ci si fa guidare da lui per ritrovare un oggetto nascosto. Tutto il fenomeno merita piuttosto il nome di "tradimento del pensiero" (*Gedanken verraten*).

I processi della volontà e dell'attenzione sono anch'essi in grado d'influenzare profondamente i processi corporei e di avere una parte notevole, come promotori o come inibitori, nelle malattie somatiche. Un grande medico inglese ha riferito che gli riesce di suscitare in qualsiasi parte del suo corpo, sulla quale egli vuole indirizzare la propria attenzione, molteplici sensazioni e dolori, e la maggioranza degli uomini sembra comportarsi in modo analogo a lui. Nel giudicare dolori che di solito si annoverano tra i fenomeni somatici, bisogna in genere prendere in considerazione la loro dipendenza oltremodo evidente da condizioni psichiche. I profani, ai quali piace riassumere tali influssi psichici sotto il nome di "immaginazione", sono soliti avere poco rispetto dei dolori dovuti a immaginazione, contrariamente a quelli provocati da ferita, malattia o infiammazione. Ma questa è una palese ingiustizia; qualunque sia la causa dei dolori, sia pure l'immaginazione, i dolori stessi non sono per questo meno reali e meno violenti.

Nello stesso modo in cui i dolori vengono prodotti o aumentati rivolgendo loro l'attenzione, cosí pure essi scompaiono distogliendo l'attenzione. Con ogni bambino si può utilizzare questa esperienza per quietarlo; il guerriero adulto non sente il dolore della ferita nel febbrile fervore della lotta; nella sovreccitazione del suo sentimento religioso, mentre rivolge tutti i suoi pensieri alla ricompensa celeste che gli sorride, il martire diventa con ogni probabilità perfettamente insensibile al dolore dei suoi tormenti. L'influsso della volontà su processi patologici del corpo è meno facilmente documentabile con esempi, ma è ben possibile che il proposito di guarire o la volontà di morire non siano senza importanza neppure per l'esito di casi gravi e incerti di malattia.

Ha diritto al nostro piú alto interesse lo stato psichico dell'*attesa*, mediante il quale può essere attivata una serie di forze psichiche fra le piú efficaci per contrarre e sanare mali somatici. L'attesa ango-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sciosa non è certo qualche cosa d'indifferente per l'esito; sarebbe importante sapere con sicurezza se essa riesce a compiere, al fine di una malattia, tanto quanto si presume di essa, se per esempio si basa sul vero il fatto che nell'imperversare di un'epidemia sono messi in pericolo soprattutto coloro che temono di ammalarsi. Lo stato contrario, l'attesa colma di speranza e *fiduciosa*, è una forza attiva di cui dobbiamo tener conto in senso stretto in tutti i nostri tentativi di cura e di guarigione. Non sapremmo altrimenti spiegarci la particolarità degli effetti che osserviamo nel caso dei medicamenti e degli interventi terapeutici.

L'influsso piú evidente dell'attesa fiduciosa s'incontra però nelle cosiddette guarigioni "miracolose", che ancor oggi si verificano sotto i nostri occhi senza concorso di arte medica. Le vere guarigioni miracolose si verificano in credenti, sotto l'influsso di preparativi che sono atti ad accrescere i sentimenti religiosi, vale a dire in luoghi dove si venera una immagine miracolosa, dove una persona santa o divina si è mostrata alle creature umane promettendo loro lenimento in compenso di adorazione, oppure dove vengono conservate come un tesoro le reliquie di un santo. Non sembra che la fede religiosa riesca facilmente a rimuovere da sola, mediante l'attesa, la malattia, poiché nelle guarigioni miracolose intervengono per lo piú anche altre circostanze. Le epoche in cui si cerca la grazia divina devono essere contraddistinte da relazioni particolari; la fatica fisica che il malato s'impone, i disagi e i sacrifici del pellegrinaggio, devono renderlo particolarmente degno di questa grazia.

Sarebbe comodo, ma solo erroneo, voler semplicemente negar fede a queste guarigioni miracolose e spiegarle con la coincidenza di un pio inganno e di un'osservazione inesatta. Per quante volte possa risultare giusto questo tentativo di spiegazione, pure esso non ha la forza di eliminare il fatto delle guarigioni miracolose in genere. Queste si verificano effettivamente, si sono verificate in tutti i tempi, e non riguardano soltanto mali di origine psichica, che hanno dunque le loro cause nella "immaginazione", su cui appunto le circostanze del pellegrinaggio possono agire in modo particolare, ma anche stati patologici con una base "organica", che in precedenza avevano resistito a tutti gli sforzi medici.

Non sussiste, tuttavia, alcuna necessità di far intervenire altre forze che non siano psichiche per spiegare le guarigioni miracolose. Neppure in tali condizioni compaiono effetti che potrebbero essere ritenuti incomprensibili per la nostra conoscenza. Tutto avviene natu-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ralmente; anzi, il potere della credulità religiosa subisce in questo caso un rafforzamento, dovuto a parecchie forze motrici genuinamente umane. La pia fede del singolo viene rafforzata dall'entusiasmo della moltitudine di persone in mezzo alla quale egli è solito avvicinarsi al luogo sacro. Attraverso una simile influenza di massa, tutti gli impulsi psichici del singolo uomo possono risultare intensificati in misura illimitata. Quando un individuo cerca la guarigione nel luogo di pellegrinaggio, è la fama, la reputazione del luogo che sostituisce l'influsso della folla: ancora una volta perviene a effetto soltanto il potere della moltitudine. Questo influsso si fa inoltre valere in un altro modo. Poiché è noto che la grazia divina si rivolge sempre e soltanto a pochi tra i molti che la chiedono, ognuno vorrebbe essere tra questi segnati e prescelti; l'ambizione sopita in ogni singolo uomo viene in aiuto alla pia credulità. Là dove cooperano tante forze robuste, non dobbiamo meravigliarci se di tanto in tanto la meta viene effettivamente raggiunta.

Anche coloro che non hanno fede religiosa non devono per questo rinunciare a guarigioni miracolose. La reputazione e l'influenza di massa sostituiscono per loro pienamente la fede religiosa. Esistono in ogni tempo cure di moda e medici di moda, che dominano soprattutto l'alta società, nella quale le aspirazioni a superarsi a vicenda e a emulare i piú eminenti membri rappresentano le piú potenti forze motrici psichiche. Siffatte cure di moda dispiegano effetti terapeutici che non rientrano nel loro ambito di potere, e gli stessi mezzi rendono nelle mani del medico di moda, che per esempio è divenuto famoso soccorrendo una personalità eminente, molto piú di quanto non rendano nel caso di altri medici. Esistono cosí taumaturghi umani, al pari dei taumaturghi divini: solo che questi uomini, innalzati a fama dal favore della moda e dell'imitazione, si logorano rapidamente, come corrisponde alla natura delle forze che agiscono in loro aiuto.

La comprensibile insoddisfazione per l'aiuto spesso insufficiente dell'arte medica, fors'anche l'intima rivolta contro la costrizione del pensiero scientifico, che rispecchia all'uomo l'inesorabilità della natura, hanno posto in tutti i tempi e nuovamente ai giorni nostri una singolare condizione alla forza terapeutica di persone e di rimedi. L'attesa fiduciosa riesce a crearsi soltanto quando il soccorritore non è un medico e può vantarsi di non capire nulla del fondamento scientifico dell'arte terapeutica, quando il rimedio non è sperimentato attraverso un preciso esame, ma per esempio raccomandato da

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

una predilezione popolare. Di qui la sovrabbondanza di cure naturali e di guaritori naturali, che anche oggi continuano a contendere ai medici l'esercizio della loro professione e di cui possiamo se non altro dire, con una certa sicurezza, che molto piú spesso nuocciono anziché giovare a coloro che cercano la guarigione. Se in questo caso abbiamo motivo di inveire contro la fiduciosa attesa dei malati, non dobbiamo però essere tanto ingrati da dimenticare che la medesima forza sorregge incessantemente anche le nostre premure mediche. Probabilmente, l'effetto di qualsiasi rimedio che il medico prescrive, di qualsiasi intervento che egli intraprende, si compone di due parti. Una di queste, ora maggiore ora minore, non mai completamente trascurabile, è data dal comportamento psichico del malato. L'attesa fiduciosa con la quale egli va incontro all'influsso diretto del provvedimento medico, dipende per un verso dall'intensità della sua aspirazione a guarire, per un altro verso dalla sua fiducia di aver fatto a questo scopo i passi opportuni, quindi dalla sua stima dell'arte medica in genere, inoltre dal potere che egli attribuisce alla persona del suo medico e perfino dalla simpatia puramente umana che il medico ha destato in lui. Vi sono medici che posseggono in grado superiore ad altri la capacità di guadagnare la fiducia dei malati; il malato sente allora spesso il sollievo già nel momento in cui vede il medico entrare nella sua stanza.

In ogni epoca, e nell'antichità ancor piú diffusamente di oggi, i medici hanno praticato il trattamento psichico. Se per trattamento psichico intendiamo lo sforzo di suscitare nel malato gli stati e le condizioni psichiche piú favorevoli alla guarigione, allora questo genere di trattamento medico è storicamente il piú antico. I popoli antichi non avevano a disposizione quasi null'altro se non un trattamento psichico; né tralasciavano mai di sostenere l'effetto di pozioni e misure terapeutiche con un insistente trattamento psichico. Le note applicazioni di formule magiche, i bagni purificatori, l'induzione di sogni oracolari mediante il sonno nel recinto dei templi e cosí via, possono aver agito terapeuticamente soltanto per via psichica. La personalità del medico stesso si creò una reputazione che derivava direttamente dalla potenza divina, giacché ai suoi inizi l'arte terapeutica era nelle mani dei sacerdoti. In questo modo, allora come oggi, la persona del medico era una delle condizioni fondamentali per creare nel malato lo stato psichico favorevole alla guarigione.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Ora cominciamo a comprendere anche la "magia" della parola. Le parole sono infatti i mediatori piú importanti dell'influsso che un uomo vuole esercitare sull'altro; le parole sono un buon mezzo per provocare modificazioni psichiche in colui al quale sono dirette e, perciò, non suona piú enigmatica l'affermazione secondo cui la magia della parola può eliminare fenomeni patologici, in primo luogo quelli che sono essi stessi fondati su stati psichici.

Tutti gli influssi psichici che si sono dimostrati efficaci nell'eliminazione di malattie, hanno qualche cosa d'imprevedibile. Affetti, applicazione della volontà, distoglimento dell'attenzione, attesa fiduciosa, tutte queste forze che, di quando in quando, sopprimono la malattia, vengono meno in altri casi senza che si possa rendere responsabile del diverso risultato la natura della malattia. Ciò che ostacola la regolarità del successo terapeutico è evidentemente il carattere autonomo delle personalità, psichicamente tanto diverse. Da quando dunque i medici hanno riconosciuto chiaramente l'importanza dello stato psichico per la guarigione, è diventato ovvio per essi tentare di non lasciar piú decidere al malato l'entità di compiacenza psichica che può instaurarsi in lui, ma d'imporre deliberatamente, con mezzi idonei, lo stato d'animo favorevole. Con questo tentativo prende inizio il trattamento psichico moderno.

Risultano cosí un gran numero di modi di trattamento, alcuni dei quali ovvi, altri comprensibili solo partendo da intricate premesse. È ovvio per esempio che il medico, il quale oggi non può ispirare ammirazione come sacerdote o come detentore di una scienza segreta, faccia uso della sua personalità in modo tale da poter guadagnare la fiducia e una parte di simpatia del suo malato. Si dimostra allora utile per una ripartizione funzionale il fatto che un simile successo egli lo ottenga soltanto presso un numero limitato di malati, mentre altri, per il loro grado di cultura e le loro inclinazioni, vengono attratti da altre personalità mediche; ma *con l'abolizione della libera scelta del medico andrebbe distrutta una condizione importante per l'influenzamento psichico dei malati.*

Il medico è costretto a lasciare sfuggire tutta una serie di rimedi psichici molto efficaci. O non ha il potere o non può arrogarsi il diritto di applicarli. Questo vale in primo luogo per la produzione di affetti robusti, cioè per i mezzi piú importanti con i quali la psiche agisce sul corpo. Spesso il destino cura le malattie mediante intense eccitazioni liete, mediante soddisfacimento di bisogni, appagamento

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di desideri; con simili fattori il medico, che al di fuori della sua arte è spesso egli stesso un impotente, non può gareggiare. Piuttosto, sarà forse in suo potere provocare a scopi terapeutici timore e spavento, ma, a parte il caso dei bambini, dovrà riflettere bene prima di ricorrere a simili provvedimenti a doppio taglio. D'altra parte, tutti i rapporti con il malato che si collegano con sentimenti affettuosi sono esclusi per il medico, a causa dell'importanza fondamentale di queste situazioni psichiche. E con ciò tutto il suo potere di modificare psichicamente i suoi malati parrebbe *a priori* cosí limitato che il trattamento psichico praticato intenzionalmente non prometterebbe alcun vantaggio rispetto al metodo precedente.

Il medico può cercare, per esempio, d'indirizzare l'attività volontaria e l'attenzione del malato, e ha buon motivo di far questo in diversi stati patologici. Se costringe con perseveranza colui che si ritiene paralizzato a compiere i movimenti che il malato presume di non saper fare, o se rifiuta di visitare un ansioso che chiede di essere visitato per una malattia che è di certo inesistente, avrà scelto il trattamento giusto; ma queste occasioni sporadiche difficilmente autorizzano a presentare il trattamento psichico come un metodo terapeutico particolare. Per contro si è offerta al medico, in modo singolare e non prevedibile, la possibilità di esercitare un'influenza profonda, anche se transitoria, sulla vita psichica dei suoi malati e di sfruttarla a scopi terapeutici.

Era nota da molto tempo, ma soltanto negli ultimi decenni è stata accertata al di là di ogni dubbio, la possibilità di trasporre le persone, mediante certi blandi interventi, in uno stato psichico del tutto particolare che ha molta somiglianza con il sonno e che viene perciò definito "ipnosi". I metodi per produrre l'ipnosi non hanno a prima vista molto in comune fra loro. Si può ipnotizzare facendo fissare per alcuni minuti lo sguardo su un oggetto lucente, oppure tenendo, per lo stesso lasso di tempo, un orologio da tasca vicino all'orecchio della persona sottoposta all'esperimento, oppure passando ripetutamente, a poca distanza, le mani aperte sul suo volto e sulle sue membra. Ma si può ottenere lo stesso effetto se alla persona che si vuole ipnotizzare si annuncia con calma sicurezza il subentrare dello stato ipnotico e delle sue caratteristiche, le si "suggerisce" dunque verbalmente l'ipnosi. Si possono anche collegare fra loro i due metodi. Per esempio, si fa accomodare la persona, le si tiene un dito davanti agli occhi, le si raccomanda di guardarlo fissamente e poi le si dice: "Lei

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

si sente stanco. Gli occhi già le si chiudono, Lei non può tenerli aperti. Le sue membra sono pesanti, Lei non può piú muoversi. Lei si addormenta..." e cosí via. Si nota tuttavia che tutti questi procedimenti hanno in comune la fissazione dell'attenzione; nei primi citati, si tratta di stancare l'attenzione attraverso stimoli sensoriali deboli e regolari. Come accada che il semplice suggerimento verbale provochi esattamente lo stesso stato degli altri metodi, non è ancora chiarito in modo soddisfacente. Ipnotizzatori esperti dichiarano che in questo modo si raggiunge nell'ottanta per cento circa dei soggetti d'esperimento una netta modificazione ipnotica. Ma non si hanno segni per poter indovinare in anticipo quali persone siano ipnotizzabili e quali no. Uno stato patologico non fa parte in alcun modo delle condizioni dell'ipnosi: sembra che le persone normali siano ipnotizzabili in modo particolarmente facile, una parte dei soggetti nervosi molto difficilmente, mentre i malati di mente sono assolutamente refrattari. Lo stato ipnotico ha gradazioni molto diverse; nella sua fase piú leggera, l'ipnotizzato avverte soltanto qualcosa come un blando stordimento, mentre il grado massimo d'ipnosi, contraddistinto da speciali peculiarità, è chiamato "sonnambulismo" per la sua somiglianza con il fenomeno del camminare nel sonno osservato naturalmente. L'ipnosi però non è assolutamente un sonno, come quello notturno o il sonno indotto artificialmente da sonniferi. In essa compaiono modificazioni e risultano conservate prestazioni psichiche che mancano al sonno normale.

Alcuni fenomeni dell'ipnosi, per esempio le modificazioni dell'attività muscolare, hanno soltanto un interesse scientifico. Ma il segno piú significativo, e per noi piú importante, dell'ipnosi sta nel comportamento dell'ipnotizzato verso il suo ipnotizzatore. Mentre l'ipnotizzato si comporta verso il mondo esterno solitamente come un dormiente, vale a dire se ne è distolto con tutti i suoi sensi, egli è *sveglio* per la persona che lo ha trasferito in ipnosi, ode e vede soltanto questa, la comprende e le dà risposta. Questo fenomeno, che si chiama *rapport* nel caso dell'ipnosi, trova un corrispettivo nel modo in cui dormono alcune persone, per esempio la madre che nutre il suo bambino.[1] Il fenomeno è cosí evidente che dovrebbe consentirci di comprendere la relazione tra ipnotizzato e ipnotizzatore.

Ma dire che il mondo dell'ipnotizzato si limita per cosí dire all'ipno-

[1] [Vedi le osservazioni su questo argomento nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 209 e passim.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tizzatore, non basta. A ciò si aggiunge che il primo diventa perfettamente arrendevole verso il secondo, *ubbidiente* e *credulo* e precisamente, con una ipnosi profonda, in maniera quasi illimitata. E l'attuazione di questa obbedienza e credulità rivela allora come caratteristico dello stato ipnotico il fatto che l'influsso della vita psichica sul corpo è straordinariamente intensificato nell'ipnotizzato. Quando l'ipnotizzatore dice: "Lei non può muovere il braccio", il braccio cade come immobile; è palese che l'ipnotizzato fa appello a tutta la sua forza e non riesce a muoverlo. Quando l'ipnotizzatore dice: "Il suo braccio si muove da sé, Lei non può arrestarlo", allora il braccio si muove e si vede l'ipnotizzato fare vani sforzi per arrestarlo. La rappresentazione che l'ipnotizzatore ha dato all'ipnotizzato attraverso la parola, ha suscitato in quest'ultimo esattamente quel comportamento psicofisico che corrisponde al contenuto di essa. Questo implica da un lato obbedienza, ma dall'altro lato accrescimento dell'influsso fisico di un'idea. Qui la parola è ridiventata realmente magia.

Lo stesso avviene nel campo delle percezioni sensorie. L'ipnotizzatore dice: "Lei vede un serpente. Lei odora una rosa. Lei ode la musica piú bella", e l'ipnotizzato vede, odora, ode, come la rappresentazione indotta in lui gli richiede. Da che cosa si sa che l'ipnotizzato ha realmente queste percezioni? Si potrebbe pensare che egli faccia come se le avesse; ma non v'è alcun motivo per dubitare di questo, poiché egli si comporta esattamente come se avesse in realtà queste percezioni, manifesta tutti gli affetti a esse inerenti e, dopo l'ipnosi, può eventualmente anche riferire le sue percezioni ed esperienze immaginarie. Si nota allora che egli ha visto e udito come noi vediamo e udiamo in sogno, vale a dire ha "allucinato". Evidentemente, egli è tanto credulo nei confronti dell'ipnotizzatore da essere *convinto* che ci debba essere un serpente da vedere quando l'ipnotizzatore glielo annuncia, e questa convinzione agisce cosí fortemente sul corpo, che egli il serpente lo vede effettivamente, come del resto può succedere occasionalmente anche a persone non ipnotizzate.

Detto per inciso, una credulità quale quella che l'ipnotizzato riserva al suo ipnotizzatore, fuori dell'ipnosi, si trova nella vita reale soltanto nel bambino rispetto agli amati genitori, e una impostazione analoga della propria vita psichica verso quella di un'altra persona, con una sottomissione simile, ha un corrispettivo unico, ma in questo caso di pieno valore, in alcuni rapporti amorosi contraddistinti da com-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pleta dedizione. La coincidenza tra valutazione esclusiva e obbedienza credula rientra in genere nella caratterizzazione dell'amare.[1]

Sullo stato ipnotico vi sono ancora alcune cose da dire. Il discorso dell'ipnotizzatore, che manifesta gli effetti magici descritti, viene chiamato "suggestione" e ci si è abituati a usare questa parola[2] anche là dove in un primo momento esiste solo l'*intenzione* di provocare un effetto di questo genere. Al pari del movimento e della sensazione, anche tutte le altre attività psichiche dell'ipnotizzato obbediscono a questa suggestione, mentre di solito egli non intraprende nulla per sua iniziativa. Si può utilizzare l'obbedienza ipnotica per una serie di esperimenti molto notevoli, che consentono uno sguardo in profondità nel congegno psichico e procurano allo spettatore un'indelebile convinzione del potere non sospettato della psiche sul corpo. Nello stesso modo in cui si può costringere l'ipnotizzato a vedere ciò che non c'è, gli si può anche proibire di vedere qualcosa che c'è e che tende ad imporsi ai suoi sensi, per esempio una determinata persona (la cosiddetta "allucinazione negativa"), e questa persona trova allora impossibile farsi notare attraverso stimoli di qualsivoglia natura dall'ipnotizzato: essa viene trattata da lui "come aria". Si può trasmettere all'ipnotizzato la suggestione di eseguire una certa azione soltanto in un determinato momento dopo il risveglio dall'ipnosi (la "suggestione postipnotica"), e l'ipnotizzato rispetta il tempo ed esegue l'azione suggerita in pieno stato vigile, senza poterne fornire un motivo. Se allora gli si chiede perché l'ha fatta proprio in quel momento, egli si richiama a un oscuro impulso al quale non ha saputo resistere, oppure inventa un pretesto piú o meno plausibile, mentre non ricorda il motivo vero, la suggestione che gli è stata trasmessa.

Il risveglio dall'ipnosi avviene senza fatica mediante l'ordine perentorio dell'ipnotizzatore: "Si svegli." Nelle ipnosi piú profonde, manca poi il ricordo di tutto ciò che è stato provato durante l'ipnosi sotto l'influenza dell'ipnotizzatore. Questo brano di vita psichica rimane per cosí dire separato dal resto. Altri ipnotizzati hanno un ricordo sognante e altri ancora ricordano tutto, ma riferiscono di essersi trovati sotto una costrizione psichica di fronte alla quale non era possibile alcuna resistenza.

[1] [Su questo argomento Freud ritornò molti anni dopo, in *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921) § 8.]

[2] [La parola *Suggestion* fu importata in tedesco nel suo senso tecnico e solo successivamente acquistò un significato piú generale.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il vantaggio scientifico ricavato da medici e studiosi della psiche dalla cognizione dei fatti ipnotici non si può facilmente sopravvalutare. A questo punto però, per apprezzare l'importanza pratica delle nuove conoscenze, si metta al posto dell'ipnotizzatore il medico, al posto dell'ipnotizzato il malato. L'ipnosi non sembra allora chiamata a soddisfare tutti i bisogni del medico, in quanto egli intenda presentarsi al malato come "medico dell'anima"? L'ipnosi elargisce al medico un'autorità quale verosimilmente mai un sacerdote o un taumaturgo hanno posseduto, giacché concentra tutto l'interesse psichico dell'ipnotizzato sulla persona del medico; essa abolisce nel malato l'arbitrarietà della vita psichica, in cui abbiamo riconosciuto il capriccioso impedimento alla manifestazione di influssi psichici sul corpo; essa produce di per sé un aumento del dominio psichico sul corpo, che altrimenti si osserva soltanto con le influenze affettive piú forti, e attraverso la possibilità di far comparire soltanto in seguito, nello stato normale, quanto è stato insinuato nel malato durante l'ipnosi (suggestione postipnotica), essa porge al medico i mezzi per utilizzare il suo grande potere durante l'ipnosi in vista di modificare il malato nello stato vigile. Da ciò risulterebbe uno schema semplice per il metodo di guarigione attraverso il trattamento psichico. Il medico traspone il malato nello stato d'ipnosi, gli trasmette la suggestione, variabile di volta in volta in base alle circostanze, secondo cui egli non è malato e dopo il risveglio non sentirà nessuno dei sintomi del suo male; poi lo risveglia e può abbandonarsi alla speranza che la suggestione abbia fatto il suo dovere nei confronti della malattia. Se un'unica applicazione non fosse bastata, si potrebbe caso mai ripetere il procedimento per il necessario numero di volte.

Un'unica considerazione potrebbe trattenere medico e paziente dall'applicare questo metodo terapeutico cosí promettente. Quando cioè dovesse risultare che il vantaggio della trasposizione in ipnosi è bilanciato da un danno altrove, per esempio se essa lasciasse dietro di sé un disturbo o una debilitazione durevole nella vita psichica dell'ipnotizzato. Le esperienze fatte sinora sono ormai sufficienti per accantonare questa esitazione; ipnotizzazioni singole sono del tutto innocue, e perfino ipnosi piú volte ripetute sono in genere inoffensive. Una sola cosa va rilevata: dove le circostanze richiedono un'applicazione continua dell'ipnosi, s'instaura un'assuefazione all'ipnosi e una dipendenza dal medico ipnotizzatore, che non può rientrare negli intenti del metodo terapeutico.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il trattamento ipnotico significa dunque realmente un grande ampliamento dell'ambito di potere medico e con ciò un progresso dell'arte terapeutica. Ad ogni sofferente si può dare il consiglio di affidarglisi, quando venga applicato da un medico esperto e degno di fiducia. Ma dell'ipnosi ci si dovrebbe servire in un modo diverso da quello che è per lo piú usato oggi. Di solito si ricorre a questò tipo di trattamento soltanto quando tutti gli altri rimedi sono falliti e il paziente è ormai scoraggiato, disgustato. Allora egli abbandona il proprio medico, che non conosce la tecnica dell'ipnosi o non la pratica, e si rivolge a un medico estraneo che di solito non fa altro e non sa fare altro che ipnotizzare. Entrambe le cose sono svantaggiose per il malato. Il medico di famiglia dovrebbe essere egli stesso esperto della terapia ipnotica e applicarla sin dall'inizio, se ritiene idoneo sia il caso sia la persona. Ovunque essa sia utilizzabile, l'ipnosi dovrebbe stare alla pari di tutte le altre procedure terapeutiche, non significare un ultimo rifugio o addirittura una caduta dalla scientificità nella ciarlataneria. Ma la terapia ipnotica non è utilizzabile soltanto in tutti gli stati nervosi e nei disturbi insorti per "immaginazione", nonché nel divezzamento da abitudini morbose (alcoolismo, morfinomania, aberrazioni sessuali), bensí anche in molte malattie organiche, perfino infiammatorie, dove, pur perdurando il male di fondo, esiste la prospettiva di eliminarne quei sintomi che soprattutto affliggono il malato, quali i dolori, l'inibizione motoria e simili. La scelta dei casi per l'uso del procedimento ipnotico dipende per intero dalla decisione del medico.

Ora però è tempo di dissipare l'impressione secondo cui con la risorsa dell'ipnosi sarebbe iniziata per il medico un'epoca di comoda taumaturgia. Bisogna prendere in considerazione altre svariate circostanze, che sono atte a diminuire notevolmente le nostre pretese nei confronti della terapia ipnotica e a ricondurre alla loro giusta misura le speranze eventualmente destatesi nel malato. In primo luogo risulta insostenibile quel presupposto fondamentale, secondo cui si sarebbe riusciti, attraverso l'ipnosi, a far perdere ai malati l'arbitrarietà disturbante del loro comportamento psichico. Essi la conservano e la dimostrano già a partire dalla presa di posizione di fronte al tentativo di ipnotizzarli. Se prima si è detto che l'ottanta per cento circa delle persone sono ipnotizzabili, questo alto numero è stato raggiunto semplicemente annoverando tra i casi positivi tutti i casi che mostrano una traccia qualsiasi di influenza ipnotica. Ipnosi

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

realmente profonde con docilità completa, quali quelle che si scelgono per campione in una descrizione, sono propriamente rare, e comunque non cosí frequenti come sarebbe desiderabile nell'interesse della guarigione. Si può viceversa attutire l'impressione di questo fatto, rilevando che la profondità dell'ipnosi e l'arrendevolezza di fronte alle suggestioni non vanno di pari passo, sicché spesso con uno stordimento ipnotico leggero si può però osservare un buon effetto della suggestione. Ma anche a voler considerare la docilità ipnotica presa a sé stante come l'aspetto essenziale di questo stato, bisogna ammettere che le singole persone dimostrano la loro singolarità lasciandosi influenzare soltanto sino a un determinato grado di arrendevolezza, al quale poi si fermano. Esse dimostrano quindi gradi molto diversi di adattabilità al procedimento ipnotico. Se si riuscisse a trovare dei mezzi attraverso i quali si potessero amplificare tutti questi particolari gradi dello stato ipnotico sino all'ipnosi completa, la singolarità dei malati sarebbe riuovamente eliminata, e l'ideale del trattamento psichico realizzato. Ma questo progresso sinora non è riuscito; dipende ancor sempre molto piú dal malato che dal medico il grado di docilità che sarà messo a disposizione della suggestione, cioè dipende ancora una volta dalla volontà del malato.

Ancor piú significativo è un altro punto di vista. Descrivendo i risultati estremamente singolari della suggestione nello stato ipnotico, si dimentica facilmente che in questo caso, come in tutti gli effetti psichici, si tratta anche di rapporti di grandezze e di forze. Se si traspone in ipnosi profonda un uomo sano e gli s'impone di mordere una patata che gli si presenta come pera, oppure gli si suggerisce che vede un conoscente e lo deve salutare, si noterà facilmente una docilità completa, perché non esiste nell'ipnotizzato alcun motivo serio che lo porti a ribellarsi alla suggestione. Ma già nel caso di altri ordini, quando per esempio si pretende da una ragazza pudica di spogliarsi, o da un uomo onesto di appropriarsi col furto di un oggetto di valore, si può notare nell'ipnotizzato una resistenza che può perfino giungere al punto da negare obbedienza alla suggestione. Da ciò s'impara che, anche nella migliore delle ipnosi, la suggestione non esercita un potere illimitato ma solo un potere di determinata forza. L'ipnotizzato fa sacrifici piccoli, esita di fronte ai grandi, esattamente come nello stato vigile. Ora, se si ha a che fare con un malato e lo si spinge, attraverso la suggestione, a rinunciare alla malattia, si nota che questo per lui significa un sacrificio grande e non un sacrificio piccolo. È vero che anche qui il potere della suggestione si cimenta

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

con la forza che ha creato e mantiene i fenomeni patologici, ma l'esperienza dimostra che quest'ultima è di tutt'altro ordine di grandezza dell'influsso ipnotico. Lo stesso malato che si adatta, assolutamente docile, a ogni situazione onirica – non propriamente scandalosa – che gli si suggerisce, può rimanere perfettamente refrattario di fronte alla suggestione che, per esempio, gli contesta la sua paralisi immaginaria. A ciò si aggiunge, nella pratica, che proprio i malati nervosi sono per lo piú mal ipnotizzabili, di modo che non l'influsso ipnotico pieno, bensí solo una sua frazione deve sostenere la lotta contro le robuste forze con le quali la malattia è ancorata nella vita psichica.

Alla suggestione dunque non è assicurata in partenza la vittoria sulla malattia, una volta che l'ipnosi, e perfino una ipnosi profonda, sia riuscita. C'è pur sempre bisogno di una lotta e l'esito è molto spesso incerto. Di fronte a disturbi seri di origine psichica non si ottiene quindi nulla con un'unica ipnosi. Ma con la ripetizione dell'ipnosi viene a cadere l'impressione del miracolo, al quale forse il malato si è preparato. Si può poi ottenere che con ripetute ipnosi l'influsso inizialmente scarso sulla malattia si faccia sempre piú chiaro, sino a quando si stabilisce un risultato soddisfacente. Ma un trattamento ipnotico di tal genere può essere altrettanto faticoso e lungo di qualsiasi altro.

La debolezza relativa della suggestione rispetto al male da combattere si svela anche in un altro modo: vale a dire, la suggestione porta sí alla soppressione dei fenomeni patologici, ma soltanto per breve tempo. Trascorso questo tempo, i sintomi del male sono di nuovo presenti e devono di nuovo venire scacciati attraverso una nuova ipnosi con suggestione. Se questo decorso si ripete abbastanza spesso, esso di solito esaurisce la pazienza sia del malato sia del medico e ha per conseguenza la rinuncia al trattamento ipnotico. Questi sono anche i casi in cui tende a instaurarsi nel malato la dipendenza dal medico, insieme a una specie di smania per l'ipnosi.

È bene che il malato conosca queste manchevolezze della terapia ipnotica e le possibilità di delusione nel corso della sua applicazione. La forza terapeutica della suggestione ipnotica è infatti qualche cosa di reale e non ha bisogno di un elogio esagerato. D'altra parte è facilmente comprensibile che i medici, ai quali il trattamento ipnotico della psiche aveva promesso molto piú di quanto è riuscito a mantenere, non si stanchino di cercare altri procedimenti che rendano possibile un'azione piú incisiva, o meno imprevedibile, sulla

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

psiche del malato. Ci si può abbandonare alla sicura speranza che il moderno e consapevole trattamento psichico, il quale rappresenta una recentissima ripresa di metodi terapeutici antichi, offra ai medici armi ancor piú forti per la lotta contro la malattia. Un esame piú approfondito dei processi della vita psichica, i cui primi elementi poggiano appunto sulle esperienze ipnotiche, ne indicherà i mezzi e le vie.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Ipnosi

1891

Sarebbe erroneo ritenere facile la pratica dell'ipnosi per scopi terapeutici: la *tecnica* dell'ipnotizzare non è invece meno difficile di qualunque altro procedimento medico. Il medico che vuole esercitare l'ipnosi deve avere imparato il metodo da un maestro in quest'arte, e anche in tal caso avrà bisogno di molta pratica personale per ottenere successi che non si esauriscano in pochi casi isolati. Divenuto un esperto ipnotizzatore, egli affronterà il suo compito con quella serietà e decisione che derivano dalla coscienza di compiere qualcosa di utile, e anzi in certi casi di necessario. Il ricordo di tante guarigioni effettuate con l'ipnosi darà al suo comportamento verso i malati una sicurezza che a sua volta non mancherà di suscitare anche in loro l'aspettativa di una nuova guarigione. Chi si accinge a ipnotizzare credendovi solo a metà, chi si sente un po' comico in quella situazione, chi con l'espressione, i gesti, la voce rivela di non aspettarsi nulla dall'esperimento, non avrà alcun motivo di meravigliarsi di un insuccesso, e farebbe meglio a lasciare questo metodo terapeutico ad altri medici, che lo possono praticare senza sentirsi lesi nella dignità professionale, convinti come sono, per l'esperienza e per le letture fatte, della realtà e dell'importanza dell'influenza ipnotica.

Ci si proponga per principio di non imporre ad alcun paziente il trattamento ipnotico. Fra il pubblico è diffuso il pregiudizio, sostenuto anche da medici eminenti ma non bene informati su questa materia,[1] che l'ipnosi costituisca un intervento pericoloso. Se cercassimo di imporre l'ipnosi a una persona che presta fede a queste affermazioni, saremmo probabilmente interrotti già dopo pochi minuti

[1] [Riferimento a Meynert. Vedi sopra, pp. 82 sgg., le critiche di Freud contenute nella sua recensione a Forel.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

da incidenti spiacevoli, derivanti dall'ansia del paziente e dalla sua penosa sensazione di venir sopraffatto, ma che certamente verrebbero considerati come conseguenza dell'ipnosi. Quando dunque si manifesta una violenta resistenza contro l'ipnosi, è meglio rinunciare a questo metodo, in attesa che il malato, grazie a nuove informazioni, si riconcili con l'idea di venire ipnotizzato. Invece non costituisce un elemento sfavorevole il fatto che un paziente dichiari di non temere l'ipnosi, ma di non credervi, o di non credere di poter trarne giovamento. In questo caso gli si dice: "Non pretendo che Lei ci creda, ma chiedo solo la sua attenzione, e un po' di arrendevolezza all'inizio"; e, di regola, questo atteggiamento indifferente del paziente costituisce per noi un aiuto eccellente. Bisogna dire d'altronde che vi sono persone cui è di ostacolo al cadere in ipnosi proprio il loro insistente desiderio di farsi ipnotizzare. Ciò non concorda minimamente con l'opinione corrente, secondo cui per cadere in ipnosi occorre "credervi", eppure le cose stanno proprio cosí. In generale si può partire dal presupposto che tutti gli uomini siano ipnotizzabili; però ogni singolo medico, nelle condizioni in cui opera, non riuscirà a ipnotizzare alcune persone, spesso senza poter dire da cosa dipenda l'insuccesso. Certe volte con un determinato procedimento si riesce a ottenere facilmente ciò che con un altro sembrava impossibile, e lo stesso si può dire per i diversi medici. Non si può mai sapere fin da prima se si riuscirà o no a ipnotizzare un paziente, e per rendersene conto non c'è altro modo che tentare. Finora non si è riusciti a mettere in correlazione la suscettibilità all'ipnosi con alcun'altra caratteristica di un individuo. È vero soltanto che gli ammalati mentali e i degenerati per lo piú non sono ipnotizzabili, e i nevrastenici lo sono solo con grande difficoltà. Non è vero però che gli isterici non siano adatti all'ipnosi, e anzi è proprio in questi ultimi che l'ipnosi insorge in seguito a interventi puramente fisiologici, e con tutte le caratteristiche di una particolare condizione fisica. È importante formarsi prima un giudizio provvisorio sull'individualità psichica di un paziente che s'intende sottoporre a ipnosi, ma su questo punto non si possono formulare regole precise. È chiaro però che non conviene iniziare un trattamento medico súbito con l'ipnosi, e che sarà meglio guadagnarsi prima la fiducia del paziente, lasciando che la sua sfiducia e il suo atteggiamento critico si attutiscano un poco. Chi gode di una grande fama come medico o come ipnotizzatore, può comunque fare a meno di questo periodo preparatorio.

Contro quali malattie si deve ricorrere all'ipnosi? È piú difficile

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

stabilire le indicazioni per l'ipnosi di quanto non avvenga per altri metodi terapeutici, poiché nella terapia ipnotica le reazioni individuali hanno un'importanza quasi altrettanto grande quanto la natura della malattia da combattere. In generale bisogna evitare di ricorrere all'ipnosi per quei sintomi che hanno un fondamento organico, usandola invece solo per i disturbi esclusivamente funzionali, nervosi, di natura psichica, e per le tossicomanie o altre forme di assuefazione. Ci si deve però convincere che anche molti sintomi di malattie organiche sono accessibili all'ipnosi, e che le alterazioni organiche possono sussistere senza il disturbo funzionale che ne deriva. Data l'attuale ripugnanza contro il trattamento ipnotico, è raro che all'ipnosi si ricorra prima di aver tentato invano tutti gli altri metodi. E ciò ha i suoi vantaggi, perché in tal modo si viene a conoscere la vera sfera d'azione dell'ipnosi stessa. Si può naturalmente anche ipnotizzare ai fini di una diagnosi differenziale, per esempio quando si è in dubbio se determinati sintomi siano imputabili all'isteria o rientrino in un quadro organico. Questa prova però ha valore solo se il risultato è favorevole.

Fatta conoscenza col malato e stabilita la diagnosi, si pone il problema se sia il caso d'intraprendere l'ipnosi a quattr'occhi o di richiedere invece la presenza di una terza persona di fiducia. Questa sarebbe una misura per proteggere i pazienti da un abuso di ipnosi, e il medico dall'accusa di un tale abuso: e sono entrambe cose che accadono! Ma non è sempre possibile ricorrere a questa misura. La presenza di un'amica, del marito, e via dicendo, spesso disturba notevolmente la malata e diminuisce di molto l'influenza del medico; inoltre, il contenuto delle suggestioni impartite nell'ipnosi non sempre è adatto a essere comunicato a un'altra persona, intima della paziente. La presenza di un secondo medico non avrebbe questi svantaggi, ma rende talmente piú difficile l'attuazione del trattamento che nella maggior parte dei casi non vi si può ricorrere; infatti il medico, che ha prima di tutto il dovere di aiutare il paziente mediante l'ipnosi, nella maggior parte dei casi rinuncerà alla presenza di una terza persona, pur incorrendo nel pericolo summenzionato, che si affiancherà agli altri pericoli connessi con l'esercizio della sua professione. La paziente, dal canto suo, si guarderà dal farsi ipnotizzare da un medico che non le sembra degno della massima fiducia.

È invece assai importante che un paziente prima di sottoporsi all'ipnosi veda altre persone sotto ipnosi, e impari per imitazione il

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

comportamento da tenere, apprendendo dagli altri in che cosa consistano le sensazioni che si provano sotto ipnosi. Nella clinica di Bernheim e nell'ambulatorio di Liébeault, a Nancy, dove qualunque medico può ottenere informazioni sugli effetti dell'influenza ipnotica, non si pratica mai un'ipnosi a quattr'occhi. Ogni paziente che non ha fatto ancora la conoscenza dell'ipnosi osserva per un certo tempo come i pazienti di piú vecchia data si addormentano, come ubbidiscono durante l'ipnosi e ammettono, dopo il risveglio, che i loro sintomi sono scomparsi. Ciò lo rende psichicamente preparato, permettendogli di addormentarsi profondamente sotto ipnosi quando viene il suo turno. Lo svantaggio di questo procedimento consiste nel fatto che i disturbi di ogni individuo vengono discussi di fronte a una gran quantità di persone, il che non sarebbe opportuno per pazienti delle classi sociali elevate. Comunque un medico che desideri curare con l'ipnosi non deve rinunciare a quest'utile espediente, e se appena è possibile deve fare assistere la persona da ipnotizzare a uno o piú tentativi d'ipnosi riuscita. Se anche non si può contare sul fatto che il paziente si ipnotizzi da solo per imitazione, non appena gliene si dà il segnale, si può scegliere fra diversi *procedimenti* per indurlo in stato d'ipnosi; tratto comune a tutti è il fatto che ricordano il processo dell'addormentarsi mediante determinate sensazioni corporee. Il modo migliore è il seguente: si fa sedere il paziente comodamente, e gli si dice di stare molto attento e di non parlare piú iniziando da quel momento, perché ciò gli impedirebbe di addormentarsi. Gli si fanno togliere tutti gli indumenti che possano in qualche modo esercitare una costrizione, e si fanno disporre le persone presenti in una parte della camera dove il paziente non le possa vedere. Si provvede a rendere la camera oscura e silenziosa. Dopo questi preparativi, ci si pone di fronte al paziente invitandolo a fissare due dita della mano destra del medico, ponendo attenzione alle sensazioni che proverà. Dopo pochissimo tempo, piú o meno due minuti, si comincia a indurre nel paziente la sensazione dell'addormentarsi. Gli si dice ad esempio: "Vedo già che con Lei le cose andranno in fretta. Il suo viso ha già assunto un'espressione fissa, il respiro le è divenuto piú profondo, una gran calma si è impadronita di Lei, le palpebre le pesano, gli occhi si socchiudono, già non riesce piú a vedere distintamente, presto dovrà inghiottire, poi gli occhi le si chiuderanno, ed eccola addormentata." Con tali frasi o frasi simili abbiamo già iniziato il processo della "suggestione", come viene chia-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mata questa forma di persuasione che si esercita nell'ipnosi.[1] Ma abbiamo suggerito soltanto quelle sensazioni e quei processi motòri che si svolgono spontaneamente durante l'instaurarsi del sonno ipnotico. Ce ne si convincerà trovandosi di fronte a una persona che si può indurre in ipnosi solo ordinandole di fissare (metodo di Braid), in cui cioè la stanchezza degli occhi, dovuta alla tensione dell'attenzione distolta da ogni altra impressione, indurrà una condizione simile al sonno. Il viso assumerà dapprima un'espressione fissa, il respiro si farà profondo, gli occhi si inumidiranno, ammiccando ripetutamente, si avranno uno o piú movimenti di deglutizione, e infine le pupille ruoteranno verso l'alto e verso il basso, le palpebre si abbasseranno, ed ecco l'ipnosi. Assai numerose sono le persone di questo genere; se ci si accorge di trovarsi di fronte a una di esse, sarà bene tacere, o aiutarla di tanto in tanto solo con una suggestione, perché altrimenti non si farebbe che disturbare la persona che già si sta ipnotizzando da sola, e, se le sue sensazioni non si susseguono nell'ordine delle suggestioni impartitele, si provocheranno contraddizioni da parte sua. In genere, però, è preferibile non attendere che si sviluppi un'ipnosi spontanea, ma incoraggiarla con la suggestione. Questa deve essere impartita energicamente e con ritmo rapido. Il paziente, per cosí dire, non deve poter riflettere, non deve avere il tempo di controllare se quanto gli si dice corrisponde a realtà. Non occorrono piú di 2-4 minuti prima che egli chiuda gli occhi, e se ciò non avviene spontaneamente, glieli si chiudano con una pressione della mano, senza mostrarsi stupiti o dispiaciuti perché non si sono chiusi da soli. Se ora gli occhi rimangono chiusi, per lo piú ciò vuol dire che si è ottenuto un influsso ipnotico di un certo grado. Questo è il momento decisivo per tutto quello che vien dopo.

Si è verificata cioè una delle seguenti possibilità. Il paziente, fissando e ascoltando le suggestioni, può essere stato veramente indotto in ipnosi, e allora si manterrà tranquillo dopo aver chiuso gli occhi; in questo caso si farà ancora qualche esame per controllare che sia in catalessi, gli si comunicheranno le suggestioni richieste dal suo disturbo e poi lo si risveglierà subito. Dopo il risveglio, egli potrà essere amnestico, il che significa che durante l'ipnosi era in stato di "sonnambulismo", oppure potrà conservare pienamente la memoria e parlare delle sue sensazioni durante l'ipnosi. Non di rado, dopo che ha chiuso gli occhi, sui suoi lineamenti si diffonde un sorriso. Ciò

[1] [Vedi p. 106, n. 2.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

non deve disturbare il medico: di solito significa semplicemente che l'ipnotizzato è ancora in grado di giudicare il proprio stato, che egli trova strano e buffo. Però può anche darsi che non si sia stabilita ancora alcuna influenza, o solo un'influenza trascurabile su di lui, mentre il medico si è comportato come se si trovasse di fronte a un'ipnosi riuscita. Ci si rappresenti lo stato d'animo del paziente in questo caso: all'inizio egli aveva promesso di rimanere tranquillo, di non parlare piú, di non dare alcun segno di conferma o di diniego; ora egli osserva che, a causa del suo consenso a comportarsi in questo modo, gli si dice che egli è già ipnotizzato, e allora se ne irrita, e si sente a disagio per non poterlo manifestare, e teme anche che il medico cominci troppo presto a impartirgli le suggestioni, considerandolo in stato d'ipnosi prima che lo sia veramente. Ora, l'esperienza c'insegna che, se non è veramente ipnotizzato, egli non si atterrà al patto che abbiamo stretto con lui,[1] ma aprirà gli occhi dicendo, per lo piú in tono irritato: "Non sono affatto addormentato!" Un principiante ora considererebbe che l'ipnosi sia fallita, ma l'esperto non si scomporrà, rispondendo invece, senza mostrarsi minimamente contrariato, e chiudendo di nuovo gli occhi al malato: "Stia tranquillo; mi aveva promesso di non parlare. So benissimo che Lei non è addormentato, e non è affatto necessario che lo sia. Che senso avrebbe per me il farla semplicemente addormentare, dato che allora Lei non potrebbe comprendere, mentre le parlo? Lei non è addormentato, ma ipnotizzato: è sotto il mio influsso, e quello che le dirò ora, farà su di Lei una particolare impressione e le sarà di giovamento." Ricevuti questi chiarimenti, il paziente di solito si calma; allora gli si impartiscono le suggestioni, rinunciando per il momento a cercare i segni somatici dell'ipnosi; ma, dopo aver ripetuto piú volte questa cosiddetta ipnosi, si vedranno comparire anche alcuni fra i fenomeni somatici che contraddistinguono l'ipnosi.

In molti casi di questo genere, rimane per sempre dubbio se lo stato da noi indotto meriti il nome di ipnosi. Sarebbe però errato impartire le suggestioni solo in quegli altri casi, in cui il paziente cade in stato di sonnambulismo, o in un'ipnosi di grado profondo. Anche nei casi che posseggono solo l'apparenza dell'ipnosi, possiamo conseguire i piú spettacolari successi terapeutici, che d'altronde sarebbe impossibile ottenere con la "suggestione in stato di veglia".

[1] [Confronta la singolare concordanza con una frase di Freud contenuta in uno dei suoi ultimi scritti, *Analisi terminabile e interminabile* (1937) § 5: "Durante il lavoro sulle resistenze, l'Io si sottrae... al patto su cui si fonda la situazione analitica."]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Anche qui, dunque, deve trattarsi di un'ipnosi, la quale del resto non mira ad altro scopo che all'effetto della suggestione in essa impartita. Se, però, dopo ripetuti tentativi (da tre a sei) non si ha neppure il minimo cenno di successo, né compare alcun segno somatico dell'ipnosi, si rinuncerà all'esperimento.

Bernheim e altri hanno distinto vari gradi d'ipnosi, che non ha molto scopo enumerare a fini pratici. D'importanza decisiva è solo il fatto che il paziente sia o no caduto in stato di sonnambulismo, cioè se lo stato di coscienza indotto in lui dall'ipnosi sia cosí radicalmente diverso da quello ordinario che al risveglio non persiste in lui alcun ricordo di ciò che si è svolto durante l'ipnosi stessa. In questi casi, il medico può negare con gran decisione la realtà dei dolori o di altri sintomi realmente presenti del paziente, mentre di solito non si sente di farlo, sapendo che pochi minuti dopo il malato gli dirà: "Quando Lei ha detto che io non avevo piú dolori, in realtà ne avevo ancora, e ne ho anche adesso." L'ipnotizzatore si sforza di evitare contraddizioni del genere, che scuoterebbero la sua autorità. Sarebbe perciò estremamente importante dal punto di vista terapeutico conoscere un procedimento che permetta di indurre qualunque persona in stato di sonnambulismo. Ma, sfortunatamente, tale procedimento non esiste. Il principale difetto della terapia ipnotica è che non può essere dosata. Il grado di ipnosi raggiungibile non dipende dal procedimento del medico, ma dalla reazione casuale del paziente. È anche difficilissimo rendere piú profondo lo stato d'ipnosi in cui cade un paziente; di solito però la cosa riesce se le sedute si ripetono frequentemente.

Se non si è soddisfatti dell'ipnosi ottenuta, nel ripetere il trattamento bisogna provare altri metodi. Questi spesso hanno un effetto maggiore, oppure piú prolungato. Ecco alcuni di questi sistemi: strofinare per 5-10 minuti con entrambe le mani il viso e il corpo del paziente (questo procedimento ha un sorprendente effetto calmante e soporifero); impartire la suggestione accompagnandola al passaggio di una debole corrente galvanica che suscita una netta sensazione gustativa (l'anodo è posto in una larga benda sulla fronte, il catodo in una benda al polso): qui, l'impressione di essere fasciati e la sensazione galvanica contribuiscono notevolmente all'ipnosi. Si possono inventare a proprio piacimento altri procedimenti simili, purché si tenga presente lo scopo, che è quello di suscitare con un'associazione d'idee l'immagine dell'addormentarsi e di fissare l'attenzione del paziente con una sensazione persistente.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il vero valore terapeutico dell'ipnosi consiste nella *suggestione* in essa impartita. Questa suggestione contiene un'energica negazione del disturbo che affligge il paziente, o l'assicurazione che egli è in grado di fare qualcosa, o l'ordine di eseguire un'azione. L'effetto è molto piú efficace se, invece di limitarsi a una semplice assicurazione o negazione, si mette in rapporto la guarigione attesa con una nostra azione o intervento durante l'ipnosi. Cosí, ad esempio, si può dire: "Lei non ha piú alcun dolore in questo posto: io vi pongo la mano e il dolore scompare." Strofinando e premendo la mano sulla parte malata, durante l'ipnosi, si rinforza ottimamente la suggestione verbale. Né si eviti di chiarire al paziente la natura del suo disturbo, di spiegargli il motivo per cui il dolore vien meno, e via dicendo; non ci troviamo infatti, per lo piú, di fronte a un automa psichico, ma a un essere dotato di facoltà critiche e di giudizio, sul quale noi siamo semplicemente in grado di produrre un'impressione maggiore che nello stato di veglia. Se l'ipnosi è incompleta, bisogna evitare di far parlare il paziente, perché questa manifestazione motoria distruggerebbe quel senso d'incantesimo che protegge la sua ipnosi, facendolo svegliare. Si può tranquillamente lasciar parlare, camminare, lavorare i soggetti in stato di sonnambulismo, e si ottengono gli influssi psichici piú profondi se, mentre sono sotto ipnosi, li si interroga sui loro sintomi e sull'origine di questi.[1]

Con la suggestione si mira o a un effetto immediato, come avviene soprattutto nel trattamento delle paralisi, delle contratture e simili, oppure a un effetto postipnotico, che cioè si realizzi in un particolare momento dopo il risveglio. Nel caso di tutti i disturbi ostinati, è assai preferibile interporre un simile periodo di attesa (anche un'intera notte) fra la suggestione e il suo realizzarsi. L'osservazione dei pazienti ha dimostrato che le impressioni psichiche richiedono di solito un determinato tempo, un periodo d'incubazione, per provocare un'alterazione somatica (vedi *Nevrosi traumatiche*[2]). Ogni singola suggestione va impartita con la massima decisione, perché l'ipnotizzando noterà ogni cenno di dubbio, usandone poi in senso sfavorevole; si eviti assolutamente ogni forma di contraddizione, e, se si può, ci si richiami alla propria capacità di produrre catalessia, contratture, anestesie, e via dicendo.

La durata dell'ipnosi va decisa in base alle esigenze pratiche; una

[1] [Allusione al metodo di Breuer già adottato da Freud durante la stesura di questo saggio.]

[2] [Rimando a un'altra voce, non di Freud, del "Therapeutisches Lexicon".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

continuazione relativamente lunga dell'ipnosi, che si può estendere anche per parecchie ore, non è certamente sfavorevole al successo. Il risveglio è provocato da un invito del tipo di: "Basta, per questa volta." Alla prima ipnosi non si dimentichi di assicurare il paziente che si risveglierà senza cefalea, di buon umore e in buona forma. Si può tuttavia osservare che molte persone, dopo un'ipnosi lieve, si risvegliano con senso di pressione alla testa e di stanchezza, se l'ipnosi era durata troppo poco: non hanno, per cosí dire, dormito abbastanza.

La *profondità* di un'ipnosi non è sempre direttamente proporzionale al suo successo: in un'ipnosi leggerissima si possono produrre cambiamenti importantissimi, e, viceversa, si può avere un insuccesso totale anche con uno stato di sonnambulismo. Se il successo desiderato non si verifica dopo poche ipnosi, affiora un'ulteriore difficoltà connessa con questo metodo. Mentre nessun malato osa farsi impaziente se dopo la ventesima seduta elettrica o la ventesima bottiglia di acqua minerale non ha ancora raggiunto la guarigione, nel trattamento ipnotico sia il medico sia il paziente si stancano molto piú presto, a causa del contrasto tra il colorito volutamente roseo delle suggestioni e la grigia realtà. Anche in questo caso, i malati intelligenti possono facilitare il compito del medico, appena comprendono che nel trasmettere la suggestione è come se questi recitasse una parte, e che quanto piú energicamente egli nega l'esistenza del disturbo tanto maggior vantaggio ne potrà venire. In ogni trattamento ipnotico prolungato, si deve accuratamente cercare nuovi punti di partenza per le suggestioni, nuovi modi di dimostrare la propria potenza, nuovi cambiamenti del procedimento ipnotico. Ciò costituisce una tensione grave e alla fine spossante per chi forse, dentro di sé, dubita anche del successo.

Non c'è alcun dubbio che il campo d'azione della terapia ipnotica sia molto piú ampio di quello degli altri metodi di cura per le malattie nervose. Né trova giustificazione l'accusa secondo la quale l'ipnosi potrebbe influenzare solo i sintomi, e anche questi per breve tempo. Se la terapia ipnotica è rivolta solo ai sintomi e non ai processi patologici, essa segue semplicemente quella stessa via che tutte le altre terapie sono costrette a praticare.

Se l'ipnosi è riuscita, la consistenza della guarigione dipenderà da quegli stessi fattori da cui dipende anche con gli altri metodi di cura. Se si trattava di fenomeni postumi di un processo ormai concluso, la guarigione sarà durevole; se le cause che hanno prodotto i

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sintomi morbosi sussistono ancora in tutta la loro entità, sarà probabile una recidiva. Comunque, l'uso dell'ipnosi non impedisce mai di ricorrere anche a un'altra terapia, dietetica, meccanica o di qualunque altro genere. In una serie di casi, quelli cioè in cui i sintomi morbosi sono di origine esclusivamente psichica, l'ipnosi soddisfa tutti i requisiti di una terapia causale, e interrogando e tranquillizzando il paziente in ipnosi si ottengono molto spesso i piú brillanti successi.

Tutto quello che si è detto e scritto sui gravi *pericoli* dell'ipnosi appartiene al regno della fantasia. A prescindere dall'abuso dell'ipnosi per scopi illeciti, possibilità questa che sussiste anche per ogni altro procedimento terapeutico efficace, si deve al massimo tener presente che le persone gravemente nervose hanno la tendenza a cadere in ipnosi anche spontaneamente, dopo una serie ripetuta di ipnosi. Il medico ha la facoltà di proibire ai pazienti queste ipnosi spontanee, che, d'altronde, ricorrono solo in individui particolarmente sensitivi. Le persone con una sensitività cosí spinta da poter essere ipnotizzate senza il loro consenso, si possono proteggere in modo abbastanza esauriente anche impartendo loro la suggestione che solo il loro medico è in grado di ipnotizzarle.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Un caso di guarigione ipnotica

con osservazioni sulla produzione di sintomi isterici mediante "controvolontà"

1892

Mi sono deciso a pubblicare qui un singolare caso di guarigione ottenuta mediante suggestione ipnotica, perché, per una serie di circostanze, esso è divenuto dimostrativo ed esplicativo piú di quanto per solito avviene nella maggior parte dei nostri risultati terapeutici.

La signora alla quale ebbi occasione di portare aiuto in un momento importante della sua esistenza mi era nota da diversi anni, e successivamente mi fu possibile seguirla ancora per un lungo periodo di tempo; il disturbo da cui fu liberata con la suggestione ipnotica s'era presentato per la prima volta qualche tempo prima ed era già stato curato senza successo costringendo la paziente ad una rinuncia cui essa poté sottrarsi la seconda volta con il mio aiuto. L'anno dopo, lo stesso disturbo si presentò di nuovo e di nuovo venne eliminato con lo stesso metodo. Il risultato della terapia fu prezioso per la paziente e durò fintanto che essa volle esercitare la funzione compromessa dal disturbo; fu infine possibile, in questo caso, giungere alla dimostrazione del meccanismo psichico elementare del disturbo, mettendolo in relazione con processi neuropatologici analoghi.

Si trattava, per non continuare a parlare per enigmi, di una madre che, prima di aver subito la suggestione ipnotica, non riusciva ad allattare il suo bambino; gli avvenimenti relativi a un precedente e a un successivo bambino, permettevano un controllo dei risultati terapeutici solo raramente possibile.

Oggetto della seguente storia clinica è una giovane signora fra i venti e i trent'anni che avevo avuto occasione di conoscere fin dall'infanzia: per le sue doti, per il suo pacato equilibrio, per la sua naturalezza, nessuno, nemmeno il suo medico curante, avrebbe pen-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sato che potesse essere una persona nervosa. In base alle circostanze qui riferite, debbo classificarla come una *hystérique d'occasion*, per usare la felice espressione di Charcot. È noto che questa categoria non esclude la possibilità di un eccellente insieme di doti positive e di una salute mentale per il resto perfetta. Della sua famiglia conosco, inoltre, la madre che non è affatto nervosa e una sorella piú giovane altrettanto sana; un fratello ha sofferto di una tipica forma nevrastenica giovanile che lo ha pure trascinato al naufragio delle sue aspirazioni. Mi sono noti sia l'etiologia che il decorso di tale malattia, in quanto piú volte ho avuto occasione di osservare forme simili nel corso della mia attività professionale. Su una disposizione costituzionale originariamente normale, si è trovato ad agire il comune perturbamento sessuale della pubertà e, quindi, il sovraffaticamento del periodo scolastico e degli esami, una gonorrea e subito dopo l'improvviso instaurarsi di una dispepsia accompagnata da una stipsi ostinata, pressoché incomprensibile. Dopo alcuni mesi, alla stipsi subentrarono senso di peso al capo, malumore, incapacità al lavoro;[1] e, da allora, si svilupparono quella modificazione limitativa del carattere e quella impostazione egoistica che fanno del malato una vera disperazione per la famiglia. Non so per certo se questa forma di nevrastenia possa essere considerata in ogni suo aspetto ereditaria; non conosco altri parenti della mia paziente, lascio quindi aperto il problema della possibilità di una disposizione ereditaria per le nevrosi nella sua famiglia.

Nella imminenza della nascita del primo figlio del suo felice matrimonio, la paziente manifestò l'intenzione di allattare da sé il bambino. Il parto non si presentò con difficoltà maggiori di quelle che sono comuni nelle primipare non piú giovani e si concluse con un'applicazione di forcipe. Ma la puerpera, malgrado la sua buona costituzione, non poté essere una buona nutrice per il bambino: il latte non era abbondante, la suzione le causava dolore, l'appetito era scarso, insorse una notevole ripugnanza verso i cibi, le notti divennero inquiete e insonni; pertanto, per non esporre a ulteriori rischi madre e figlio, il tentativo di allattamento materno fu abbandonato dopo quattordici giorni e il bambino fu affidato a una balia; dopo di che rapidamente scomparvero tutti i disturbi della madre.

[1] [Mediante alcuni di questi sintomi, in seguito, Freud distinguerà la nevrastenia dalla nevrosi d'angoscia. Vedi l'inizio di *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Tengo a precisare che a questo primo tentativo di allattamento non assistetti né in veste di medico né di testimone oculare.

Tre anni dopo si ebbe la nascita di un secondo bambino e questa volta anche altre circostanze parvero richiedere il ricorso ad una balia. I tentativi di allattare compiuti dalla madre ebbero scarso successo e ricomparvero disturbi ancora piú accentuati di quelli della volta precedente. La giovane madre vomitava ogni cibo ingerito, si irritava non appena vedeva che le stavano portando il cibo a letto, era completamente insonne e si affliggeva tanto della sua incapacità che entrambi i medici di famiglia, il dottor Breuer e il dottor Lott, medici molto noti in questa città, non vollero assolutamente prolungare oltre i tentativi. Essi consigliarono soltanto, quale ultima risorsa, un tentativo di suggestione ipnotica e ottennero che io fossi chiamato dalla mia conoscente, in qualità di medico, la sera del quarto giorno.

La trovai a letto, col volto congestionato, infuriata per la propria incapacità ad allattare il bambino, incapacità che aumentava a ogni tentativo e contro la quale pur si opponeva con tutte le sue forze. Per far cessare il vomito non aveva preso nulla in tutta la giornata. L'epigastrio era contratto, sensibile alla pressione, la peristalsi gastrica era percepibile palpatoriamente, di tanto in tanto comparivano eruttazioni inodore, la malata si lamentava di avvertire cattivo sapore in bocca; l'area di risonanza dello stomaco era notevolmente aumentata. Non fui certo accolto calorosamente come un taumaturgo, piuttosto con una certa aperta ostilità e non potei contare su una eccessiva confidenza.

Tentai immediatamente di ottenere l'ipnosi con la tecnica della fissazione e ripetendo verbalmente in modo continuativo i sintomi del sonno. Dopo tre minuti l'ammalata cadde in un sonno profondo con un'espressione di quiete sul volto. Non ricordo se provai a ottenere lo stato catalettico e le altre manifestazioni di piena docilità. Mi servii della suggestione per combattere tutti i suoi timori e le sensazioni che stavano alla base di tali timori. "Non abbia paura, Lei diverrà un'ottima nutrice che farà crescere magnificamente il suo bambino. Il suo stomaco è assolutamente calmo, il suo appetito aumenta, Lei desidera ora di pranzare", e cosí via. La malata continuò quindi a dormire per alcuni minuti e quando la risvegliai si dimostrò amnestica. Prima di andarmene dovetti inoltre acquietare alcuni timori espressi dal marito, circa la possibilità che la ipnosi potesse arrecare grave danno ai nervi di una donna.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

La sera successiva venni a sapere qualcosa che per me rappresentava una garanzia di successo, ma che stranamente non aveva invece suscitato alcuna particolare impressione, né sull'ammalata, né sui suoi parenti. La puerpera la sera aveva cenato senza fastidi, aveva poi dormito tranquillamente e anche al mattino aveva mangiato lei stessa e nutrito il bambino senza avvertire disturbi. Il pasto di mezzogiorno, alquanto abbondante, era stato però per lei eccessivo. Non appena esso fu servito, si risvegliò la stessa precedente avversione, si produsse il vomito ancor prima che assaggiasse qualcosa, e le riuscí impossibile tenere al seno il bambino; al mio arrivo, tutti i sintomi obiettivi erano di nuovo quelli della sera precedente. Il suo argomento che ora tutto fosse finito, dato che si era potuta persuadere che i disturbi potevano attenuarsi e recedere anche per una mezza giornata, rimase inefficace. Procedetti alla seconda ipnosi, che portò anch'essa rapidamente al sonnambulismo, e mi comportai in modo piú energico e piú fermo. La paziente, cinque minuti dopo la mia partenza, avrebbe dovuto apostrofare i familiari in tono un po' sdegnato: dove avevano nascosto il cibo? si aveva forse l'intenzione di affamarla? come avrebbe potuto provvedere al nutrimento del bambino se non le si dava nulla? e cosí via.

La terza sera, quando arrivai, la puerpera rifiutò di sottoporsi a un ulteriore trattamento. Non aveva bisogno di nulla: l'appetito le era ritornato, il latte era piú che sufficiente per il bambino, il cui allattamento non le procurava piú la minima difficoltà, eccetera. Il marito appariva poco rassicurato perché la sera prima, subito dopo la mia partenza, la donna era rimasta a lungo inquieta dopo il pranzo e aveva rimproverato la madre, cosa che prima non era mai accaduta. Da allora però tutto era andato per il meglio.

Non ebbi pertanto piú nulla da fare. La signora proseguí l'allattamento del bambino per otto mesi e spesso potei, dati i rapporti di amicizia, accertarmi della buona salute sia della madre che del figlio. Soltanto mi stupí e mi infastidí il fatto che nei nostri discorsi non si accennasse mai al mio intervento che era risultato straordinariamente efficace.

Nondimeno fu di nuovo necessaria la mia opera un anno piú tardi, quando un terzo figlio richiese dalla madre le medesime prestazioni, che lei neppure questa volta era in grado di assolvere. Costatai che la donna si trovava nelle medesime condizioni dell'anno precedente e che essa era anche attualmente indispettita con sé stessa per il fatto di non riuscire ad opporsi con la propria volontà all'avversione

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

per i cibi e agli altri sintomi. La prima seduta di ipnosi ebbe il risultato di rendere l'ammalata ancora piú disperata. Dopo la seconda ipnosi la sindrome regredí di nuovo completamente al punto che non vi fu bisogno di una terza seduta. La donna poté proseguire senza disturbi l'allattamento di questo bambino, che oggi ha diciotto mesi, e attualmente si compiace del suo ottimo stato di salute.

Di fronte a questo rinnovato successo si sciolse infine il riserbo di entrambi i coniugi ed essi rivelarono il motivo che aveva determinato il loro comportamento nei miei riguardi. La donna mi confessò di essersi vergognata di aver dovuto ricorrere all'ipnosi per una cosa di fronte alla quale la sua forza di volontà si era rivelata impotente. Tutto sommato, non credo che lei o il marito abbiano superato la loro avversione contro l'ipnosi.

Passo ora a considerare il meccanismo psichico del disturbo da cui la mia paziente è stata liberata per mezzo della suggestione. Non posseggo, come in altri casi di cui si parlerà in altra occasione,[1] una informazione diretta: posso solo formulare ipotesi.

Vi sono rappresentazioni alle quali è collegato uno stato affettivo di attesa; queste sono di due tipi: rappresentazioni del tipo "io farò questo o quello", cioè i cosiddetti *proponimenti*, e rappresentazioni del tipo "mi accadrà questo o quello", cioè vere e proprie *attese*. Lo stato affettivo che vi è connesso dipende da due fattori: in primo luogo, dall'importanza che assume per me il fatto; in secondo luogo, dal grado di insicurezza di cui è carica l'attesa. L'incertezza soggettiva, la controaspettativa, è data da una somma di rappresentazioni che possiamo designare come "penose rappresentazioni di contrasto". Nel caso del proponimento queste rappresentazioni di contrasto suonano cosí: non mi riuscirà di condurre a termine il mio intento, perché questa o quest'altra cosa è troppo difficile per me ed io mi sento incapace; so anche che altre determinate persone in simili circostanze fallirebbero ugualmente. L'altro caso, quello dell'attesa, è senz'altro chiaro: la controaspettativa trae fondamento dalla considerazione di tutte le altre eventualità che possono capitarmi prima di raggiungere quella che desidero. L'ulteriore disamina di questo caso ci porta nel campo delle fobie, che rivestono cosí grande importanza nella sintomatologia delle nevrosi. Limitiamoci

[1] [Freud si riferisce alla "Comunicazione preliminare", sua e di Breuer, che stava per essere pubblicata e che diverrà poi il primo capitolo degli *Studi sull'isteria* (1892-95).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

alla prima categoria, quella dei proponimenti. Come si comporta la vita rappresentativa normale con le rappresentazioni di contrasto contro il proponimento? essa le reprime e le inibisce come meglio può, e ciò corrisponde alla piena sicurezza di sé che caratterizza lo stato di salute; essa inoltre le esclude dall'associazione, riuscendovi in tal misura che per lo piú la stessa esistenza della rappresentazione di contrasto avversa al proponimento perde ogni evidenza, e diventa qualche cosa di verosimile solo con la considerazione delle nevrosi. Nelle nevrosi, invece – ed io mi riferisco non soltanto all'isteria, ma piuttosto allo *status nervosus* in generale – è da considerare *in via primaria esistente* una tendenza al malumore, all'abbassamento della sicurezza di sé, quale riscontriamo, come sintomo isolato di massimo rilievo, nella melanconia. Ora, nelle nevrosi viene pure attribuita grande importanza alle rappresentazioni di contrasto verso il proponimento, forse perché il loro contenuto ben si addice alla tonalità dello stato d'animo, o forse per il fatto che sulla base della nevrosi vengono formandosi rappresentazioni di contrasto che altrimenti non avrebbero avuto luogo.

Nel semplice *status nervosus*, tale rafforzamento delle rappresentazioni di contrasto appare collegato all'attesa, intesa come impostazione pessimistica generale; nella nevrastenia, associandosi a sensazioni del tutto accidentali, dà origine alle multiformi fobie del nevrastenico. Questo fattore, trasferendosi sul proponimento, produce quei disturbi che vengono definiti come *folie du doute* [follia del dubbio] e che hanno come contenuto la sfiducia dell'individuo nelle proprie azioni. Proprio qui le due grandi nevrosi, la nevrastenia e l'isteria, si comportano in una maniera caratteristicamente diversa. Nella nevrastenia, la rappresentazione di contrasto, fortemente rafforzata, viene collegata, con un atto di coscienza, alla rappresentazione della volontà, essa si sottrae a quest'ultima e produce la sorprendente ipobulia del nevrastenico, di cui egli è cosciente. Il processo si discosta nell'isteria in due punti, o forse soltanto in uno. Essendovi nell'isteria una tendenza alla *dissociazione della coscienza*, la penosa rappresentazione di contrasto, che apparentemente è inibita, viene portata fuori dall'associazione con il proponimento, e resta allora, spesso in modo inconscio per il malato stesso, come rappresentazione isolata. Ora, è squisitamente isterico il fatto che questa rappresentazione di contrasto, inibita quando deve realizzarsi il proponimento, possa obiettivarsi sul piano dell'innervazione corporea, proprio come negli stati normali lo diviene la rappresenta-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

zione della volontà. La rappresentazione di contrasto si erige per cosí dire come "controvolontà", mentre il malato è cosciente, con stupore, di una volontà decisa ma priva di forza. Forse, come si è detto, i due momenti si riducono a uno solo, in quanto la rappresentazione di contrasto può obiettivarsi soltanto perché essa non è inibita dal legame col proponimento medesimo, come invece inibisce quest'ultimo.[1]

Nel nostro caso una madre, impedita nell'allattamento da difficoltà nervose, si sarebbe, come nevrastenica, comportata cosí: essa si sarebbe coscientemente spaventata dei compiti che l'attendevano, si sarebbe preoccupata eccessivamente degli eventuali pericoli, ma tuttavia, dopo molte esitazioni, combattuta fra dubbi e timori, avrebbe eseguito senza difficoltà l'allattamento; oppure, se la rappresentazione di contrasto avesse preso il sopravvento, lo avrebbe interrotto, non fidandosi di sé stessa. L'isterica si comporta diversamente: forse non è cosciente della sua stessa paura, ha il fermo proposito di allattare e vi si accinge senza esitazione. A questo punto però si comporta come se avesse la volontà di non allattare assolutamente il bambino; e questa volontà produce in lei tutti quei sintomi subiettivi che una simulatrice addurrebbe per sottrarsi al compito di allattare, e cioè: la mancanza di appetito, l'avversione per il cibo, il dolore all'atto della suzione, ed oltre a questi, dato che la controvolontà agisce sul corpo in modo piú efficace che non la simulazione cosciente, tutta una serie di sintomi obiettivi a carico del tratto digerente, sintomi che la simulazione non può invece produrre. Al posto della debolezza di volontà della nevrastenia, qui vi è un pervertimento della volontà, e al posto della rassegnata irresolutezza, abbiamo qui sorpresa e disperazione per il conflitto, che risulta incomprensibile all'ammalata.

Mi ritengo pertanto autorizzato a classificare la mia ammalata come una *hystérique d'occasion*, dato che era capace di produrre, sotto l'influenza di una causa occasionale, una sindrome avente un meccanismo cosí squisitamente isterico. Come causa occasionale può essere qui invocata l'eccitazione che precedette il primo parto o l'esaurimento che lo ha seguito, essendo, appunto, il primo parto, il piú grande trauma a cui viene esposto l'organismo femminile;

[1] Fra la compilazione e la correzione delle bozze di queste righe mi è pervenuto uno scritto di H. Kaan, *Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang* (Vienna 1893), che contiene analoghe considerazioni.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

trauma in conseguenza del quale la donna tende a manifestare tutti quei sintomi nevrotici che sono latenti nella sua disposizione.

Il caso della mia paziente può essere considerato paradigmatico ed esplicativo per tutta una serie di altri casi in cui l'allattamento, o funzioni d'altro genere, vengono impedite da influenze nervose. Poiché ho solo fugacemente accennato al meccanismo psichico del caso da me descritto, mi affretto ad aggiungere l'assicurazione che, trattando ammalati in ipnosi, mi è spesso riuscito di individuare un meccanismo psichico simile per sintomi isterici.[1]

Mi limito a riferire uno degli esempi piú dimostrativi.[2] Da anni avevo in cura una signora isterica che, mentre era assai volitiva in tutti i campi sui quali non influiva la sua malattia, era invece oppressa da molteplici e pesanti limitazioni e incapacità isteriche. Fra l'altro, questa signora si faceva notare per un singolare rumore che s'intrometteva a mo' di tic nella sua conversazione e che potrei descrivere come un particolare schiocco della lingua con improvvisa apertura delle labbra tenute convulsamente serrate. Dopo che l'ebbi ascoltata per intere settimane, volli infine informarmi da quanto tempo e in quale occasione tale disturbo fosse insorto. La risposta fu: "Non so di preciso da quando, ma certo da molto tempo." Lo ritenni un vero tic finché non mi venne in mente di porre la stessa domanda all'ammalata in ipnosi profonda. La paziente, durante l'ipnosi — senza che fosse necessario alcun suggerimento — poté disporre immediatamente di tutte le sue facoltà mnemoniche, potrei dire della totalità della sua coscienza ristretta invece durante lo stato di veglia. Rispose prontamente: "Il mio bambino piú piccolo era cosí malato...; dopo aver avuto per tutto il giorno delle convulsioni, si addormentò finalmente alla sera; mentre sedevo accanto al letto, pensai fra me: ora è necessario che tu rimanga silenziosa per non destarlo, allora... mi accadde per la prima volta di schioccare la lingua. In seguito, la cosa scomparve, ma alcuni anni dopo, mentre di notte viaggiavo attraverso la foresta di **, scoppiò un violento temporale e un fulmine si abbatté su di un albero lungo la strada proprio davanti a noi, cosí che il cocchiere dovette trattenere i cavalli; in quel momento io pensai tra me: non devi gridare, ora, altrimenti

[1] Vedi la contemporanea "Comunicazione preliminare" di J. Breuer e di S. Freud: *Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici.*

[2] [È il caso di Emmy von N., piú ampiamente descritto negli *Studi sull'isteria* e già accennato nella "Comunicazione preliminare". Nei vari resoconti i particolari differiscono. Vedi oltre soprattutto pp. 177, 213, 218, 223 sg., 250.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

i cavalli si spaventeranno; allora il disturbo comparve di nuovo e da allora mi è rimasto." Mi potei, quindi, convincere che quel rumore emesso con la lingua non era un vero tic, perché esso, ricondotto in tal modo alla sua origine, fu eliminato e cosí rimase per anni, per tutto il periodo in cui potei seguire la paziente. Fu, però, proprio allora che per la prima volta mi si offrí l'opportunità di comprendere la formazione dei sintomi isterici attraverso l'obiettivazione di una penosa rappresentazione di contrasto, e cioè attraverso una controvolontà. La madre, estenuata dalla paura e dall'assistenza al bambino malato, si propone di non far uscire alcun suono dalle proprie labbra per non destare il bambino che finalmente si è addormentato. In tale stato di esaurimento la rappresentazione di contrasto concomitante, ossia che essa ciononostante lo farà, si dimostra la piú forte, giunge all'innervazione della lingua, che probabilmente la donna, proponendosi di restare silenziosa, aveva dimenticato di inibire, e prorompe attraverso la chiusura delle labbra producendo un rumore che da questo momento, specialmente per il ripetersi dello stesso avvenimento, rimane fissato per molti anni.

La comprensione di questo processo non sarà totale fino a che non risponderemo a una precisa obiezione. Sarebbe infatti lecito chiedere come mai in un comune esaurimento – che costituisce la disposizione per tali processi – abbia preso il sopravvento proprio la rappresentazione di contrasto. Io ritengo di poter rispondere avanzando l'ipotesi che questo esaurimento sia semplicemente parziale. Sono esauriti, cioè, quegli elementi del sistema nervoso che sono le basi materiali delle rappresentazioni associate con la coscienza primaria; le rappresentazioni escluse da tale catena di associazioni (dell'Io normale), e cioè le rappresentazioni inibite e represse, non sono esaurite e prevalgono, quindi, nel momento della disposizione isterica.

Chiunque s'intenda di isteria potrà rilevare, però, come il meccanismo psichico qui illustrato possa spiegare non soltanto singoli, isolati attacchi isterici, ma una considerevole parte del quadro sintomatico dell'isteria, come pure alcuni dei suoi tratti caratteristici piú salienti. Se riteniamo stabilito che proprio le moleste rappresentazioni di contrasto, represse e inibite dalla coscienza normale, hanno prevalso nel momento della disposizione isterica, trovando la strada della innervazione corporea, allora possediamo anche la chiave per la comprensione delle peculiarità degli attacchi isterici deliranti. Non a caso i deliri isterici delle monache nelle epidemie medioevali con-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sistevano in gravi bestemmie ed erotismo sfrenato, cosí come non è per caso che ragazzi a modo, beneducati – come rileva Charcot[1] – presentano attacchi isterici in cui ogni monelleria, ogni birbonata e sgarbatezza viene attuata con estrema facilità. Sono le serie di rappresentazioni represse, e a stento represse, che, in conseguenza di una specie di controvolontà, vengono convertite in azione, quando l'individuo è in preda ad esaurimento isterico. La connessione è forse qualche volta piú intima, in quanto proprio attraverso una faticosa repressione si produce tale stato isterico: i cui aspetti psicologici, del resto, non sono ancora qui stati presi in considerazione. Qui posso soltanto tentar di spiegare perché – supposto quello stato di disposizione isterica – i sintomi si manifestano nel modo in cui effettivamente li osserviamo.

In genere, l'isteria deve a questo imporsi della controvolontà quel tratto demoniaco che con tanta frequenza l'accompagna e che consiste nel fatto che gli ammalati non possono fare proprio ciò che essi con maggiore intensità vorrebbero, e nel modo desiderato, che fanno proprio il contrario di quanto è stato loro richiesto, e che devono oltraggiare e calunniare ciò che hanno di piú caro. Chi conosce gli isterici sa che la perversione di carattere dell'isteria, il desiderio di fare ciò che è cattivo, di dover essere malati quando si desidera fortemente la salute, tutto questo insieme di coazioni, colpisce assai spesso i caratteri piú normali, i quali siano rimasti per un certo periodo indifesi alle prese con le loro rappresentazioni di contrasto.

La domanda: che cosa ne sarà dei proponimenti inibiti? sembra assurda nei riguardi della vita rappresentativa normale. Si potrebbe rispondere che essi appunto non si realizzano piú. Ma lo studio dell'isteria mostra che essi pure si realizzano, che cioè la modificazione materiale corrispondente si conserva e che essi vengono accantonati, mantenendo una insospettata esistenza in una specie di zona d'ombra, fino a quando non vengono fuori come folletti impadronendosi del corpo, che altrimenti obbedisce alla predominante coscienza dell'Io.

Ho detto poc'anzi che questo è un meccanismo squisitamente isterico; devo però aggiungere che esso non appartiene esclusiva-

[1] J.-M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière (1887-88)* (Parigi 1888). [Ritroveremo nel presente volume le monache e i ragazzi beneducati: negli *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"* (1892) p. 145, nelle *Note alla traduzione delle "Lezioni del martedí della Salpêtrière"* (1892-94) p. 156, negli *Studi sull'isteria* (1892-95) pp. 181 e 391.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mente all'isteria. Lo si ritrova in modo sorprendente nel *tic convulsivo*, una nevrosi che ha notevoli affinità sintomatiche con l'isteria, per cui tutto il suo quadro può apparire una manifestazione parziale dell'isteria; tanto che Charcot — se non ho radicalmente frainteso i suoi insegnamenti su tale argomento — dopo una laboriosa ricerca, non poté far rilevare altra nota differenziale se non che il tic isterico finisce col risolversi, mentre il vero tic rimane invariato. Il quadro di un grave *tic convulsivo* è dato, come è noto, da movimenti involontari, spesso (sempre secondo Charcot e Guinon) a carattere di smorfia o di atti che originariamente avevano una loro utilità, da coprolalia, ecolalia e da rappresentazioni coatte della serie delle *folie du doute*. Ora, è sorprendente apprendere che Guinon, che pur trascura di approfondire il meccanismo psichico di questo sintomo, riferisce che alcuni suoi pazienti erano giunti alle loro contrazioni e alle loro smorfie attraverso l'obiettivazione della rappresentazione di contrasto. Questi malati dichiaravano di avere visto in una determinata occasione un tic simile, oppure di aver veduto un comico che alterava intenzionalmente a quel modo la propria fisionomia, e di aver quindi avuto il timore di essere costretti a imitare quegli orribili gesti. Da allora essi avevano veramente cominciato ad imitarli. Certo, una piccola parte soltanto dei movimenti involontari dei *tiqueurs* insorge in questo modo. Si sarebbe invece tentati di adattare questo meccanismo di insorgenza alla coprolalia, termine col quale, come è noto, si indica la pronuncia involontaria, o meglio non voluta, di parole sconce nei *tiqueurs*. La radice della coprolalia starebbe nella impressione da parte del malato di non poter fare a meno di emettere certi rumori, per lo piú un "hm, hm". Vi si aggiungerebbe, poi, il timore di perdere il controllo anche nei riguardi di altri suoni, soprattutto di quelle parole che l'uomo ben educato si guarda bene dal pronunciare; e questo timore porterebbe alla realizzazione di quanto è temuto. Non trovo nelle anamnesi riportate da Guinon alcun dato che confermi questa ipotesi, ed io stesso non ho mai avuto occasione di interrogare un paziente coprolalico. Per contro, trovo nello stesso autore notizia di un altro caso di tic, che fa eccezione in quanto la parola pronunciata involontariamente non appartiene al patrimonio verbale della coprolalia. Il caso concerne un soggetto, adulto, costretto ad esclamare "Maria!". Costui, da studente, si era invaghito di una ragazza di tal nome, che lo aveva allora particolarmente colpito, disponendolo, come noi vogliamo supporre, alla nevrosi. Da allora aveva comin-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ciato a pronunciare ad alta voce il nome della fanciulla amata durante le ore di scuola, e questo nome gli era rimasto come un tic anche dopo cessata, da un tempo pari a metà di una vita umana, la relazione amorosa. Io penso che difficilmente la cosa può essere avvenuta in modo diverso da questo: lo sforzo notevole di tenere segreto quel nome in un momento di particolare eccitazione si era convertito proprio in controvolontà, e da allora il tic gli era rimasto analogamente a quanto è avvenuto nel caso della mia seconda malata.

Se la spiegazione di questo esempio è esatta, si è tentati di attribuire allo stesso meccanismo il vero e proprio tic coprolalico, perché le parole oscene sono segreti che tutti noi conosciamo, ma la cui conoscenza tendiamo sempre a nascondere di fronte agli altri.[1]

[1] Mi limito a osservare che sarebbe vantaggioso studiare, anche al di fuori dell'isteria e del tic, l'obiettivarsi della controvolontà, cosí frequente nell'ambito del normale. [L'osservazione può considerarsi un'anticipazione della *Psicologia della vita quotidiana* (1901) cap. 7, § B, e cap. 12, § F, ove, nove anni dopo, ricomparirà il termine "controvolontà".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ABBOZZI PER LA "COMUNICAZIONE PRELIMINARE"

1892

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

I tre scritti che vengono qui pubblicati sotto il titolo di *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"*, sono appunti di Freud, rimasti nelle mani di Breuer all'epoca della loro collaborazione. Dopo la pubblicazione della seconda edizione degli *Studi sull'isteria*, Breuer li recapitò a Freud, il quale con una lettera dell'8 ottobre 1909 ringraziò Breuer.

I tre scritti furono pubblicati postumi nelle *Gesammelte Werke*, vol. 17 (1941) pp. 1-18. Il terzo era già stato pubblicato nella "Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago", vol. 25 (2), 107-10 (1940). La traduzione è di Adele Campione.

Il primo è un appunto contenuto nella lettera del 29 giugno 1892 a Breuer. Si veda, nella nota 1 a p. 139, quanto il giorno prima Freud aveva scritto a Fliess.

Il secondo scritto, con la indicazione III e non datato (ma deve ovviamente essere attribuito a un periodo successivo a quello delle due lettere sopra indicate, e anteriore al gennaio 1893, quando la "Comunicazione preliminare" è stata pubblicata), si riferisce al terzo paragrafo della "Comunicazione preliminare" e riguarda l'ipotesi che la condizione per la produzione dell'isteria sia un particolare stato ipnoide. Questa tesi era particolarmente sostenuta da Breuer; è invece appena accennato alla possibilità che l'isteria si produca anche per la natura specifica del fatto traumatico, non adatto ad una espressione della reazione emotiva che vi è connessa.

Il terzo frammento (sul cui manoscritto Freud appose di suo pugno la data: Vienna, fine di novembre, 1892) costituisce una prima stesura del quarto paragrafo della "Comunicazione preliminare".

Nell'ultimo capoverso (5) del frammento è esposto in modo esplicito per la prima volta il principio di costanza, cioè il principio secondo cui il sistema nervoso tenderebbe a mantenere costante la somma complessiva di eccitamento (principio a cui è fatto un cenno, ma molto generico, nella nota alla pagina 107 della traduzione delle *Lezioni del martedí* di Charcot, vedi oltre pp. 155 sg.).

La enunciazione di questo principio non appare invece piú nel testo definitivo della "Comunicazione preliminare". Il concetto è ripreso da

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Breuer nel terzo capitolo degli *Studi sull'isteria* ("Considerazioni teoriche"), che è opera sua, e da Freud nel *Progetto di una psicologia* del 1895 e nella *Interpretazione dei sogni* (1899).

Piú tardi Freud è ritornato su tale principio in *Pulsioni e loro destino* (1915) e in *Al di là del principio di piacere* (1920), dove esso è formulato come Principio del Nirvana.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Lettera a Josef Breuer

29 giugno 1892[1]

Stimatissimo,

alla soddisfazione innocente con la quale Le feci avere quelle mie poche pagine, è ora subentrato il disagio che suole accompagnarsi a un incessante travaglio mentale. Mi tormenta il problema del come riuscire ad esporre, in maniera piana, qualcosa di tanto complesso come la nostra teoria dell'isteria. Il problema fondamentale è di decidere se descriverla storicamente, iniziando con tutte le storie cliniche o con le due migliori, oppure dogmaticamente, con le teorie a cui siamo pervenuti circa la sua interpretazione.[2] Mi attengo alla seconda decisione e articolerei in tal modo:

1) Le nostre teorie:

a) la questione della costanza della somma di eccitamento;[3]

b) la teoria del ricordo;[4]

c) la questione per cui i contenuti dei diversi stati di coscienza non si associano tra di loro.[5]

2) Origine dei sintomi isterici duraturi: sogno, autoipnosi, affetti e conseguenza del trauma assoluto. I primi tre fattori con riferimento alla predisposizione; l'ultimo, all'etiologia.[6] I sintomi duraturi corrispondono al meccanismo normale e sono dislocazioni delle somme

[1] [Il giorno precedente, 28 giugno 1892, Freud aveva scritto a Fliess che "Breuer ha accettato di pubblicare con la mia collaborazione la teoria dell'abreazione e gli altri nostri risultati congiunti sull'isteria. Una parte di tale pubblicazione, che in un primo momento volevo scrivere da solo, è terminata". È probabilmente la parte cui si riferisce Freud all'inizio della lettera qui riportata.]

[2] [La stessa alternativa nei metodi di esposizione si ritroverà presa in considerazione da Freud all'inizio del frammento *Alcune lezioni elementari di psicoanalisi* (1938).]

[3] [È la prima menzione del "principio di costanza", per cui vedi il punto 5) a p. 146.]

[4] [Vedi i punti 2), 3), 4) a pp. 144 sg.]

[5] [Vedi il successivo abbozzo *III*.]

[6] [Discussione sulla differenza tra isteria "costituzionale" e "accidentale"; vedi il punto 5) qui sotto e la fine del primo capoverso dell'abbozzo *III*.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di eccitamento [tema collaterale],[1] in parte per vie anormali (alterazione interiore), che non vengono scaricati. Motivo della dislocazione: tentativo di reazione. Motivo del perdurare: questione c) [sopra] relativa all'isolamento della associazione. Confronto con l'ipnosi.[2]

Tema collaterale: tipo della dislocazione: localizzazione dei sintomi isterici duraturi.

3) *L'attacco isterico*: analogo tentativo di reazione per via mnestica, ecc.[3]

4) *L'origine delle stigmate isteriche*:[4] molto oscura; qualche accenno.

5) *La formula patologica dell'isteria*: isteria costituzionale e isteria accidentale. La serie che io ho proposto.[5] Entità della somma di eccitamento, concetto del trauma, il secondo stato di coscienza.[6]

[1] [Le parole tra parentesi quadre, cancellate nel manoscritto.]

[2] [Variante di questo capoverso cancellata nel manoscritto: dopo le parole "I sintomi duraturi corrispondono al meccanismo normale e sono", il testo cancellato proseguiva: "tentativi di reazione, in parte per vie anormali; il carattere isterico consistendo nel fatto che essi permangono. Il motivo del loro perdurare si ritrova nella questione c)".]

[3] [Vedi oltre l'ultimo abbozzo.]

[4] [Vedi nota p. 186.]

[5] [Vedi la fine del primo capoverso dell'abbozzo *III*.]

[6] [Vedi i punti 2) e 4) a pp. 144 sg.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

III[1]

Piú sopra, abbiamo dovuto offrire come dato d'osservazione certa il fatto che i ricordi che si celano dietro i fenomeni isterici sono assenti dalla memoria di cui dispone il malato, mentre possono essere rievocati, con allucinata vivacità, nell'ipnosi. Abbiamo inoltre asserito che tutta una serie di tali ricordi si ricollega a eventi accaduti durante stati particolari, quali cataplessia da spavento, stati oniroidi, autoipnosi e simili, e che il loro contenuto non ha alcun nesso associativo con la coscienza normale. Ci era quindi impossibile trattare della condizione per l'insorgere dei fenomeni isterici, senza prima aver formulato l'ipotesi che tenta di ravvisare una caratteristica della disposizione isterica nel fatto che spesso, nell'isteria, si giunge alla temporanea dissociazione del contenuto di coscienza e al distacco di alcuni complessi[2] rappresentativi che non stanno in alcun rapporto associativo. Cerchiamo quindi di vedere la disposizione isterica nel fatto che tali stati o insorgono spontaneamente (per cause interiori), oppure possono essere facilmente provocati da influenze esogene, pur non escludendo la possibilità di una serie di casi in cui si dia una variabile partecipazione di ambedue i fattori.[3]

Chiamiamo "ipnoidi"[4] tali stati e ne ravvisiamo la caratteristica essenziale nel fatto che il loro contenuto è piú o meno escluso dal rimanente contenuto di coscienza, e viene quindi sottratto alla liquidazione associativa;[5] cosí come noi, nel sogno e nella veglia,

[1] [Evidentemente — e di qui il titolo di questo abbozzo — una minuta del terzo paragrafo della "Comunicazione preliminare", vedi oltre pp. 182 sg.]

[2] [Uno dei primi esempi dell'uso, da parte di Freud, del termine, la cui introduzione è generalmente attribuita a Jung: vedi *Per la storia del movimento psicoanalitico* (1914) § 2. Vedi oltre *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 375.]

[3] [Vedi oltre la "Comunicazione preliminare", p. 183. È uno dei primi esempi di quella che Freud chiamerà in seguito "serie complementare".]

[4] [È la prima volta che compare il termine coniato da Breuer.]

[5] [Vedi l'ultima frase dell'abbozzo successivo, p. 146.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

modello di due stati che differiscono tra loro, siamo portati non ad associare [l'uno con l'altro], ma solo ad [associare] con l'uno e con l'altro.[1] Nei soggetti predisposti qualunque stato affettivo potrebbe dare adito a una simile disgregazione, mentre l'impressione ritratta dall'affetto si farebbe trauma, anche se inadatta, in sé e per sé, a divenirlo. L'impressione potrebbe persino di per sé produrre questo affetto. Nella loro forma completamente sviluppata, questi stati ipnoidi, associabili l'uno all'altro, formavano la *condition seconde* ecc. dei ben noti casi. I rudimenti di questa disposizione sembrerebbero riconoscibili ovunque e possono svilupparsi anche nei soggetti non predisposti, attraverso traumi appropriati. La vita sessuale si dimostra particolarmente adatta a formare il contenuto [di tali traumi], con la potenza dei contrasti che essa crea in determinati soggetti e con le sue rappresentazioni cui è impossibile reagire.[2]

È quindi comprensibile come la nostra terapia consista nell'eliminare i risultati delle rappresentazioni che non hanno subíto abreazione, sia facendo rivivere il trauma in uno stato di sonnambulismo, per sottoporlo ad abreazione e per emendarlo, sia per riportare il trauma, in una piú leggera ipnosi, nello stato di coscienza normale.[3]

[1] [Manca una parola nel manoscritto originale, e la frase risulta pertanto oscura. L'interpretazione è facilitata dall'ultima frase del § 3 della "Comunicazione preliminare", vedi oltre p. 184.]

[2] [È probabile che in luogo di *Unregierbarkeit* si debba leggere: *Unabreagierbarkeit*; la frase significherebbe allora: "e con l'impossibilità di abreazione dalle sue rappresentazioni".]

[3] [Vedi oltre l'inizio del § 5 della "Comunicazione preliminare", p. 187.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Sulla teoria dell'attacco isterico[1]

Freud e Breuer

Ancora non esiste, a quanto ci consta, alcuna teoria dell'attacco isterico, bensí solo una descrizione datane da Charcot, la quale per altro si riferisce alla *grande attaque hystérique*, forma di durata non inferiore al normale e raramente osservata. Secondo Charcot,[2] un tale "tipico" attacco consiste in quattro fasi: 1) quella epilettiforme, 2) quella dei movimenti ampi, 3) la fase delle *attitudes passionnelles* [vedi p. 45], 4) quella del *délire terminal*. Poiché alcune di queste fasi possono rendersi indipendenti, protrarsi, modificarsi o mancare, sorge, secondo Charcot, tutta quella molteplicità di forme di attacchi isterici che il medico ha occasione di osservare piú spesso della *grande attaque hystérique*.

Questa descrizione non offre alcuna spiegazione dell'eventuale interdipendenza delle singole fasi, del significato dell'attacco nel quadro generale dell'isteria, e delle modificazioni degli attacchi nei singoli pazienti. Forse non andiamo errati supponendo che presso la maggior parte dei medici predomini la tendenza a vedere nell'attacco isterico una "scarica periodica dei centri motori e psichici della corteccia cerebrale".

Siamo pervenuti alle nostre vedute sull'attacco isterico trattando i soggetti isterici con il metodo ipnosuggestivo, interrogandoli in ipnosi e studiandone i processi psichici durante l'attacco. Per quanto riguarda l'attacco isterico, abbiamo fissato i punti che seguono, ai quali comunque apponiamo la premessa che abbiamo considerato

[1] [Sebbene il manoscritto originale datato "Vienna, *fine di novembre*, 1892" sia di mano di Freud, i primi editori tedeschi sostengono che fu scritto insieme con Breuer. È una minuta del quarto paragrafo della "Comunicazione preliminare", vedi oltre pp. 184 sgg.]

[2] [Vedi p. 184, n. 2.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

indispensabile, per la comprensione dei fenomeni isterici, l'ipotesi di una dissociazione: una disgregazione del contenuto di coscienza.

1) Il contenuto costante ed essenziale di un attacco isterico (ricorrente) è il ritorno di uno stato psichico che il malato ha già precedentemente vissuto; in altre parole, il *ritorno di un ricordo*.

Affermiamo quindi che la parte essenziale dell'attacco isterico è contenuta nella fase che Charcot definisce delle *attitudes passionnelles*. In molti casi è assolutamente evidente che questa fase contiene un ricordo della vita del paziente, spesso sempre lo stesso. In altri casi, tale fase sembra però mancare; apparentemente l'attacco consiste solo in fenomeni motori, in contratture epilettoidi, in uno stato catalettico o simile al sonno; tuttavia, anche in questi casi *l'indagine effettuata nell'ipnosi offre la prova sicura di un processo mnestico psichico*, quale si svela di solito con chiara evidenza nella *phase passionnelle*.

Le manifestazioni motorie dell'attacco hanno sempre un rapporto con il suo contenuto psichico e rappresentano l'espressione generale del moto interiore che le accompagna, oppure corrispondono esattamente alle azioni comportate dal processo mnestico allucinatorio.

2) *Il ricordo che forma il contenuto dell'attacco isterico non è un ricordo qualsiasi, ma è il ritorno dell'evento che ha causato l'attacco isterico, e cioè il ritorno del trauma psichico.*

Questo rapporto è di nuovo evidente in quei classici casi di isteria traumatica che Charcot ha imparato a conoscere negli uomini, in cui un soggetto, che prima non era isterico, soccombe alla nevrosi dopo un solo grande spavento (incidente ferroviario, caduta, ecc.). Il contenuto dell'attacco consiste qui nella riproduzione allucinatoria dell'evento connesso con il pericolo mortale, accompagnata forse dalle sequenze di pensieri e dalle impressioni sensoriali che il soggetto minacciato ebbe allora. In questi casi, tuttavia, il comportamento non differisce da quello della comune isteria femminile, ma anzi ne è un esatto modello. Indagando, seguendo la via che abbiamo indicato, il contenuto degli attacchi dell'isteria femminile, ci s'imbatte in eventi che, per la propria natura, sono essi pure adatti ad agire da traumi (spavento, malattia, delusione). Di regola, in questi casi, il grande trauma singolo viene sostituito da una serie di drammi minori, tenuti insieme per affinità o perché parti di una stessa tribolazione. Spesso, questi malati hanno anche diverse specie di attacchi, e ogni

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

specie ha un particolare contenuto mnestico. E questo fatto induce ad ampliare notevolmente il concetto di isteria traumatica.

In un terzo gruppo di casi si ritrovano, quale contenuto degli attacchi, ricordi che, in sé e per sé, non parrebbero avere un valore traumatico, ma che devono chiaramente tale valore al fatto che per la loro coincidenza con un momento di aumentata disposizione patologica, vi si sono associati, e sono quindi stati elevati a traumi.

3) *Il ricordo che forma il contenuto dell'attacco isterico è un ricordo inconscio o, per meglio dire, appartiene al secondo stato di coscienza, piú o meno altamente organizzato in ogni tipo di isteria.* Ne deriva che esso manca completamente nella memoria del malato anche quando questi si trova in uno stato normale, oppure vi è presente solo in modo sommario. Se si riesce a riportare completamente questo ricordo nella coscienza normale, cessa la sua capacità di provocare un attacco. Durante l'attacco stesso, il malato si trova completamente o parzialmente nel secondo stato di coscienza. Nel primo caso, nella sua vita normale egli si dimostra amnestico per quanto si riferisce a tutto l'attacco; nel secondo caso, egli si rende conto del suo stato di alterazione e delle sue manifestazioni motorie, mentre il processo psichico che si svolge durante l'attacco gli rimane celato. Questo processo, tuttavia, può essere sempre risvegliato mediante l'ipnosi.

4) Il problema dell'origine del contenuto mnestico degli attacchi isterici coincide con il problema di quali siano le condizioni normative per cui un evento (rappresentazione, proposito ecc.) viene accolto nel secondo stato di coscienza invece che in quello normale. Abbiamo riconosciuto con certezza in soggetti isterici due di tali condizioni.

Se l'isterico vuole intenzionalmente dimenticare un evento, se violentemente allontana da sé o inibisce e reprime un proposito, una rappresentazione, questi atti psichici cadono allora nel secondo stato di coscienza, di dove esplicano i loro effetti permanenti, mentre il ricordo di essi ritorna come attacco isterico (isteria delle monache, delle donne continenti, dei ragazzi beneducati, di coloro che sentono in sé un'inclinazione per l'arte, per il teatro, ecc.).

Nel secondo stato di coscienza cadono anche le impressioni provate durante uno stato psichico insolito (affetti, estasi, autoipnosi).

Aggiungiamo che ambedue queste condizioni spesso si combinano

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tramite un rapporto interiore e che, oltre ad esse, si deve ammettere l'esistenza di altre condizioni.

5) Partendo dal presupposto, per altro ricco di sviluppi, che *il sistema nervoso tende, nei suoi rapporti funzionali, a mantenere costante qualcosa che potremmo chiamare "somma di eccitamento" e che esso realizza questa condizione della sanità psichica liquidando ogni sensibile incremento di eccitamento per via associativa o scaricandolo mediante una corrispondente reazione motoria,*[1] si perviene a una proprietà comune a tutti quegli eventi psichici che si ritrovano quali contenuto degli attacchi isterici. Si tratta, generalmente, di *impressioni alle quali viene negata una scarica adeguata,* sia perché i malati ne respingono la liquidazione per paura di penosi conflitti spirituali, sia perché (cosí come avviene per le impressioni sessuali) essa è vietata dal pudore o dai rapporti sociali, o infine perché queste impressioni vengono provate in stati durante i quali il sistema nervoso è incapace di assolvere il compito di liquidarle.

Per tale via si perviene anche a una definizione del trauma psichico valida per quanto riguarda la teoria dell'isteria. *Diviene trauma psichico ogni impressione la cui liquidazione, tramite lavoro mentale associativo o tramite reazione motoria, presenti difficoltà per il sistema nervoso.*

[1] [È, questo, il "principio di costanza", che non figura però nella "Comunicazione preliminare".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

PREFAZIONE E NOTE ALLA TRADUZIONE DELLE
"LEZIONI DEL MARTEDÍ DELLA SALPÊTRIÈRE"
DI J.-M. CHARCOT

1892-94

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

Freud ha tradotto in tedesco le lezioni di Charcot: *Leçons du mardi de la Salpêtrière* (1887-88) (Parigi 1888; ed. riveduta 1892), col titolo *Poliklinische Vorträge* (Lezioni policliniche). Il libro, a cui Freud premise una prefazione, e che corredò di note a piè di pagina, uscí a dispense presso Deuticke, Lipsia e Vienna, negli anni dal 1892 al 1894.

Ciò spiega come in una nota (vedi oltre p. 158) si parli dello scritto di Freud sullo studio comparato delle paralisi motorie organiche ed isteriche, come di un lavoro già scritto ma non ancora pubblicato, mentre in altra nota successiva (vedi p. 159) è data la indicazione della pubblicazione avvenuta. Cosí pure si parla in una nota (vedi p. 156) di un lavoro iniziato con Breuer per interpretare l'attacco isterico come "un tentativo di compiere la reazione al trauma", e in una nota successiva (vedi p. 159) si fa cenno della teoria abbozzata da Freud e Breuer come di cosa già nota al pubblico degli studiosi.

Nella lettera del 28 giugno 1892, Freud dice a Fliess di avergli mandato una parte del libro. Si tratta probabilmente della prima puntata.

Le note a piè di pagina aggiunte da Freud costituiscono un commento personale, che spesse volte ha carattere critico nei confronti del pensiero di Charcot. Esse non furono piú ripubblicate. La presente traduzione è di Laura Schwarz.

Freud non aveva chiesto la autorizzazione a Charcot di aggiungere queste note. E piú tardi (come egli riferisce alla fine del capitolo 7 della *Psicopatologia della vita quotidiana*, 1901) gli rimase il sospetto che Charcot si fosse dispiaciuto di questa sua azione arbitraria. Charcot morí nell'estate del 1893, prima dunque che la pubblicazione della traduzione fosse completata.

La maggior parte delle note di Freud ha carattere neurologico. Qui sono state riprodotte soltanto le note a contenuto psicologico.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Prefazione alla traduzione delle "Lezioni del martedí" di Charcot

Le lezioni di Charcot qui tradotte in tedesco per gentile concessione dell'autore s'intitolano in francese *Leçons du mardi de la Salpêtrière*, dal giorno della settimana in cui il professore visita davanti al suo uditorio i pazienti ambulatoriali. Il primo volume di queste *Leçons* apparve nel 1888 in veste assai modesta, come "Note dei signori Blin, Charcot junior e Colin". Quest'anno (1892) esso ha subíto una revisione da parte dell'autore, e su questa si fonda la nostra edizione tedesca.

L'edizione francese era introdotta da una prefazione del dottor Babinski, nella quale questo eccellente scolaro di Charcot mette in luce con giustificato orgoglio la somma quasi inesauribile di suggerimenti e di insegnamenti che si deve, da molti anni, al Maestro, e come lo studio delle sue pubblicazioni possa malamente sostituire il suo insegnamento orale. Egli considera quindi giustificato pubblicare anche queste lezioni improvvisate di Charcot, allargando cosí enormemente la cerchia dei suoi allievi e dei suoi uditori. Chi ha avuto anche per breve tempo la fortuna di vedere al lavoro quel grande ricercatore e di assimilarne direttamente l'insegnamento, concorderà di cuore, ne sono certo, con il dottor Babinski.

Queste lezioni contengono in realtà tante cose nuove che nessuno, anche fra gli esperti, le potrà leggere senza allargare di molto il proprio orizzonte conoscitivo. Le cose nuove, poi, sono presentate in forma cosí energica e stimolante che quest'opera, come forse nessun'altra dopo le *Leçons* di Trousseau,[1] si presta a servire da manuale per gli studenti e per il medico che voglia mantener vivo il suo interesse per la neuropatologia.

[1] [Il notissimo *Traité de thérapeutique* (Parigi 1836-39) di Armand Trousseau (1801-67).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Queste lezioni devono il loro fascino particolare al fatto di essere totalmente o in gran parte improvvisate. Il professore non conosce il malato che gli viene presentato, o lo conosce solo superficialmente. È quindi costretto a comportarsi di fronte all'uditorio come di solito fa soltanto nella sua pratica medica, con la differenza che in questo caso egli pensa a voce alta e permette quindi agli ascoltatori di prendere parte al corso delle sue ipotesi e delle sue ricerche. Egli interroga il malato, si accerta dell'esistenza di questo o di quel sintomo, e cosí giunge alla diagnosi del caso, che poi attraverso ulteriori ricerche circoscriverà o confermerà. Si osserva come egli abbia confrontato il caso che ha di fronte con tutta una serie di quadri clinici derivati dalla sua esperienza e impressi nella sua memoria, e come abbia identificato la manifestazione morbosa presente con uno dei quadri. Questo è poi il modo in cui anche noi formuliamo la diagnosi al capezzale del malato, anche se l'insegnamento clinico ufficiale talvolta fornisce agli studenti un'illustrazione differente. A questa prima formulazione si collegano in seguito osservazioni di diagnostica differenziale, e il docente cerca di chiarire i motivi che l'hanno condotto alla sua identificazione, motivi che, com'è noto, molti bravi diagnostici non sono in grado di fornire, anche se il loro giudizio ne è determinato. La discussione che segue riguarda la particolarità clinica del caso. Il quadro clinico, la *entité morbide*, rimane il fondamento di tutta la trattazione, ma il quadro clinico consiste in una serie di fenomeni, una serie che, talvolta, prende direzioni diverse. La valutazione clinica del caso consiste nell'attribuirgli il suo posto all'interno di questa serie. Nel mezzo della serie sta il *type*, cioè la forma estrema, consapevolmente e intenzionalmente schematizzata, del quadro clinico; oppure si possono stabilire diversi di questi tipi, collegati tra loro attraverso forme di transizioni. Certamente è anche possibile incontrare il *type*, cioè la presentazione completa e caratteristica del quadro clinico, ma i casi realmente osservati per lo piú si discostano dal tipo, in quanto manca questo o quel tratto, oppure si ordinano in una o piú serie che si discostano dal tipo e terminano alla fine in forme confuse e rudimentali (*formes frustes*), nelle quali solo l'esperto riesce ancora a riconoscere le forme derivate dal tipo. Mentre la nosografia ha per contenuto la descrizione dei quadri clinici, compito della medicina clinica è quello di rintracciare la configurazione individuale dei casi e la combinazione dei sintomi.

Ho voluto qui insistere sui concetti di *entité morbide*, di serie, di

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

type e di *formes frustes*, perché il loro uso costituisce uno dei caratteri principali del metodo clinico francese. Il metodo tedesco è invece di fatto estraneo a questo modo di considerare le cose; il quadro clinico e il tipo qui non hanno particolare importanza, mentre acquista preminenza un altro tratto che si chiarisce attraverso l'evoluzione della clinica tedesca, cioè la tendenza alla spiegazione fisiologica della condizione clinica e dell'interconnessione dei sintomi. L'osservazione clinica, per i Francesi, guadagna indubbiamente in autonomia, in quanto relega i punti di vista fisiologici in secondo piano. Ma la loro mancanza può darci la spiegazione primaria dell'impressione di stranezza che fa al non iniziato la clinica francese. Non si tratta qui in realtà di trascuranza ma di un'esclusione intenzionale e ritenuta proficua. Ho sentito dire a Charcot: "Je fais la morphologie pathologique, je fais même un peu l'anatomie pathologique; mais je ne fais pas la physiologie pathologique, j'attends que quelqu'un autre la fasse."[1]

La presentazione e l'apprezzamento di queste lezioni sarebbero certo incompleti se ci si fermasse qui. L'interesse maggiore di una lezione spesso sorge proprio solo dopo che si è formulata la diagnosi e si è trattato il caso clinico secondo le sue peculiarità. Allora Charcot si prende la libertà, permessa da questo tipo di lezioni, di ricollegare a quanto si è visto osservazioni su casi simili che egli ricorda, e di fare importantissime considerazioni sui temi prettamente clinici dell'etiologia, dell'ereditarietà, della connessione con altre malattie. Allora, affascinati dall'abilità del parlatore non meno che dall'acutezza dell'osservatore, si ascoltano quelle brevi storie che dimostrano come da un'esperienza medica si sia sviluppata una nuova conoscenza; allora, assieme al docente, si passa dalla considerazione di un quadro clinico neuropatologico alla discussione di un problema fondamentale di patologia generale, e poi d'un tratto si vede il maestro e il medico retrocedere di fronte al sapiente, la cui mente aperta ha accolto in sé il grande quadro variopinto dell'operare del mondo e che ci lascia intuire come la malattia nervosa non sia un capriccio della patologia, ma vada considerata come una parte essenziale e necessaria di un tutto unico. Queste lezioni forni-

[1] ["Faccio morfologia patologica, faccio anche un po' anatomia patologica; ma non faccio fisiologia patologica, aspetto che la faccia qualcun altro." - Freud adottò in larga misura, almeno nelle sue prime classificazioni, i metodi clinici della scuola francese; vedi in particolare *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

scono un quadro cosí preciso del modo di parlare e di pensare di Charcot, che fanno rivivere per chiunque sia stato una volta fra i suoi uditori il ricordo della voce e della mimica del Maestro, e le belle ore in cui il fascino di una grande personalità lo aveva inestricabilmente legato agli interessi e ai problemi della neuropatologia.

Voglio dire ancora alcune parole per giustificare quelle osservazioni, stampate in corpo minore, che interrompono in modo irregolare il flusso dell'esposizione di Charcot. Esse sono opera mia e contengono in parte chiarimenti sul testo e ulteriori riferimenti bibliografici, in parte però obiezioni critiche e osservazioni marginali, come potevano venire in mente all'ascoltatore. Spero che non si considereranno queste osservazioni come se io volessi in qualche modo sovrapporre i miei punti di vista a quelli del celebre Maestro, cui anch'io personalmente sono tanto obbligato come discepolo. Anzi, io mi considero autorizzato a quel diritto alla critica di cui gode, per esempio, ogni recensore in una rivista specializzata, indipendentemente dal suo valore. In neuropatologia vi sono ancora tanti punti non chiariti o oggetto di contestazione, che si possono venire a conoscere meglio solo attraverso la discussione, e io mi sono preso la libertà di aprire la discussione su alcuni di questi punti toccati nelle lezioni. Che io qui esponga le mie opinioni personali, in quanto si discostano dagli insegnamenti della Salpêtrière, è naturale. Il lettore di Charcot non deve però dedicare alle mie osservazioni piú attenzione di quanto esse meriterebbero se fossero presentate da sole.

Nella traduzione di queste lezioni mi sono sforzato non certo di riprodurre lo stile incomparabilmente chiaro e al tempo stesso tanto elevato di Charcot, cosa che comunque non mi sarebbe riuscita, ma di scostarmi il meno possibile dal loro carattere discorsivo.

Vienna, giugno 1892

DR. SIGM. FREUD

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Estratti dalle note alla traduzione delle "Lezioni del martedí" di Charcot

Pagina 107 [*Charcot fa una descrizione dell'attacco isterico.*]

...Colgo l'occasione offerta nel testo per fornire al lettore una visione indipendente dell'attacco isterico. Il "tipo" di Charcot, con le sue modificazioni, la possibilità che ogni stadio divenga indipendente e rappresenti tutto l'attacco, e via dicendo, è indubbiamente abbastanza esteso da coprire tutte le forme di attacco osservate. Proprio per questo si contesterà forse da parte di alcuni che esso rappresenti una vera unità.

Io ho cercato di affrontare il problema dell'attacco isterico in modo non descrittivo, e attraverso l'esame di isterici in condizione ipnotica sono giunto a nuovi risultati, che voglio qui in parte comunicare: il nucleo dell'attacco isterico, in qualunque forma esso insorga, è un *ricordo*, il rivivere in modo allucinatorio una scena molto significativa per l'insorgere della malattia. Questo processo si manifesta in modo percepibile nella fase delle *attitudes passionnelles*, ma è presente anche quando l'attacco apparentemente comporta solo fenomeni motori. *Contenuto del ricordo* è, di solito, o il *trauma* psichico che, per la sua intensità, era atto a provocare l'insorgere dell'isteria nel malato, oppure l'evento che, per essere occorso in un determinato momento, si è trasformato in trauma.

Nei casi della cosiddetta isteria "traumatica", questo meccanismo è evidente anche all'osservazione piú grossolana, ma è riconoscibile anche nell'isteria che non comporta un grosso trauma. In questo caso si riscontrano piccoli traumi ripetuti, oppure ricordi, in sé indifferenti, divenuti traumatici per eccesso del fattore della disposizione. Il trauma si dovrebbe definire come un *incremento di eccitamento* nel sistema nervoso, *che questo non è riuscito a liquidare a sufficienza*

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mediante reazione motoria. L'attacco isterico si deve *forse* interpretare come un tentativo di compiere la reazione al trauma. Vorrei qui accennare a un lavoro su questo argomento da me iniziato assieme al dottor Josef Breuer.[1]

Pagina 137 [*Charcot descrive casi di fanciulli "di ottime maniere e di educazione assai raffinata", che soffrono di attacchi isterici con irruzione di linguaggio osceno.*]

È forse casuale che gli attacchi dei giovani di cui Charcot decanta la buona educazione e le belle maniere consistessero in un accesso di furioso turpiloquio? Non è meno casuale, credo, del fatto che i deliri isterici delle monache abbondano di bestemmie e di immagini erotiche. Si può qui sospettare una connessione che permette di gettare una luce profonda sul meccanismo della condizione isterica. Nei deliri isterici affiora quel materiale di idee e di impulsi all'azione che la persona sana ha rifiutato e ha inibito, spesso, con grande sforzo psichico. Lo stesso vale per molti sogni, che sviluppano associazioni rifiutate o interrotte durante il giorno. Io ho quindi basato su questo fatto la teoria della "controvolontà isterica", che abbraccia un buon numero di sintomi isterici.

Pagina 142 [*Charcot illustra un caso in cui apparivano tic e ossessioni.*]

Qui voglio ricordare un caso interessante da me osservato di recente, e che mostra una nuova variante rispetto ai tic e alle ossessioni. Un giovane di 23 anni venne a consultarmi a causa di ossessioni tipiche. Dagli 8 ai 15 anni aveva sofferto di un tic molto pronunciato, in seguito scomparso. Le ossessioni sono comparse quando aveva 12 anni e si sono molto intensificate recentemente.

Pagina 210 [*Freud in una lunga nota discute un'osservazione molto articolata di Charcot, secondo cui in determinati casi può manifestarsi un'emianestesia completa (a causa di un determinato tipo di lesione organica centrale) che è esattamente uguale all'emianestesia isterica. Charcot nega in particolare che in questi casi sia presente l'emianopsia.*]

[1] [Vedi oltre (pp. 184 sgg.) il § 4 della "Comunicazione preliminare".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

...Quando una volta mi presi la libertà di interpellarlo su questo punto e di contraddirlo sulla sua teoria della emianopsia, mi sentii rispondere con questa bella frase: "La théorie, c'est bon, mais ça n'empèche pas d'exister."[1] Se solo si sapesse che cosa esiste!...

Pagina 224 [*Charcot afferma che l'ereditarietà è la "vera causa" degli attacchi isterici, della vertigine e dell'agorafobia di un malato.*]

Io qui mi permetto di contraddirlo. La causa piú frequente dell'agorafobia e cosí pure della maggior parte delle altre fobie non risiede nell'ereditarietà, ma in anomalie della vita sessuale. Si può anche specificare il tipo di abuso della funzione sessuale di cui si tratta. Queste nevropatie possono in una qualsiasi misura essere *acquisite*, e naturalmente in chi vi è ereditariamente predisposto esse, a parità di etiologia, si manifestano in modo piú intenso.

Pagina 237 [*Charcot illustra un caso di morbo di Basedow.*]

Molti lettori probabilmente si schiereranno con me contro la teoria etiologica di Charcot, che non distingue la disposizione alle nevrosi da quella alle malattie nervose organiche, non tiene presente la parte tutt'altro che trascurabile delle malattie nervose *acquisite*, e fa dell'artritismo dei congiunti una disposizione nevropatica ereditaria. La sopravvalutazione del fattore ereditario potrebbe anche spiegare il fatto che Charcot, a proposito del morbo di Basedow, non menziona quell'organo nella cui alterazione siamo spinti da indizi importanti a cercare la vera causa dell'affezione. Mi riferisco naturalmente alla tiroide, e, riguardo al fatto controverso che la disposizione ereditaria e i traumi psichici abbiano una grande parte nello sviluppo di questa malattia, mi richiamo all'eccellente saggio di Moebius sul morbo di Basedow, nella "Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde", vol. 1 (1891).

Pagina 268 [*Charcot discute la differenza tra afasia organica e isterica.*]

Quando nel 1886 lasciai la Salpêtrière, Charcot mi affidò il com-

[1] ["La teoria, sta bene, ma ciò non impedisce l'esistenza." È questo l'aneddoto preferito da Freud, relativamente a Charcot, piú volte ripetuto in scritti posteriori.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pito di condurre uno studio comparato delle paralisi organiche e isteriche sulla base delle osservazioni compiute alla Salpêtrière. Io ho svolto questo lavoro ma non l'ho pubblicato.[1] Il suo risultato era stato un'ulteriore elaborazione del principio qui enunciato da Charchot: le paralisi isteriche si caratterizzano per due fattori e inoltre soprattutto per la concomitanza di essi. In primo luogo esse sono capaci della *massima intensità*; in secondo luogo, del piú *assoluto isolamento*; e si distinguono dalle paralisi organiche soprattutto quando combinano intensità e isolamento. *Una monoplegia del braccio per una causa organica può limitarsi esclusivamente al braccio, ma allora quasi mai si tratta di una monoplegia assoluta*; appena la sua intensità aumenta, ne aumenta anche l'estensione, ed è regola che essa venga accompagnata anche da un accenno di paresi al volto e alla gamba. Se invece resta esclusivamente circoscritta al braccio e nello stesso tempo è assoluta, può essere solo una paralisi isterica.

Pagina 286 [*Charcot dà consigli tecnici sull'uso della suggestione e aggiunge:*

"Presso gli Inglesi, che sono certamente persone pratiche, c'è il detto: 'Do not prophesy, unless you be sure' *(non fare profezie se non sei ben sicuro). Vorrei ricollegarmi a questa frase e raccomandare anche a voi di seguirla. In realtà, se in un caso indubbio di paralisi psichica dite con grande sicurezza al malato:* 'Alzati e cammina' *ed egli lo fa, potreste certo ascrivere il miracolo da voi operato a voi stessi e alla vostra diagnosi. Però vi consiglio di non spingervi tanto oltre e di pensare sin da principio come potreste assicurarvi una ritirata* 'in buon ordine', *nel caso possibile di un insuccesso."*]

Con queste belle parole Charcot rivela uno dei piú gravi abusi con cui deve fare i conti l'impiego pratico della suggestione nelle condizioni di veglia e di lieve ipnosi. Né il medico né il paziente sopportano alla lunga il contrasto tra la suggestione, che nega decisamente la malattia, e la necessità invece di riconoscerla al di fuori della suggestione.[2]

[1] [Freud accenna al suo scritto: *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche* (1893).]

[2] [Il commento di Freud è chiaro indizio della sua crescente insoddisfazione per la suggestione.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Pagina 314 [*Charcot descrive un caso d'isteria maschile, in cui apparentemente la malattia era il risultato di un'intossicazione da mercurio.*]

Probabilmente i lettori di queste conferenze sanno che Pierre Janet, Breuer e io, e cosí pure altri autori, abbiamo cercato recentemente di abbozzare una teoria psicologica dei fenomeni isterici, basata sui lavori di Charcot (sulla spiegazione delle paralisi isterotraumatiche). Per quanto questa teoria ci appaia solida e promettente, è doveroso ammettere che finora non si è assolutamente riusciti a far un passo per far rientrare nell'idea base di quella concezione l'isteria da intossicazione, l'analogia tra emiplegia isterica e organica, o la genesi delle contratture isteriche. Spero che questo compito non si dimostrerà insolubile, o per lo meno che questi fatti non si dimostreranno inconciliabili con la teoria psicologica.

Pagina 368 [*Charcot delinea la diagnosi differenziale tra monoplegia isterica e organica.*]

In un breve lavoro (*Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques*, Archives de Neurologie, N. 77, 1893), ho cercato di estendere questa osservazione di Charcot e di illustrarne i rapporti con la teoria della nevrosi.[1]

Pagina 371 [*Charcot descrive accessi diversi di una ragazza isterica.*]

Certamente non fraintendiamo Charcot traendo dalle sue considerazioni sulla *hysteroepilepsie à crises mixtes* e quella *à crises separées* la conclusione che il termine "isteroepilessia" sia comunque da rifiutare e da mettere fuori uso. Alcuni dei malati cosí denominati soffrono semplicemente di isteria, altri di isteria e di epilessia, due affezioni che hanno pochi rapporti interni fra loro e che solo per caso si riscontrano insieme nella stessa persona. Forse non è superflua un'osservazione del genere, perché molti medici sembrano ritenere che l'"isteroepilessia" sia un'intensificazione dell'isteria o un passaggio da questa all'epilessia. Certamente, nel coniare il termine isteroepilessia, era implicita l'intenzione di prendere una posizione

[1] [È lo stesso saggio di cui alla penultima nota qui sopra, pubblicato nel frattempo.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

del genere, ma Charcot già da molto tempo ha abbandonato questa concezione e noi non abbiamo alcun motivo di rimanere indietro, rispetto a lui, proprio su questo punto.[1]

Pagina 399 [*Charcot aveva espresso le sue opinioni sul problema dell'affaticamento mentale come causa della "nevrastenia cerebrale".*]

Tutte queste considerazioni etiologiche a proposito della nevrastenia sono incomplete, se non si tiene conto della lesione sessuale che, secondo la mia esperienza, rappresenta il piú importante e unico fattore etiologico imprescindibile.

Pagina 404 [*A proposito di una considerazione sulle cause ereditarie delle nevrosi.*]

...La teoria della *famille névropathique* ha urgente bisogno di essere riveduta.[2]

Pagina 417 [*A proposito di una considerazione simile.*]

...La concezione della *famille névropathique* che, del resto, comprende quasi tutto ciò che noi conosciamo come malattie nervose organiche e funzionali, sistematiche e accidentali, non potrebbe certo reggere a una critica seria.

[1] [Vedi sopra, p. 61, la nota allo scritto sull'isteroepilessia posto in appendice a *Isteria* (1888).]

[2] [La famiglia, o gruppo, delle malattie nevropatiche comprendeva, secondo Charcot, "tutte quelle malattie del sistema nervoso che possono reciprocamente scambiarsi nell'ereditarietà". Freud criticherà questa concezione alla fine del suo necrologio di *Charcot* (1893).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

STUDI SULL'ISTERIA

BREUER E FREUD

1892-95

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avvertenza editoriale

Gli *Studien über Hysterie*, editi nel maggio 1895, come opera collettiva di Josef Breuer e Sigmund Freud, da Deuticke (Lipsia e Vienna), sono costituiti: da un primo capitolo, scritto in comune dai due autori, recante la data: "dicembre 1892", e già pubblicato nel "Neurologisches Centralblatt", vol. 12 (1), 4-10, e (2), 43-47 (gennaio 1893), e nei "Wiener medizinische Blätter", vol. 16 (3), 33-35, e (4), 49-51 (gennaio 1893), col titolo *Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici: comunicazione preliminare* (titolo originale: *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mitteilung*); da cinque "Casi clinici", di cui il primo (la signorina Anna O.) scritto da Breuer, e gli altri quattro da Freud; da un capitolo di "Considerazioni teoriche" dovuto a Breuer, e da un ultimo capitolo "Per la psicoterapia dell'isteria", opera di Freud che lo ultimò ai primi di marzo del 1895 (lettera inedita a Fliess del 13 marzo).

Della prima edizione furono stampate ottocento copie, di cui soltanto 626 furono vendute nel corso di tredici anni, fino al 1908, fruttando agli autori 425 fiorini (pari a circa 850 lire del tempo) da dividersi fra i due.

La "Comunicazione preliminare" aveva suscitato notevole interesse negli ambienti medici tedeschi. Gli *Studi sull'isteria* invece non furono accolti con favore. Salvo qualche rara eccezione, le recensioni nei periodici scientifici furono prevalentemente critiche: si veda quanto scrive E. Jones, *Vita e opere di Freud*, trad. A. e M. Novelletto (Il Saggiatore, Milano 1962) vol. 1, pp. 306 sgg.

Nel 1909 fu pubblicata una seconda edizione (che era una ristampa con una nuova prefazione): in tale occasione Breuer mandò a Freud come ricordo i manoscritti degli *Abbozzi*, che sono stati riportati piú su. Nel 1916 e 1922 uscirono una terza e una quarta edizione (semplici ristampe). Seguirono le edizioni nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 3-238 e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 77-312: in esse furono omesse le parti del libro che sono opera esclusiva di Breuer ("Anna O." e le "Considerazioni teoriche"); Freud sostituí queste parti con qualche nota esplicativa che non figurava nel testo originario.

Mai tradotta finora in italiano, l'opera viene qui riprodotta nella sua

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

integrità, e quindi anche con le parti dovute a Breuer. La traduzione è di Carlo Federico Piazza.

La collaborazione di Breuer e Freud nasce dalla stretta amicizia che vi era stata fra i due uomini. Josef Breuer (1842-1925), di quindici anni piú vecchio, era già un medico affermato quando Freud era ancora uno studente, e fu largo di consigli e di aiuti anche materiali, con una sollecitudine piú che fraterna, verso Freud, che dopo il 1880 era divenuto amico di famiglia.

La signorina Anna O. (nome sotto il quale è stata da Breuer nascosta la signorina Bertha Pappenheim, 27 febbraio 1859-28 maggio 1936) fu curata da Breuer dal dicembre 1880 al giugno 1882. Freud ebbe notizia del caso di Breuer il 18 novembre 1882 (lettera inedita alla fidanzata Martha Bernays del 19 novembre, citata da Jones, op. cit., vol. 1, p. 280) e, benché allora fosse immerso negli studi di istologia del sistema nervoso e gli fossero quindi estranei i problemi di psicopatologia, ne fu molto impressionato; tanto che qualche anno dopo a Parigi parlò a Charcot di questo caso. Come Freud riferisce nella *Autobiografia* del 1924, Charcot non si dimostrò invece interessato. Lo stesso Freud all'inizio della sua attività professionale di medico delle malattie nervose, anche quando nel dicembre 1887 cominciò a usare sistematicamente l'ipnosi, non ritornò su questo vecchio caso clinico.

Soltanto gli scarsi successi ottenuti con l'impiego della ipnosi, per la semplice e diretta inibizione dei sintomi isterici, lo portarono a riprendere in esame con Breuer questo caso, e a cercare di ricavarne una interpretazione teorica e una tecnica terapeutica per l'isteria. Ciò dovrebbe esser avvenuto nella primavera del 1889, se è esatta la data del 1° maggio 1889 affermata da Freud come data di inizio della cura del secondo caso qui riportato, la signora Emmy von N. (come vedremo, è possibile che l'inizio di questa cura debba essere invece ricondotto al 1° maggio 1888).

È da rilevare che mentre fino a quest'epoca i rapporti di Freud con Breuer erano stati improntati alla piú affettuosa amicizia (numerosi sono i passi delle lettere di Freud alla fidanzata che esprimono questo suo stato d'animo), dopo il 1891, mentre si accentua la intimità di Freud con Fliess, viene invece attenuandosi, in modo non tanto facilmente spiegabile, la sua amicizia per Breuer.

Il 28 giugno 1892, nella prima lettera in cui Freud (che precedentemente impiegava il Lei) si rivolge col familiare tu a Fliess, egli gli annuncia di aver ottenuto da Breuer di poter esporre in un articolo da scriversi in comune le idee insieme elaborate partendo da un'analisi del primo caso di Breuer. Il 18 dicembre dello stesso anno Freud scrive allo stesso Fliess che l'articolo è pronto e che esso verrà pubblicato sotto forma di "Comunicazione preliminare" nel numero 1 del 1893 del "Neurologisches Centralblatt". Aggiunge però: "È stata necessaria una lunga battaglia con il mio collaboratore." La frase si riferisce agli elementi di dissenso che fin dall'inizio della collaborazione fra Breuer e Freud erano apparsi. Questi elementi di dissenso di natura teorica si

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

complicavano con gli aspetti assunti, come dicemmo, dai rapporti personali.

Ne risulta lo stranissimo carattere degli *Studi sull'isteria*: di essere cioè un'opera in collaborazione, scritta e pubblicata proprio mentre la collaborazione fra i due autori era già in piena crisi.

Questa situazione confusa ha le sue radici nel modo come storicamente la esperienza clinica e terapeutica di Breuer e di Freud si era sviluppata.

L'esperienza di Breuer (in quanto esperienza di un nuovo metodo di psicoterapia dell'isteria) si limita all'unico caso di Anna O. Questo caso fu però descritto da Breuer oltre dodici anni dopo la cura, e non fu esposto in modo molto preciso (come Freud in parte affermò esplicitamente, in parte lasciò intendere). Inoltre la tecnica seguíta da Breuer si risolveva in una utilizzazione di un comportamento che la paziente aveva già per proprio conto cominciato ad attuare, e che sembrava consistere in un ritorno a uno stato di coscienza simile a quello in cui erano stati vissuti gli episodi traumatici. Deriva da ciò la tendenza di Breuer a considerare la formazione dei sintomi isterici come dovuta a un tale stato ipnoide di coscienza.

Freud, per riprodurre in qualche modo una tecnica esplorativa analoga a quella di Breuer, doveva con i propri pazienti (i quali non presentavano spontaneamente gli stati di coscienza del caso di Breuer) invitarli in modo diretto a ricordare: in ipnosi (quando l'ipnosi si lasciava produrre, come nel caso della signora Emmy von N.), ma anche senza ipnosi quando questa, come nei casi di Elisabeth von R. e di Miss Lucy R., non si lasciava produrre. Cosí però l'attività del medico consisteva apparentemente in una lotta contro la difficoltà da parte del paziente a ricordare e a comunicare. Ne derivava in Freud la tendenza a considerare questa stessa difficoltà come un momento costitutivo dell'isteria (isteria da ritenzione). Inoltre, come gli sforzi che il medico doveva esercitare sembravano giustificare una interpretazione della cura in termini dinamici, cosí sembrava logico interpretare in termini dinamici anche il momento patogenetico, con la introduzione del concetto di rimozione.

In tal modo, pur essendo Freud e Breuer d'accordo nell'idea che si dovesse riportare l'isteria comune allo schema stesso valido per l'isteria traumatica, nel senso che anche nell'isteria comune vi sarebbe alla base della malattia una situazione traumatica (anche se la connessione fra trauma e sintomo appariva nell'isteria comune piú complessa e simbolica), essi dissentirono circa la interpretazione delle condizioni che rendono un fatto traumatico.

Nella "Comunicazione preliminare" i due autori risolsero il contrasto ammettendo l'esistenza di entrambe le forme di isteria (da stato ipnoide e da ritenzione). E tale posizione fu in seguito conservata da Breuer.

Freud invece, nell'ultimo capitolo da lui scritto di questo libro, mostra di propendere per la tesi che l'origine dell'isteria sia sempre da riferirsi a un unico meccanismo: quello di una difesa dalla spiacevolezza di una situazione, che appunto perciò diverrebbe traumatica. Lascia solo sussi-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

stere un dubbio – ma esclusivamente per un riguardo a Breuer – per il caso di Anna O.

Freud tuttavia sapeva che Breuer non aveva compiutamente descritto questo caso, e che aveva omesso alcuni elementi importanti. Si tratta degli elementi che stanno alla base di un altro contrasto fra Breuer e Freud: quello relativo alla importanza della sfera sessuale per le situazioni traumatiche responsabili della formazione dei sintomi isterici (vedi oltre p. 206 n.).

Breuer, sotto l'influenza di Freud, che dalla propria esperienza era condotto a dare un grande rilievo alla sfera sessuale, ammetteva che tale sfera doveva essere una fonte molto importante di situazioni traumatiche, ma poiché aveva dato del caso di Anna O. una interpretazione che prescindeva completamente da elementi del genere, non poteva accettare la tesi di una origine sessuale di tutte le forme di isteria. Freud che, a proposito del caso di Anna O., era a conoscenza di alcuni elementi sottaciuti da Breuer, e che altri elementi aveva intuíto in base alla propria esperienza di casi analoghi, era per questo irritato verso Breuer.

Breuer del resto, anche in seguito, quando Freud venne violentemente attaccato per le sue idee sulla sessualità, oscillò fra posizioni contrastanti, di sostegno e di difesa nei riguardi di Freud, e di freddezza e diffidenza verso quelle idee.

Nella intenzione dei due autori le cinque storie cliniche degli *Studi sull'isteria* avrebbero dovuto costituire una dimostrazione, sia della interpretazione teorica circa la natura dei sintomi isterici abbozzata nella "Comunicazione preliminare", sia della tecnica catartica (tanto nell'impiego originario di Breuer, quanto nelle variazioni successivamente introdotte da Freud).

In realtà queste storie, anche se (come dice Freud) sono state scelte, perché piú agevolmente comunicabili, nei confronti di un materiale clinico piú vasto, hanno caratteri tali per cui neppur una può essere considerata paradigmatica: né per il metodo catartico di Breuer, né per l'altro metodo che Freud veniva elaborando, e che fu poi detto analitico.

Non la storia di Anna O., dove l'iniziativa della tecnica terapeutica fu per cosí dire della stessa ammalata, e che Breuer conclude in modo eccessivamente ottimistico e non corrispondente a quella che è stata la realtà. Non il caso della signora Emmy von N., nel quale Freud impiega la ipnosi in modo misto: talora per far ricordare qualche cosa alla paziente, ma assai spesso anche per vietarle dati ricordi, con un metodo piú simile a quello di Janet che non a quello di Breuer. Non quello di Miss Lucy R., che non fu un trattamento sistematico, ma un seguito di brevi sedute effettuate negli intervalli fra l'una e l'altra consultazione con i pazienti veri di Freud. Non certo quella di Katharina, consistente in un unico colloquio, dove Freud (con un procedimento che piú tardi avrebbe certo qualificato come "analisi selvaggia") si limitò a stimolare la paziente perché prendesse meglio coscienza di episodi non del tutto scomparsi dalla sua memoria. E neppure il caso di Elisabeth von R., che è indubbia-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mente molto importante, perché è il primo caso in cui Freud rinunciò completamente all'ipnosi per ottenere dal paziente la rievocazione di episodi dimenticati, ma che presenta un materiale di rievocazione molto recente e coperto da lieve rimozione.

D'altra parte questo carattere incompleto del materiale clinico offerto come materiale dimostrativo non può essere rimproverato ai due autori. E questo anzitutto perché gli *Studi sull'isteria* descrivono lo sviluppo, per successivi tentativi, di un procedimento terapeutico, e non pretendono di dimostrare una tecnica già perfezionata. E poi perché è sempre molto difficile descrivere un trattamento di questo tipo, tanto è vero che Freud, neppure in quelli che vengono denominati i *Casi clinici*, ha dato la esposizione di un trattamento completo.

Le storie cliniche qui riportate richiedono qualche chiarimento.

Breuer interrompe la storia della signorina Anna O. (il cui trattamento era stato iniziato nel dicembre 1880) nel giugno 1882, quando l'ammalata, dovendo trasferirsi in campagna, avrebbe effettuato un ultimo intenso lavoro di *talking cure* (cura parlata), rievocando la scena traumatica principale connessa alla camera di degenza del padre ammalato, per poi congedarsi definitivamente da Breuer, in complesso guarita. E Breuer termina dicendo : "Da allora"(1882) "gode"(1895) "perfetta salute" (vedi oltre p. 205).

La storia del caso (che Freud riprende e descrive molto particolareggiatamente, ma sempre entro i limiti della narrazione di Breuer, nella prima delle *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, del 1909) è, come Freud stesso nota in *Per la storia del movimento psicoanalitico* (1914) e nella *Autobiografia* (1924), piú complessa: in quanto diede luogo a una situazione affettiva da "traslazione", che Breuer non riuscí a dominare e che provocò una brusca rottura del rapporto paziente-medico, con conseguenze negative per la paziente, la quale non pervenne a una totale liquidazione della nevrosi.

Jones (*op. cit.*, vol. 1, pp. 278 sgg.) riferisce il racconto fattogli da Freud. L'interesse di Breuer per questa sua paziente, alla quale egli dedicava assai piú tempo che non agli altri ammalati, destò la gelosia di sua moglie. Ne derivò una situazione per cui Breuer decise di troncare la cura (che aveva già dato buoni risultati) e di congedarsi da Bertha Pappenheim. Se non che la sera stessa di quel giorno, egli fu chiamato urgentemente a casa dell'ammalata che era in preda a una crisi. Si trattava della rappresentazione isterica di un parto: la conclusione dunque di una gravidanza immaginaria che si era venuta svolgendo in forma nascosta, come risposta agli interventi terapeutici di Breuer. Breuer cercò di calmare la paziente con l'ipnosi; e partí l'indomani da Vienna con la moglie per un viaggio.

Due lettere, inedite, di Freud alla fidanzata (31 ottobre 1883 e 11 novembre 1883, riportate da Jones, vol. 1, p. 322) contengono lo stesso racconto.

Bertha Pappenheim ebbe in seguito varie ricadute, fu ricoverata in una casa di cura, e nell'agosto 1883 (lettera inedita di Freud alla fidanzata del

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

5 agosto 1883) era, come Breuer disse a Freud, completamente a pezzi. Anche anni dopo (lettere inedite di Martha Bernays alla propria madre del 2 gennaio e 31 maggio 1887) la paziente, che per un certo periodo si era data alla morfina, presentava ancora gli stati allucinatori serali. Malgrado le sue sofferenze, Bertha Pappenheim fu una donna molto attiva e svolse nel corso della sua vita una intensa azione in campo sociale, per la emancipazione femminile e per l'assistenza ai bambini. Il caso volle che essa si trovasse a un certo momento imparentata con la famiglia della moglie di Freud.

Le vicende particolari di questa paziente di Breuer hanno avuto una influenza notevole sullo sviluppo del pensiero di Freud: sia mettendolo sull'avviso circa i caratteri del fenomeno della traslazione affettiva e circa le difficoltà che si possono produrre in una psicoterapia (come Freud osserva fin dalle ultime pagine degli *Studi sull'isteria*, vedi oltre pp. 435 sgg.), sia per fargli ritenere che anche quando nell'analisi di un caso di isteria sembrano del tutto assenti gli elementi di natura sessuale (come Breuer appunto affermava per Anna O.) non si può mai escludere che questi elementi siano invece presenti e che essi possano a un certo momento dell'analisi farsi sentire.

Per quanto riguarda la storia della signorina Emmy von N., si pone un problema di cronologia. Ci si trova infatti di fronte a uno di quei casi di contraddizione di date, che è tanto frequente negli scritti di Freud.

Freud afferma di aver iniziato il trattamento il 1° maggio 1889 (vedi p. 212), e di averlo proseguito per sette settimane, dunque fino a metà giugno (vedi pp. 214 n. e 236). Racconta poi (pp. 237 e 214 n.) di aver effettuato l'anno successivo un secondo periodo di trattamento per otto settimane (maggio e giugno 1890). Freud dice pure (p. 242) che dopo un altro anno (e dunque nel 1891) egli avrebbe effettuato una visita alla signora nel suo paese baltico.

Successivamente però (p. 243) parla di questa visita come avvenuta nel 1890; e piú avanti (in armonia con questa nuova datazione) accenna (p. 249) ad alcuni sintomi presentati dalla paziente durante il primo trattamento nel 1888 e ad altri presentati durante il secondo trattamento nel 1889.

Piú avanti ancora, quando racconta che nessuno dei frequentatori della casa della signora sapeva che essa era ammalata, torna a parlare (p. 259) della visita nel paese baltico come avvenuta nel 1891 (e cioè conformemente al primo sistema di datazione).

Discutendo questi due sistemi di datazione James Strachey nella *Standard Edition*, vol. 2 (1955) pp. 307-09, propende per il secondo (1888-90); e ciò sia sulla base di una lettera di Freud a Fliess del 20 agosto 1888, dove sono contenute critiche a Bernheim, che potrebbero essere state determinate dall'esperienza con l'ipnosi acquisita proprio con questo caso, sia in base a un passo dell'*Autobiografia* (1924), in cui Freud dice che di ritorno da Parigi aveva cominciato "fin da principio" a usare l'ipnosi non soltanto per inibire i sintomi, ma anche per svelarne la genesi. L'espressione "fin da principio" sarebbe stata inesatta se si fosse trattato

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

del maggio 1889, dato che Freud era tornato da Parigi nell'inverno 1886, e dato che nel dicembre 1887 si occupava già certamente di suggestione ipnotica in quanto aveva firmato il contratto per tradurre il primo libro di Bernheim (lettera a Fliess del 28 dicembre 1887).

Comunque la questione non può essere risolta con certezza assoluta.

Il caso di Miss Lucy R. è importante soprattutto in connessione al problema dell'abbandono dell'ipnosi e della sua sostituzione con un'altra tecnica per la ricerca di un materiale dimenticato, e in relazione quindi al problema della natura dell'oblio isterico come meccanismo di difesa.

Il caso di Katharina, esposto originariamente con una "attenuazione" della situazione traumatica — dato che anche per il pubblico viennese dell'epoca sarebbe stato eccessivamente traumatizzante la narrazione di un tentativo di aggressione incestuosa di un padre verso la figlia, e delle corrispondenti reazioni emotive della figlia nei confronti del padre (vedi a p. 288 la nota aggiunta nel 1924 da Freud alla esposizione di questo caso) – è, nella storia della psicoanalisi, importante, non per sé stesso, ma come primo caso osservato di una manifestazione isterica direttamente e brutalmente connessa in modo aperto a quella situazione che verrà piú tardi indicata da Freud come situazione edipica.

Il caso della signorina Elisabeth von R. è indubbiamente, fra tutti quelli pubblicati allora da Freud, il piú importante: perché è il primo in cui sia stata tentata la tecnica della rievocazione di materiale dimenticato senza l'uso dell'ipnosi.

Per indicare questo genere di trattamento Freud usa nel corso dell'esposizione l'espressione "un trattamento analitico di questa specie". Egli non aveva ancora coniato il termine psicoanalisi, ma sentiva la necessità di qualificare il trattamento in modo diverso da come veniva indicato il metodo catartico di Breuer.

L'importante capitolo teorico scritto da Breuer è rimasto nell'ombra nel successivo sviluppo della psicoanalisi, in funzione del diverso destino dei due autori. Ma anch'esso è di grande interesse, sia perché Breuer si è sforzato di inserire nella sua costruzione numerosi concetti che erano dovuti a Freud (e che egli scrupolosamente a Freud attribuisce nel suo scritto), come il principio della costanza del livello dell'eccitamento nervoso, il concetto di conversione isterica, e l'idea della sovradeterminazione dei sintomi (alla quale Freud accenna nel corso della storia della signorina Elisabeth von R., in funzione della sommazione dell'azione patogena di piú fattori traumatici); sia perché sviluppa concetti personali, che tuttavia Freud ha piú tardi accolto nella propria dottrina, come quelli riguardanti la distinzione fra energia libera e legata, e conseguentemente fra sistema primario e secondario dell'operare psichico; sia infine perché, allo scopo di spiegare il processo della conversione organica, affermata da Freud, elabora la importante dottrina degli isolatori nel sistema nervoso, a protezione degli organi vegetativi, e del

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

superamento della barriera costituita da tali isolatori tanto nelle manifestazioni del nervosismo generico che nei sintomi isterici di conversione.

Freud si era riservato il compito di scrivere il capitolo sulla tecnica psicoterapeutica.

In realtà questo capitolo conclusivo del libro, che Freud finí di scrivere nel marzo 1895, va molto al di là di una descrizione del metodo catartico. È infatti qui esposta una tecnica che nelle linee generali corrisponde ormai a quella che sarà la tecnica analitica. E questo non soltanto perché viene data la dimostrazione che con l'impiego dell'ipnosi non si abbrevia l'opera di ritrovamento di particolari che normalmente sfuggono alla coscienza, ma perché la nuova tecnica viene fondata sulla base di tutta una serie di nuovi concetti e di nuove determinazioni. Viene infatti formulata la regola fondamentale dell'analisi, vengono interpretate le varie reazioni del paziente invitato ad associare come espressioni di resistenze, viene messo in rilievo il comportamento affettivo del paziente verso il medico e la funzione che esso ha per il superamento delle resistenze (con accenni anche alle conseguenze che possono avere i turbamenti nei rapporti fra paziente e medico), viene prospettato il problema della struttura del materiale psichico inconscio, con un primo abbozzo quindi di una teoria dell'inconscio, e a conclusione di tutto lo scritto viene posto come compito della terapia quello di trasformare, attraverso la liquidazione dei falsi nessi, i conflitti inconsci che stanno a base della nevrosi in comuni conflitti della vita, da affrontarsi con i normali mezzi di cui l'uomo consapevole dispone.

Leggendo gli *Studi sull'isteria*, si ha l'impressione che mentre nella "Comunicazione preliminare", nelle storie cliniche e nel capitolo teorico di Breuer ci si trova ancora in uno stadio di preistoria della psicoanalisi, il capitolo conclusivo di Freud (che si appoggia a un materiale clinico rispetto al quale quello delle storie precedenti, lacunoso e mal dominato dai terapeuti, sembra completamente superato) ci trasferisca in una sistema di concetti assai piú maturo, che a pieno diritto può ormai essere detto il sistema della psicoanalisi.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Prefazione alla prima edizione

Abbiamo pubblicato le nostre esperienze relative a un nuovo metodo di investigazione e di trattamento dei fenomeni isterici nel 1893 in una "Comunicazione preliminare",[1] collegandovi con la maggiore stringatezza possibile le vedute teoriche alle quali eravamo giunti. Questa "Comunicazione preliminare" viene qui riprodotta, quale tesi da illustrare e da dimostrare.

Faremo quindi seguire una serie di osservazioni su malati, nella scelta delle quali purtroppo non abbiamo potuto lasciarci guidare unicamente da considerazioni scientifiche. Le nostre esperienze provengono dalla nostra pratica privata di medici in una classe sociale colta e dedita alle letture, e il loro contenuto spesso tocca la parte piú intima della vita e del destino dei nostri pazienti. Sarebbe un grave abuso di fiducia il pubblicare comunicazioni siffatte, col pericolo che i pazienti vengano individuati e che vengano diffusi nel loro ambiente fatti confidati solo al medico. Abbiamo perciò dovuto rinunciare ad osservazioni tra le piú istruttive e probanti. Ciò riguarda naturalmente soprattutto quei casi nei quali rivestono importanza etiologica fatti sessuali e situazioni coniugali. Ne viene che possiamo fornire soltanto in modo assai incompleto la dimostrazione del nostro punto di vista che la sessualità quale fonte di traumi psichici e quale motivo della "difesa", cioè della rimozione dalla coscienza di rappresentazioni, ha una parte di primo piano nella patogenesi dell'isteria. Abbiamo dovuto escludere dalla pubblicazione, infatti, proprio le osservazioni riguardanti specificamente la sessualità.

Alle storie dei pazienti segue una serie di considerazioni teoriche,

[1] *Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, Neurologisches Centralblatt (1893) NN. 1 e 2.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

e in un capitolo conclusivo sulla terapia è esposta la tecnica del "metodo catartico" quale si è andato sviluppando nelle mani del neurologo.

Se in taluni punti si trovano sostenute opinioni differenti o addirittura contrastanti, ciò non va ascritto a una incertezza dei concetti: ma deriva dalle naturali e giustificate diversità di opinioni di due osservatori, i quali concordano per quanto riguarda i fatti e le vedute fondamentali, ma le cui interpretazioni e ipotesi non sempre coincidono.

J. BREUER, S. FREUD

Aprile 1895

Prefazione alla seconda edizione

L'interesse che viene rivolto in misura crescente alla psicoanalisi, pare si stia indirizzando ora anche agli *Studi sull'isteria*. L'editore desidera una nuova edizione del libro ormai esaurito. Esso appare qui ora in ristampa invariata, benché le idee e i metodi esposti nella prima edizione abbiano subíto da allora un'evoluzione vasta e profonda. Per quanto riguarda me personalmente, io da allora non mi sono occupato attivamente dell'argomento, non ho avuto parte alcuna nel suo importante sviluppo e non saprei aggiungere nulla di nuovo a quanto esposto nel 1895. Cosí potei solo augurarmi che i miei due contributi, contenuti nel volume, apparissero invariati nella nuova edizione.

BREUER

La riproduzione invariata del testo della prima edizione era la sola cosa possibile anche per la parte che in questo libro spetta a me. Lo sviluppo e i cambiamenti subíti dalle mie concezioni nel corso di tredici anni di lavoro, sono senz'altro troppo estesi perché si potesse riuscire a farli valere nella mia esposizione di allora, senza distruggerne del tutto il carattere. D'altra parte non ho alcun motivo che mi possa spingere a eliminare questa testimonianza delle mie opinioni iniziali. Anche oggi non considero queste come errori, ma come prime importanti approssimazioni a conoscenze acquisibili in modo piú completo soltanto dopo sforzo prolungato e continuato. Il lettore attento potrà trovare già nel presente libro i germi di tutte le ulteriori aggiunte alla dottrina della catarsi (quale il ruolo dei momenti determinanti psicosessuali, dell'infantilismo, il significato dei sogni e del

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

simbolismo dell'inconscio). Inoltre a chiunque si interessi dell'evoluzione che dalla catarsi ha portato alla psicoanalisi, non saprei dar miglior consiglio che cominciare con gli *Studi sull'isteria*, effettuando cosí il cammino da me stesso percorso.

FREUD

Vienna, luglio 1908

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Capitolo 1

Comunicazione preliminare
Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici[1]

Breuer e Freud

1.

Partendo da una osservazione casuale, stiamo da alcuni anni ricercando nelle piú svariate forme e sintomatologie dell'isteria il motivo, o processo che, spesso molti anni prima, ha provocato per la prima volta il fenomeno. Nella grande maggioranza dei casi non si riesce a chiarire questo punto di partenza col semplice esame del paziente, per quanto accurato esso sia; in parte perché si tratta spesso di fatti la cui discussione è penosa per il malato; soprattutto però perché i malati veramente non se ne ricordano, spesso non sospettando affatto la connessione causale esistente tra l'evento determinante e il fenomeno patologico. Per lo piú è necessario ipnotizzare i malati per ridestare nell'ipnosi i ricordi del tempo in cui il sintomo si è manifestato per la prima volta; e allora si riesce a porre in evidenza quella connessione nel modo piú chiaro e convincente.

Questo metodo d'indagine, in un grande numero di casi, ci ha fornito risultati che appaiono preziosi sia dal punto di vista teorico che da quello pratico.

Dal punto di vista teorico, perché questi casi ci hanno dimostrato che il fatto accidentale è determinante per la patologia dell'isteria molto piú di quanto normalmente si sa e si riconosce. Che nell'isteria "traumatica" sia l'infortunio ad avere provocato la sindrome, è ovvio; e cosí pure il nesso causale è evidente quando, negli attacchi isterici, dalle dichiarazioni degli ammalati si apprende che essi in ogni attacco rivivono in modo allucinatorio sempre lo stesso avvenimento che

[1] [Come spiegato sopra, questo primo capitolo fu pubblicato originariamente come lavoro a sé stante nel 1893. Come tale fu da Freud inserito anche nel primo volume della *Raccolta di brevi scritti sulla teoria delle nevrosi (1893-1906)* (1906).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

aveva provocato il primo attacco. La situazione è però piú oscura in altri fenomeni.

Le nostre esperienze ci hanno tuttavia mostrato che *i piú svariati sintomi che si considerano manifestazioni spontanee, per cosí dire idiopatiche dell'isteria, presentano col trauma motivante una connessione altrettanto stringente di quella dei fenomeni sopra indicati, che, sotto questo aspetto, sono piú trasparenti.* A fatti motivanti di tale tipo abbiamo potuto ricondurre nevralgie e anestesie delle specie piú svariate e spesso perduranti da anni, contratture e paralisi, attacchi isterici e convulsioni epilettoidi, che tutti gli osservatori avevano scambiato per epilessia autentica, piccolo male e affezioni tipo tic, vomiti continui e anoressia spinta al punto del totale rifiuto del cibo, i piú svariati disturbi della vista, allucinazioni visive ricorrenti e altre manifestazioni ancora. La sproporzione fra i sintomi isterici che continuano per anni e il fatto originario che si è prodotto una volta sola è la stessa di quelle che siamo normalmente abituati a osservare nella nevrosi traumatica; molto spesso sono episodi dell'infanzia ad aver instaurato per tutti gli anni seguenti un fenomeno morboso piú o meno grave.

Spesso la connessione è tanto chiara che si comprende perfettamente come il fatto iniziale abbia prodotto proprio quel fenomeno e non altri. In questi casi il fenomeno è determinato in modo perfettamente chiaro dal fatto originario. Cosí, per ricorrere all'esempio piú banale, un'emozione dolorosa insorta, ma repressa, durante un pasto produce nausea e vomito, e questo poi perdura per mesi sotto forma di vomito isterico. Una ragazza che veglia presso il letto di un malato, tormentata dall'angoscia, cade in stato crepuscolare e ha una terribile allucinazione mentre il suo braccio destro, pendulo sullo schienale della sedia, si addormenta; se ne sviluppa una paresi del braccio con contrattura e anestesia. Essa vuole pregare e non trova le parole; finalmente riesce a dire una preghiera infantile in lingua inglese. Quando in seguito si sviluppa una grave e complicatissima isteria, essa parla, scrive e comprende soltanto l'inglese, mentre la sua lingua materna le rimane incomprensibile per un anno e mezzo.[1] – Un bambino gravemente ammalato si è finalmente assopito; la madre concentra tutta la sua volontà nello sforzo di non fare rumore e non svegliarlo; proprio per effetto di questo proposito essa fa ("controvolontà isterica"!) un rumore schioccante con la lingua. Il fatto si ri-

[1] [È la paziente del primo caso. Vedi oltre pp. 189 sgg.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pete in un'altra occasione in cui essa vorrebbe pure mantenersi assolutamente silenziosa, e se ne sviluppa un tic che, nella forma di uno schioccare di lingua, si accompagna a ogni occasione di eccitazione, per molti anni.[1] – Un uomo molto intelligente assiste all'operazione con la quale a suo fratello viene raddrizzata, in narcosi, l'articolazione dell'anca anchilosata. Nell'istante in cui si sente il crac dell'articolazione che cede, egli stesso percepisce un dolore violento all'anca e questo dolore gli dura per quasi un anno. E cosí di seguito.

In altri casi la connessione non è tanto semplice, e tra il fatto originario e il fenomeno patologico vi è soltanto una relazione per cosí dire simbolica, come la relazione che la persona sana può stabilire anche in sogno: come quando al dolore psichico si associa una nevralgia o allo stato affettivo di una ripugnanza morale si associa il vomito. Abbiamo studiato malati che usavano servirsi di una tale simbolizzazione con molta frequenza. In altri casi ancora una determinazione di tal genere non è subito afferrabile; sono tra questi proprio i sintomi isterici tipici, quali la emianestesia e il restringimento del campo visivo, le convulsioni epilettiformi e altri ancora. Dobbiamo però riservare l'esposizione del nostro punto di vista su questo gruppo alla discussione piú approfondita dell'argomento.

Queste osservazioni ci sembrano provare l'analogia patogena della comune isteria e della nevrosi traumatica, e giustificare un'estensione del concetto di "isteria traumatica". Nella nevrosi traumatica, infatti, non la lesione fisica in sé modesta è la vera causa della malattia, ma lo spavento, il trauma psichico. In maniera analoga, dalle nostre ricerche, per molti se non per la maggior parte dei sintomi isterici risultano fatti determinanti, che si devono descrivere come traumi psichici. Può agire come trauma qualsiasi esperienza provochi gli affetti penosi del terrore, dell'angoscia, della vergogna, del dolore psichico, e dipende ovviamente dalla sensibilità della persona colpita (come anche da una condizione di cui si parlerà in seguito) se l'esperienza stessa agisce come trauma. Non di rado in luogo di un grosso trauma si scoprono nella comune isteria piú traumi parziali, piú fatti raggruppati, che soltanto sommandosi hanno potuto esercitare l'azione traumatica e che sono fra loro connessi in quanto in parte elementi di una vicenda dolorosa. In altri casi ancora si tratta di circostanze di per sé apparente-

[1] [È il secondo caso esaminato piú oltre, pp. 213 sgg. Gli episodi sono anche riferiti sopra (pp. 129 sg.) in *Un caso di guarigione ipnotica* (1892), dove è pure discusso il concetto di "controvolontà isterica".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mente banali le quali, essendosi prodotte in coincidenza con l'avvenimento realmente operante o con un momento di particolare eccitabilità, hanno acquistato una dignità di traumi che altrimenti non si potrebbe sospettare in esse, ma che da quel momento in poi conservano.

La connessione causale fra trauma psichico induttore e fenomeno isterico non va però intesa nel senso che il trauma, fungendo da agente provocatore, susciti il sintomo e questo, divenuto indipendente, continui poi a sussistere per conto proprio. Dobbiamo piuttosto affermare che il trauma psichico, o meglio il ricordo del trauma, agisce al modo di un corpo estraneo, che deve essere considerato come un agente attualmente efficiente anche molto tempo dopo la sua intrusione; e ravvisiamo la prova di ciò in un fenomeno estremamente curioso il quale nel contempo conferisce un notevole interesse pratico alle nostre scoperte.

Trovammo infatti, in principio con nostra grandissima sorpresa, che *i singoli sintomi isterici scomparivano subito e in modo definitivo, quando si era riusciti a ridestare con piena chiarezza il ricordo dell'evento determinante, risvegliando insieme anche l'affetto che l'aveva accompagnato, e quando il malato descriveva l'evento nel modo piú completo possibile esprimendo verbalmente il proprio affetto.* Il ricordo privo di elementi affettivi è quasi sempre del tutto inefficiente; il processo psichico svoltosi in origine deve ripetersi con la maggiore vivacità possibile, deve essere riportato nello *status nascendi* e deve poi "essere espresso in parole". Allora, quando si tratti di fenomeni sensoriali, quali crampi, nevralgie, allucinazioni, questi si manifestano ancora una volta con piena intensità, per scomparire quindi per sempre. Allo stesso modo scompaiono le alterazioni funzionali, le paralisi e le anestesie, naturalmente senza che appaia chiaramente la loro intensificazione momentanea.[1]

[1] La possibilità di una terapia di questo genere è stata chiaramente riconosciuta da Delbœuf e Binet, come mostrano le citazioni seguenti: "Si spiegherebbe allora come il magnetizzatore aiuti la guarigione. Egli colloca nuovamente il soggetto nello stato in cui il male si è manifestato e combatte con la parola quello stesso male, ma mentre esso rinasce" J. Delbœuf, *Le magnétisme animal* (Parigi 1889). "...forse si osserverà che, riportando il malato mediante un artificio mentale al momento stesso in cui il sintomo è apparso la prima volta, si rende il malato piú docile a una suggestione curativa" A. Binet, *Les altérations de la personnalité* (Parigi 1892) p. 243. Nell'interessante libro di P. Janet, *L'automatisme psychologique* (Parigi 1889), si trova la descrizione della guarigione ottenuta in una fanciulla isterica mediante applicazione di un procedimento analogo al nostro.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Si potrebbe sospettare che si tratti qui di un'involontaria suggestione: il malato si aspetterebbe di venire liberato mediante questo procedimento dalle proprie sofferenze e proprio questa aspettativa sarebbe il fattore determinante, non il fatto di esprimersi in parole. Ma non è cosí: la prima osservazione di questo tipo [vedi oltre p. 201], un caso complicatissimo di isteria cosí analizzato e i cui singoli sintomi di differenti origini furono singolarmente eliminati, risale all'anno 1881, quindi a un'epoca "presuggestiva", fu resa possibile dalle autoipnosi spontanee della malata, e procurò all'osservatore grandissima sorpresa.

Invertendo il detto: *cessante causa cessat effectus*, ci sarà lecito dedurre da queste osservazioni che l'evento determinante continua ad agire in qualche modo ancora per anni, non indirettamente per il tramite di una catena di anelli causali intermedi, ma come causa diretta, circa come un dolore psichico coscientemente ricordato da sveglio provoca, anche dopo molto tempo, secrezione di lacrime: *l'isterico soffrirebbe per lo piú di reminiscenze.*[1]

2.

Sembra a prima vista strano che esperienze da gran tempo passate debbano agire cosí intensamente, e che i ricordi di esse non soggiacciano al logoramento cui pure vediamo sottostare tutti i nostri ricordi. Forse le considerazioni che seguono riusciranno a rendere piú comprensibile questo dato di fatto.

L'affievolirsi di un ricordo o dell'affetto che lo accompagna, dipende da parecchi fattori. È innanzitutto rilevante al riguardo se *si sia reagito energicamente o no all'evento impressionante.* Intendiamo qui per reazione tutta la gamma di riflessi volontari e involontari con i quali, come l'esperienza insegna, gli affetti si scaricano: dal pianto fino all'atto di vendetta. Se tale reazione avviene in misura sufficiente, una grande parte dell'affetto scompare; il nostro linguaggio conferma questo fatto di osservazione quotidiana mediante le espressioni "scaricare il rancore", "sfogarsi col pianto" e simili. Se la reazione viene repressa, l'affetto rimane legato al ricordo. Un'offesa

[1] Nel testo di questa comunicazione preliminare non possiamo isolare ciò che nel suo contenuto è nuovo da ciò che si trova in altri autori, come Moebius e Strümpell, i quali hanno sostenuto per l'isteria punti di vista simili al nostro. La maggiore approssimazione a quanto andiamo esponendo in linea teorica e terapeutica, l'abbiamo trovata in alcune osservazioni occasionali pubblicate da Benedikt, delle quali ci occuperemo in altro luogo [vedi oltre p. 356, n. 1].

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

vendicata sia pure a sole parole, si ricorda in modo diverso da un'offesa che si è dovuta accettare. Il linguaggio riconosce anche questa distinzione, nelle sue conseguenze psichiche e fisiche, e qualifica in modo molto caratteristico proprio la sofferenza patita in silenzio come "mortificazione" [*Kränkung*, da *krank*, malato]. – La reazione della persona colpita dal trauma ha propriamente un effetto "catartico" completo solo quando è una reazione adeguata, come la vendetta. Ma nella parola l'uomo trova un surrogato all'azione, e con l'aiuto della parola l'affetto può essere "abreagito" in misura quasi uguale.[1] In altri casi il parlare è di per sé il riflesso adeguato, nel lamento e nel liberarsi dal peso di un segreto (confessione!). Se non si produce una reazione simile, con l'azione, con la parola, nei casi piú lievi col pianto, il ricordo dell'evento conserva anzitutto l'accento affettivo.

L'"abreazione", tuttavia, non è il solo mezzo per liquidare il trauma psichico di cui disponga il meccanismo psichico normale della persona sana. Il ricordo del trauma, anche se non è stato abreagito, entra a far parte del grande complesso dell'associazione, si affianca ad altre esperienze che eventualmente lo contraddicono, subisce una correzione da parte di altre rappresentazioni. Dopo un infortunio per esempio, al ricordo del pericolo corso e al rinnovarsi (in forma attenuata) dello spavento provato si associano il ricordo dell'ulteriore corso dei fatti, del salvataggio, e la consapevolezza della sicurezza presente. Il ricordo di una mortificazione viene corretto con una rettifica dei fatti, con considerazioni sulla propria dignità ecc., e cosí l'uomo normale riesce a far scomparire, con prestazioni dell'associazione, l'affetto che accompagna il ricordo.

Vi si aggiunge poi quel generale confondersi delle impressioni, quello sbiadire dei ricordi che noi chiamiamo "dimenticare", e che logora soprattutto le rappresentazioni non piú attive sul piano affettivo.

Ora, dalle nostre osservazioni risulta che quei ricordi divenuti determinanti di fenomeni isterici si sono conservati per lungo tempo con straordinaria freschezza e con tutto il loro accento affettivo. Dobbiamo tuttavia accennare a un altro fatto sorprendente, e di cui in seguito dovremo tener conto: di tali ricordi i malati non dispongono affatto come degli altri comuni ricordi della loro vita. Al contrario,

[1] [È questo il primo scritto in cui compaiono i concetti di catarsi e abreazione (deflusso).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

queste esperienze sono del tutto assenti dalla memoria dei malati nel loro stato psichico ordinario o sono presenti soltanto in forma assai sommaria. Soltanto quando si interrogano i malati nell'ipnosi, questi ricordi si affacciano con non sminuita vivacità, come fossero fatti recenti.

Cosí, per la durata di sei mesi, una delle nostre malate riprodusse nell'ipnosi con vivezza allucinatoria tutto ciò che l'aveva eccitata negli stessi giorni dell'anno precedente (durante un'isteria acuta); un diario, a lei ignoto, della madre, permise di attestare la perfetta esattezza della riproduzione. Un'altra malata riviveva, parte in ipnosi, parte in attacchi spontanei, con chiarezza allucinatoria tutti gli eventi di una psicosi isterica sofferta dieci anni prima, per la quale fino al momento della ricomparsa era stata quasi del tutto amnestica. Anche singoli ricordi, etiologicamente importanti, vecchi di quindici, venticinque anni, risultarono in lei sorprendentemente intatti e presenti ai sensi, agendo al loro ritorno con la piena forza affettiva di eventi nuovi.

La ragione di ciò può ricercarsi solo nel fatto che questi ricordi occupano una posizione di eccezione per quanto riguarda la loro usura nei vari aspetti sopra considerati. *Si rileva infatti che questi ricordi corrispondono a traumi i quali non sono stati sufficientemente "abreagiti"*; e approfondendo l'esame delle cause che lo hanno impedito, possiamo rilevare almeno due serie di condizioni per le quali la reazione al trauma è mancata.

Nel primo gruppo annoveriamo quei casi in cui i malati non hanno reagito a traumi psichici perché la natura del trauma escludeva una reazione, come per la perdita apparentemente insostituibile di una persona amata, o perché le condizioni sociali rendevano impossibile una reazione, o perché si trattava di cose che il malato voleva dimenticare, e che perciò intenzionalmente rimuoveva[1] dal suo pensiero cosciente, inibendole e reprimendole. Proprio queste cose penose si trovano poi nell'ipnosi quale fondamento di fenomeni isterici (deliri isterici di santi e di monache, di donne astinenti, di bambini bene educati.[2]

La seconda serie di condizioni non è costituita dal contenuto dei ricordi, ma dagli stati psichici del malato con i quali le esperienze sono venute a coincidere. Quale motivo di sintomi isterici si trovano

[1] [È la prima apparizione del termine "rimuovere" (*verdrängen*) nel suo senso psicoanalitico. Vedi anche le note a p. 272 e p. 300.]

[2] [Vedi sopra *Un caso di guarigione ipnotica* (1892) p. 131 n.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

infatti nell'ipnosi anche rappresentazioni le quali, non di per sé significative, devono la loro conservazione alla circostanza di essere sorte in occasione di emozioni gravemente paralizzanti, quale per esempio il terrore, o addirittura in stati psichici anormali come nello stato crepuscolare, semipnotico del sogno ad occhi aperti, nelle autoipnosi eccetera. Qui è la natura di questi stati a rendere impossibile una reazione all'evento.

Le condizioni dei due tipi naturalmente possono anche verificarsi contemporaneamente, ed effettivamente ciò accade spesso. Cosí nel caso in cui un trauma di per sé capace di avere ripercussioni si produce in un momento di grave emozione paralizzante o di coscienza modificata; tuttavia pare anche accada che per effetto del trauma psichico in molte persone si provochi uno di quegli stati anormali che poi a loro volta rendono la reazione impossibile.

Vale però per entrambi i gruppi di condizioni che ai traumi psichici non risolti mediante reazione debba venire a mancare anche il superamento mediante elaborazione associativa. Nel primo gruppo è il proposito del malato che vuole dimenticare le esperienze penose e quindi le esclude piú che può dall'associazione; nel secondo gruppo questa elaborazione associativa non riesce perché, fra lo stato di coscienza normale e gli stati patologici nei quali quelle rappresentazioni sono sorte, non vi è un fertile nesso associativo. Avremo ben presto occasione di occuparci di queste situazioni piú da vicino.

Si può quindi dire che le rappresentazioni divenute patogene si conservano cosí fresche e robuste di affetti perché è loro negata la normale usura attraverso l'abreazione e attraverso la riproduzione in stati di associazione non inibita.

3.

Quando abbiamo elencato le condizioni che, secondo la nostra esperienza, sono decisive perché da traumi psichici si sviluppino fenomeni isterici, abbiamo già dovuto parlare di stati anormali della coscienza in cui tali rappresentazioni patogene hanno origine e abbiamo già dovuto rilevare il fatto che il ricordo del trauma psichico agente non è ritrovabile nella normale memoria del malato, bensí nella sua memoria durante l'ipnosi. Ora, quanto piú abbiamo continuato ad occuparci di questo fenomeno, tanto piú sicura è divenuta la nostra convinzione che *quella scissione della coscienza cosí sorprendente nei noti casi classici di* double conscience [*coscienza dop-*

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pia], esiste in stato rudimentale in ogni isteria, e che la tendenza a tale dissociazione e quindi al manifestarsi di stati anormali della coscienza, che chiameremo congiuntamente "ipnoidi", è il fenomeno basilare di tale nevrosi. A questo riguardo, concordiamo con Binet e con i due Janet [Pierre e Jules], benché non abbiamo esperienza delle loro interessantissime osservazioni compiute su pazienti anestetici.

Al noto detto: "l'ipnosi è isteria artificiale", vorremmo quindi sostituirne un altro: "base e condizione dell'isteria è l'esistenza di stati ipnoidi". Questi stati ipnoidi, per quanto diversi possano essere, concordano tutti fra loro e con l'ipnosi in un punto: le rappresentazioni in essi affioranti sono molto intense, ma sono tagliate fuori dai rapporti associativi con il rimanente contenuto della coscienza. Fra di loro questi stati ipnoidi sono associabili e il loro contenuto rappresentativo può anche raggiungere per tale via i piú diversi gradi di organizzazione psichica. Del resto, il carattere di tali stati e il grado della loro segregazione dai restanti processi della coscienza varia probabilmente in maniera analoga a quella che riscontriamo nell'ipnosi, che si estende dalla leggera sonnolenza fino al sonnambulismo, dal ricordo completo all'amnesia assoluta.

Se tali stati ipnoidi esistono già prima della malattia manifesta, essi costituiscono il terreno sul quale l'affetto impianta il ricordo patogeno con i suoi fenomeni somatici conseguenti. Questo comportamento corrisponde all'isteria per predisposizione. Dalle nostre osservazioni tuttavia emerge che un trauma grave (come quello della nevrosi traumatica) o una repressione faticosa (per esempio dell'emozione sessuale) possono produrre anche nell'uomo, per il resto libero, una eliminazione di gruppi di rappresentazioni; e questo sarebbe il meccanismo dell'isteria psichicamente acquisita. Fra gli estremi costituiti da queste due forme si deve ammettere l'esistenza di una serie di forme in cui la facilità della dissociazione nell'individuo colpito e l'entità affettiva del trauma variano in sensi opposti.

Non sappiamo dire nulla di nuovo circa l'origine degli stati ipnoidi predisponenti. Essi si sviluppano frequentemente, cosí ci sembra di poter presumere, dal "sognare ad occhi aperti", tanto frequente anche nelle persone sane, e a cui inducono ad esempio facilmente i lavori femminili. Perché le "associazioni patologiche" che si producono in tali stati siano cosí solide e influenzino i fenomeni somatici in modo tanto piú intenso di quanto accade per le rappresentazioni comuni, è un problema che coincide con quello dell'efficacia delle

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

suggestioni ipnotiche. Le nostre esperienze non portano nulla di nuovo a tale proposito; esse, per contro, spiegano l'apparente contraddizione fra l'affermazione che "l'isteria è una psicosi" e il fatto che fra gli isterici si possono trovare persone di mente lucidissima, di forte volontà, di molto carattere e di grandissima capacità critica. In questi casi le qualità ora enunciate spettano al pensiero vigile della persona; mentre nei suoi stati ipnoidi essa è alienata, cosí come lo siamo tutti nel sogno. Mentre, tuttavia, le nostre psicosi oniriche non influenzano la nostra vita vigile, i prodotti degli stati ipnoidi penetrano, quali fenomeni isterici, in quella stessa vita vigile.[1]

4.

Le nostre affermazioni riguardanti i sintomi isterici permanenti possono essere all'incirca ripetute anche per gli attacchi isterici. Come è noto, possediamo una descrizione schematica, fornita da Charcot, del "grande" attacco isterico, secondo la quale in un attacco completo si possono distinguere quattro fasi: 1) la fase epilettoide; 2) quella dei grandi movimenti; 3) quella delle *attitudes passionnelles* [atteggiamenti passionali] (la fase allucinatoria); 4) quella del delirio conclusivo. Charcot deriva tutte le forme di attacco isterico, piú frequenti che non la *grande attaque* completa, dall'abbreviazione o dal prolungamento, dall'assenza o dall'isolarsi, delle singole fasi elencate.[2]

Il nostro tentativo di spiegazione si riannoda alla terza fase, quella delle *attitudes passionnelles*. Quando questa fase è pronunciata, si ha in essa la riproduzione allucinatoria di un ricordo che è stato importante per l'insorgere dell'isteria: il ricordo dell'unico grande trauma dell'isteria cosiddetta traumatica *κατ' ἐξοχήν* [per eccellenza], o il ricordo di una serie di traumi parziali fra loro connessi, quali stanno a base dell'isteria comune. Oppure ancora l'attacco riproduce quegli eventi che, per avere coinciso con un momento di particolare disposizione, hanno assunto la funzione di traumi.

Vi sono però anche attacchi che apparentemente consistono solo in fenomeni motori e ai quali manca una *phase passionnelle*. Se, durante un siffatto attacco di convulsioni generali, di irrigidimento catalettico, o durante un *attaque de sommeil* [accesso di sonno], si riesce a mettersi in rapporto con la persona malata, o meglio ancora

[1] [Vedi lo schema di questo paragrafo nell'abbozzo *III*, sopra a p. 141.]
[2] [J.-M. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *III* (Parigi 1887) p. 261.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

se si riesce a provocare l'attacco nell'ipnosi, si trova anche qui alla radice il ricordo del trauma psichico o di una serie di traumi, che altrimenti appare di solito in una fase allucinatoria. Una ragazzina soffre da anni per attacchi di crampi diffusi, che potrebbero essere scambiati per epilettici e che anzi sono stati anche scambiati per tali. La si ipnotizza a scopo di diagnosi differenziale ed essa cade subito nel suo attacco. Alla domanda: "E adesso che cosa vedi?" essa però risponde: "Il cane, arriva il cane"; ed effettivamente risulta che il primo attacco di questo tipo si era manifestato dopo che la ragazza era stata inseguita da un cane arrabbiato. Il successo della terapia confermò poi il giudizio diagnostico.

Un impiegato, che è diventato isterico in conseguenza di un maltrattamento da parte del suo superiore, soffre di attacchi durante i quali crolla a terra, si agita e si infuria senza pronunciare una parola e senza lasciar sospettare un'allucinazione. Si riesce a provocare l'attacco nell'ipnosi e il malato allora rivela di stare rivivendo la scena di quel superiore che lo ingiuria per la strada percuotendolo con un bastone. Pochi giorni dopo ritorna lamentando di avere avuto nuovamente lo stesso attacco, e questa volta nell'ipnosi risulta che egli ha rivissuto la scena alla quale era piú propriamente connessa l'origine della malattia: e cioè la scena nell'aula del tribunale, quando egli non era riuscito a ottenere soddisfazione per il maltrattamento subíto, eccetera.

I ricordi che si affacciano durante gli attacchi isterici, o che possono in essi ridestarsi, corrispondono anche per tutti gli altri aspetti ai motivi che abbiamo trovato alla radice dei sintomi isterici permanenti. Come questi, concernono traumi psichici che si sono sottratti alla liquidazione ottenuta mediante abreazione o mediante elaborazione associativa; al pari di essi, si sottraggono, completamente o nelle loro parti essenziali, alle capacità mnestiche della coscienza normale, mostrando di appartenere ai contenuti rappresentativi degli stati ipnoidi con associazione limitata. È infine possibile una conferma sul piano terapeutico. Le nostre osservazioni ci hanno spesso insegnato che un ricordo di questo genere, che aveva fino allora provocato attacchi, diventa inefficiente quando è portato nell'ipnosi alla reazione e alla correzione associativa.

I fenomeni motòri dell'attacco isterico possono essere interpretati in parte come forme generiche di reazione dell'affetto connesso al ricordo (come il dibattersi con tutte le membra, di cui già si serve il lattante), e in parte come movimenti che esprimono direttamente

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

il ricordo; mentre, per un'altra parte ancora, si sottraggono, proprio come le stigmate isteriche[1] nei sintomi permanenti, a una tale spiegazione.

L'attacco isterico può inoltre essere caratterizzato in un modo particolare se si tiene conto della teoria dianzi accennata, per cui nell'isteria sarebbero presenti gruppi di rappresentazioni sorte in stati ipnoidi che, escluse dai rapporti associativi con le altre rappresentazioni, ma associabili fra di loro, rappresentano un rudimento piú o meno altamente organizzato di una seconda coscienza, di una *condition seconde*. Un sintomo permanente isterico corrisponde allora alla irruzione di questo secondo stato nell'innervazione corporea abitualmente dominata dalla coscienza normale; un attacco isterico rivela però una organizzazione superiore di questo secondo stato e indica, al suo primo apparire, un momento nel quale questa coscienza ipnoide si è impossessata dell'intera esistenza, cioè un momento di isteria acuta; se invece è un attacco ricorrente, che contiene un ricordo, esso ne rappresenta una recidiva. Charcot ha già espresso l'idea che l'attacco isterico debba essere un rudimento di una *condition seconde*. Durante l'attacco, il dominio su tutta l'innervazione corporea è trasferito alla coscienza ipnoide. In tal caso, come note esperienze dimostrano, la coscienza normale non è sempre totalmente rimossa; essa può pure percepire i fenomeni motori dell'attacco, mentre i processi psichici corrispondenti si sottraggono alla presa di coscienza.

Il decorso tipico di un'isteria grave consiste, come è noto, in primo luogo nella formazione, in stati ipnoidi, di un contenuto rappresentativo; questo, una volta accresciutosi sufficientemente, si impossessa, durante un periodo di "isteria acuta", dell'innervazione corporea e dell'esistenza del malato, creando sintomi permanenti e attacchi; per finire col guarire, salvo dati residui. Anche se la persona normale riesce a riprendere il dominio di sé, ciò che di quel contenuto rappresentativo ipnoide è sopravvissuto ritorna in nuovi attacchi isterici, riportando temporaneamente la persona in stati consimili a loro volta influenzabili e accessibili a traumi. Si stabilisce allora per lo piú una specie di equilibrio fra i gruppi psichici che si trovano riuniti nella medesima persona; attacco isterico e vita normale procedono parallelamente senza influenzarsi a vicenda. L'attacco in tal caso si pro-

[1] [CHARCOT, *ibid.*, pp. 255, definisce le stigmate isteriche: "i sintomi permanenti dell'isteria". Le stigmate sono discusse piú oltre da Breuer alle pp. 387 sg. e da Freud a p. 403.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

duce spontaneamente, cosí come sogliono presentarsi spontaneamente anche in noi i ricordi; però può anche essere provocato, cosí come ogni ricordo può essere ridestato secondo le leggi dell'associazione. La provocazione dell'attacco può aversi o in seguito a stimolazione di una zona isterogena o in seguito a una nuova esperienza che, per la sua somiglianza, dia risonanza all'esperienza patogena. Speriamo di poter mostrare che fra queste due condizioni, apparentemente tanto diverse, non esiste una differenza essenziale, e che in ambedue i casi si tocca un ricordo iperestetico. In altri casi questo equilibrio è labilissimo: l'attacco appare come espressione del residuo di coscienza ipnoide, ogni volta che la persona normale, essendo esaurita, perde la propria capacità di controllo. Non si può escludere che in tali casi l'attacco, spogliato del proprio significato originario, possa anche riprodursi quale reazione motoria priva di contenuto.

Ricerche ulteriori dovranno stabilire da quali fattori dipenda il fatto che un'individualità isterica si manifesti con attacchi, o con sintomi permanenti, o con un miscuglio delle due forme.[1]

5.

Si comprende ora come il metodo di psicoterapia da noi esposto possa guarire. *Esso elimina l'efficienza della rappresentazione originariamente non abreagita, in quanto consente al suo affetto incapsulato di sfociare nel discorso; e la conduce alla correzione associativa traendola nella coscienza normale (nell'ipnosi leggera) o annullandola mediante suggestione del medico, cosí come accade nel sonnambulismo con amnesia.*

Noi riteniamo che il vantaggio terapeutico nell'applicazione di questo procedimento sia notevole. Naturalmente non guariamo l'isteria in quanto predisposizione, né possiamo agire contro il ritorno degli stati ipnoidi. Durante lo stadio produttivo di un'isteria acuta, inoltre, il nostro procedimento non può impedire che i fenomeni faticosamente eliminati vengano tosto sostituiti da nuovi fenomeni. Se però questo stadio acuto è terminato e ne permangono i residui sotto forma di attacchi e di sintomi isterici permanenti, il nostro metodo li elimina spesso e per sempre, perché è un metodo radicale; ci sembra che in ciò esso superi di gran lunga l'efficacia del-

[1] [Vedi l'abbozzo di questo paragrafo in *Sulla teoria dell'attacco isterico*, sopra a p. 143. Il soggetto degli attacchi isterici sarà ripreso da Freud negli scritti: *Osservazioni generali sull'attacco isterico* (1908), e *Dostoevskij e il parricidio* (1927).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

l'annullamento suggestivo diretto, quale viene esercitato attualmente dagli psicoterapeuti.

Se, scoprendo il meccanismo psichico dei fenomeni isterici, abbiamo compiuto un passo avanti sulla strada già iniziata da Charcot con tanto successo con la sua spiegazione e riproduzione sperimentale delle paralisi isterotraumatiche, non ci nascondiamo tuttavia che con ciò abbiamo reso piú prossimo alla nostra comprensione soltanto il meccanismo dei sintomi isterici, non le cause intime dell'isteria. Abbiamo soltanto sfiorato l'etiologia dell'isteria e abbiamo potuto propriamente chiarire soltanto le cause delle forme acquisite, il significato del fattore accidentale per la nevrosi.

Vienna, dicembre 1892

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Capitolo 2

Casi clinici

Breuer e Freud

1. SIGNORINA ANNA O. (Breuer)

La signorina Anna O., di ventun anni all'epoca della malattia (1880), sembra presentare tare nevropatiche di non eccessivo rilievo, costituite da alcune psicosi verificatesi nella sua numerosa famiglia; i genitori sono sani di nervi. Lei stessa era stata prima sempre sana, senza alcun fatto nervoso durante l'età dello sviluppo; è di intelligenza notevole, dotata di intuizione acuta e di una sorprendente capacità di afferrare le relazioni fra le cose. Questo vigoroso intelletto avrebbe avuto la possibilità di alimentarsi di un valido nutrimento spirituale, di cui avrebbe avuto bisogno, ma che invece non ha piú ricevuto dopo la fine della scuola. Il suo ricco talento poetico e fantastico era controllato da uno spirito critico molto acuto che la rendeva anche del tutto insuggestionabile; soltanto argomenti, mai puré affermazioni avevano su lei un'influenza. La sua volontà era energica, tenace e costante, giungendo talora fino all'ostinazione, e rinunciava alla propria meta soltanto per bontà, per far piacere agli altri.

Fra i tratti essenziali del suo carattere erano la bontà e la simpatia umana; la cura e l'assistenza di taluni ammalati poveri le furono di grande aiuto nella sua malattia, consentendole di soddisfare un forte suo impulso naturale. I suoi stati d'animo avevano sempre una leggera tendenza all'esagerazione, sia nell'allegria che nella tristezza; ne derivava anche una certa lunaticità. L'elemento sessuale era sorprendentemente poco sviluppato;[1] la paziente, la cui vita divenne per

[1] [Freud citerà quasi testualmente questa asserzione in una nota nel primo dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905) § 4 e nell'*Autobiografia* (1924) § 2.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

me cosí trasparente come di rado la vita di un essere umano lo può essere per un altro, non aveva mai avuto un amore; e in tutta la congerie di allucinazioni della sua malattia non è mai emerso questo elemento della vita psichica.

Questa giovane dalla esuberante vitalità intellettuale conduceva, nella sua famiglia di mentalità puritana, un'esistenza estremamente monotona, che essa tuttavia si abbelliva in una maniera che è stata probabilmente decisiva per la sua malattia. Coltivava sistematicamente i sogni ad occhi aperti, che essa chiamava il suo "teatro privato". Mentre tutti la credevano presente, essa mentalmente viveva delle fiabe; tuttavia, quando le veniva rivolta la parola, reagiva sempre a tono, sicché nessuno si accorgeva di nulla. Durante le sue attività casalinghe, che svolgeva alla perfezione, questa attività mentale l'accompagnava quasi incessantemente. Piú avanti dovrò riferire come questo fantasticare abituale della persona sana si sia direttamente trasformato in malattia.

Il decorso della malattia presentò piú fasi ben distinte, e precisamente:

A) L'incubazione latente: da metà luglio 1880 fino a circa il 10 dicembre. In genere la fase di incubazione si sottrae alla conoscenza del medico. La peculiarità del caso presente ne ha invece permesso una visione cosí completa, che già solo per questo ritengo che il suo interesse patologico non sia di lieve conto. Esporrò questa parte della storia piú avanti.

B) La malattia manifesta: una psicosi particolare, parafasia, strabismo convergente, gravi disturbi della vista, paralisi da contrattura, completa nell'arto superiore destro e nei due arti inferiori, incompleta nell'arto superiore sinistro, paresi della muscolatura della nuca. Graduale riduzione della contrattura agli arti destri. Lieve miglioramento, interrotto da un grave trauma psichico (morte del padre) nell'aprile, cui segue:

C) Un periodo di sonnambulismo persistente, che poi si alterna a stati piú normali; persistenza di una serie di sintomi permanenti fino al dicembre 1881.

D) Graduale scomparsa degli stati patologici e dei fenomeni fino al giugno 1882.

Nel luglio 1880 il padre della paziente, che essa amava appassionatamente, si ammalò per un ascesso peripleuritico, che non si risolse e che lo portò a soccombere nell'aprile 1881. Durante i primi mesi di

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

questa malattia, Anna si dedicò all'assistenza del malato con tutta l'energia della sua natura, e nessuno si meravigliò molto che in tal modo essa a poco a poco assai deperisse. Nessuno, forse nemmeno la paziente stessa, sapeva che cosa stesse accadendo in lei; con l'andare del tempo però le sue condizioni di debolezza, di anemia, di ripugnanza per il cibo peggiorarono, tanto che essa, con suo grandissimo dolore, fu allontanata dal malato che stava assistendo. L'occasione immediata fu una tosse particolarmente intensa, per la quale fui chiamato per la prima volta a visitarla. Era una tipica tosse nervosa. Presto si delineò un particolare bisogno di riposo nelle ore pomeridiane, a cui si collegavano, la sera, uno stato simile al sonno e poi una forte eccitazione.

Ai primi di dicembre si manifestò lo strabismo convergente. Un oculista lo spiegò (erroneamente) come dovuto alla paresi di uno degli abducenti. L'11 dicembre la paziente fu costretta a letto e vi rimase fino al 1° aprile.

In rapida successione si sviluppò tutta una serie di gravi disturbi, *apparentemente* del tutto nuovi. Dolore all'occipite sinistro; strabismo convergente (diplopia) che si accentuava notevolmente per emozioni; impressione di vedersi crollare addosso la parete (affezione dell'obliquo); disturbi della vista difficilmente analizzabili; paresi dei muscoli anteriori del collo, tanto che alla fine la testa poteva essere mossa solo se la paziente la premeva all'indietro fra le spalle alzate, con un movimento di tutto il dorso. Contrattura e anestesia dell'arto superiore destro e, dopo qualche tempo, dell'arto inferiore destro, questo completamente disteso, addotto e ruotato all'interno; in seguito la stessa affezione si è presentata all'arto inferiore sinistro e in ultimo al braccio sinistro, restando tuttavia alquanto mobili le dita. Anche le articolazioni delle spalle, su ambedue i lati, non erano del tutto rigide. Il massimo della contrattura riguardava i muscoli dell'avambraccio; cosí pure del resto, anche in seguito, quando l'anestesia poté essere meglio esaminata, la regione del gomito risultò la piú insensibile. All'inizio della malattia l'esame dell'anestesia fu insufficiente per la resistenza della paziente, derivante da sentimenti di angoscia.

In questo stato io presi in cura la paziente e potei ben presto rendermi conto della grave alterazione psichica. Vi erano due stati di coscienza del tutto distinti, che spesso e repentinamente si alternavano e che nel corso della malattia si venivano sempre piú nettamente separando. In uno stato, la paziente conosceva ciò che la circondava,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

era triste e angosciata, ma relativamente normale; nell'altro stato allucinava, era "cattiva", vale a dire imprecava, buttava i cuscini addosso alle persone (quando e nella misura in cui la contrattura glielo permetteva) e con le dita rimaste mobili strappava i bottoni dalla biancheria da letto e personale, o faceva altre cose del genere. Se durante questa fase era stato cambiato qualcosa nella stanza, oppure se qualcuno era entrato o era uscito, essa si lamentava che le veniva a mancare il tempo e rilevava dei vuoti nel corso delle sue rappresentazioni coscienti. Poiché si cercava di contraddirla e di tranquillizzarla quando sosteneva di diventare pazza, essa, dopo ogni lancio di cuscini, si lamentava di che cosa le facevano, del disordine in cui la lasciavano, e cosí via.

Queste assenze erano già state osservate quando non era ancora costretta a letto; in quelle occasioni s'interrompeva a mezzo di un discorso ripetendo le ultime parole, per continuare poco dopo. A poco a poco i sintomi si svilupparono sino ad assumere le dimensioni descritte, e durante l'acme della malattia, quando la contrattura si era estesa anche al lato sinistro, essa durante il giorno era seminormale soltanto per pochissimi minuti. I disturbi però incidevano anche sui momenti di coscienza relativamente lucida; repentini cambiamenti d'umore da un estremo all'altro, gaiezza del tutto passeggera, oppure grave senso d'angoscia, ostinata opposizione contro tutti i provvedimenti terapeutici, paurose allucinazioni di serpenti neri, ché tali le apparivano i propri capelli, nastri e simili. Continuava tuttavia a dire a sé stessa di non essere cosí sciocca, che si trattava solo dei suoi capelli, eccetera. Negli istanti del tutto lucidi si lamentava della profonda oscurità nella sua testa, di non riuscire a pensare, di diventare cieca e sorda, di avere due Io, il suo Io reale e un Io cattivo che la spingeva al male, eccetera.

Nel pomeriggio giaceva in una sonnolenza che durava fino a circa un'ora dopo il tramonto, poi si svegliava lamentandosi che qualcosa la tormentava, o piuttosto continuava a ripetere l'infinito del verbo: "tormentare, tormentare". Contemporaneamente con l'insorgere delle contratture, infatti, si era manifestata una profonda disorganizzazione funzionale del linguaggio. Dapprima si vide che le mancavano le parole, fenomeno che andava gradualmente aggravandosi. Poi, il suo discorso venne a mancare di ogni grammatica e ogni sintassi, della totale coniugazione del verbo, e infine adoperava solo verbi all'infinito, formati erroneamente, per lo piú da un participio preterito della coniugazione debole; né adoperava articoli. Nel decorso ulteriore

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

vennero a mancarle quasi del tutto anche le parole; le ricercava faticosamente raccogliendole insieme da quattro o cinque lingue e diventava pressoché incomprensibile. Quando cercava di scrivere (all'inizio, fino a quando la contrattura non glielo impedí del tutto), scriveva lo stesso gergo. Per due settimane fu di un mutismo completo, e nonostante tentativi continui e faticosi di parlare non riuscí ad emettere alcun suono. Ora qui per la prima volta apparve chiaro il meccanismo psichico del disturbo. Come io sapevo, si era sentita molto offesa per qualcosa e aveva deciso di non dirne nulla. Quando indovinai ciò e la costrinsi a parlarne, scomparve l'inibizione che prima aveva reso impossibile anche qualsiasi altra espressione.

Ciò coincise col ritorno della mobilità agli arti del lato sinistro, nel marzo 1881; la parafasia scomparve, ma la paziente ora parlava soltanto inglese, sebbene apparentemente senza rendersene conto; litigava con l'infermiera che naturalmente non la capiva; solo parecchi mesi piú tardi riuscii a convincerla di essersi messa a parlare inglese. Capiva però ancora le persone attorno a lei che parlavano tedesco. Soltanto in momenti di grande angoscia il linguaggio le mancava del tutto oppure mescolava i piú svariati idiomi. Nelle sue ore migliori, piú libere, parlava francese o italiano. Fra tali periodi e quelli in cui parlava inglese, esisteva l'amnesia piú completa. A questo punto anche lo strabismo cominciò a diminuire, per riapparire alla fine soltanto con le forti agitazioni, e riusciva nuovamente a tenere alzata la testa. Il 1° aprile lasciò il letto per la prima volta.

Il 5 aprile morí il padre da lei adorato che, mentre era malata, aveva visto solo assai di rado e per breve tempo. Fu il trauma psichico piú grave che potesse colpirla. A una violenta agitazione seguí un profondo stato di ebetismo che durò due giorni circa e dal quale emerse in stato molto cambiato. In un primo tempo era molto piú tranquilla e il sentimento di angoscia era nettamente diminuito. La contrattura del braccio e della gamba del lato destro perdurava, cosí pure la loro anestesia, non profonda. Vi era un alto grado di restringimento del campo visivo. Di un mazzo di fiori, che le procurava molta gioia, riusciva sempre solo a vedere un fiore per volta. Si lamentava di non riconoscere le persone. Una volta, poteva riconoscere le facce senza particolare fatica; adesso, invece, in questo faticoso *recognising work* [in inglese: lavoro di riconoscimento], doveva dire a sé stessa: il naso è cosí, i capelli cosí, e quindi deve trattarsi di questo o di quello. Tutte le persone le diventavano come figure di cera, senza alcuna relazione con lei. Le era molto penosa la presenza

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di alcuni parenti prossimi, e questo atteggiamento negativo andava crescendo. Se nella stanza entrava qualcuno che un tempo aveva visto volentieri, lo riconosceva, era presente per breve tempo, poi di nuovo sprofondava nel suo rimuginare e per lei la persona era scomparsa. Io solo ero sempre riconosciuto quando entravo, e rimaneva anche sempre presente e desta fintantoché parlavo con lei, salvo le assenze allucinatorie che intervenivano sempre in modo del tutto improvviso.

Parlava ora soltanto inglese e non capiva quello che le si diceva in tedesco. Le persone attorno a lei dovevano parlare in inglese; perfino l'infermiera imparò quel tanto per farsi capire in qualche modo. Leggeva però il francese e l'italiano; se doveva leggere ad alta voce, ne leggeva con sorprendente facilità e fluidità un'eccellente traduzione estemporanea inglese.

Ricominciò a scrivere, ma in modo curioso; scriveva con la mano sinistra ancora capace di articolazione, ma in stampatello latino [anziché gotico], secondo un alfabeto che aveva tratto dalla sua edizione di Shakespeare.

Se già prima si nutriva pochissimo, adesso si rifiutava completamente di mangiare, però si lasciava imboccare da me, cosí che il suo stato di nutrizione migliorava. Si rifiutò però sempre di mangiare pane. Dopo il pasto non tralasciò però mai di lavarsi la bocca anche se per qualche motivo non aveva mangiato nulla; segno, questo, di quanto fosse assente nel farlo.

La sonnolenza del pomeriggio e il profondo sopore al tramonto perduravano. Se poi si era sfogata col parlare (di questo dovrò trattare piú da vicino in seguito), appariva lucida, tranquilla, serena.

Questo stato relativamente sopportabile non durò a lungo. Circa dieci giorni dopo la morte di suo padre venne chiamato a consulto un altro medico, che essa, come tutti gli estranei, ignorò assolutamente mentre io gli venivo dimostrando tutte le stranezze di lei. "That's like an examination" [in inglese: Questo è come un esame], disse ridendo, quando le feci leggere ad alta voce in inglese un testo francese. L'altro medico interloquí cercando di farsi notare da lei: invano. Era la vera e propria "allucinazione negativa", che da allora è stata tante volte prodotta sperimentalmente. Finalmente gli riuscí di infrangerla soffiandole il fumo in faccia. Allora, improvvisamente essa vide un estraneo, si precipitò verso la porta per toglierne la chiave e cadde sul pavimento priva di sensi; seguí poi un breve accesso d'ira, indi un grave accesso d'angoscia, che calmai con grande

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

fatica. Sfortunatamente dovetti partire la sera stessa, e quando ritornai dopo diversi giorni trovai la paziente molto peggiorata. Si era astenuta dal cibo completamente per tutto il tempo, era piena di sensazioni angosciose, e le sue assenze allucinatorie erano popolate da figure terrorizzanti, teschi e scheletri. Poiché essa, vivendo queste cose, in parte le declamava come una tragedia, le persone attorno a lei per lo piú conoscevano il contenuto di tali allucinazioni.

Nel pomeriggio sonnolenza, verso il tramonto la profonda ipnosi, per la quale aveva inventato il termine tecnico di *clouds* (nuvole [in inglese]). Se riusciva tuttavia a narrare le allucinazioni di quel giorno, si ridestava lucida, tranquilla, serena; si metteva a lavorare, disegnava o scriveva per tutta la notte, del tutto ragionevole; verso le quattro andava a letto e al mattino dopo ricominciava la stessa scena dei giorni precedenti. Era molto singolare il contrasto fra la paziente incapace di ragionare, perseguitata dalle allucinazioni, durante il giorno, e la fanciulla perfettamente lucida intellettualmente, di notte.

Nonostante questa euforia notturna, lo stato psichico andava però sempre piú peggiorando; si manifestarono intensi impulsi al suicidio che fecero apparire sconsigliabile la dimora a un terzo piano. Perciò l'ammalata venne portata, contro la sua volontà, in una casa di campagna nelle vicinanze di Vienna (7 giugno 1881). Questo allontanamento da casa, di cui aveva orrore, io non glielo avevo mai minacciato, ma lei stessa, facilmente, l'aveva atteso e temuto. Anche in questa occasione apparí chiaro in che misura l'angoscia dominasse il disturbo psichico. Cosí come dopo la morte del padre era intervenuto uno stato di tranquillità, cosí anche ora essa si calmò una volta accaduta la cosa temuta. Tuttavia non senza che il trasferimento fosse immediatamente seguíto da tre giorni e tre notti assolutamente senza sonno e senza cibo, con numerosi tentativi di suicidio (invero non pericolosi, nel giardino), rottura di vetri e cosí via, allucinazioni senza assenza e che essa distingueva molto bene dalle altre. Poi andò calmandosi, accettò cibo dall'infermiera e persino, la sera, il cloralio.

Prima di continuare il racconto del decorso ulteriore, devo tornare indietro ancora una volta per descrivere una peculiarità del caso, che fin qua ho soltanto menzionato di sfuggita. È stato già osservato che in tutto il decorso precedente, ogni giorno, nel pomeriggio, la paziente veniva colta da una sonnolenza che verso il tramonto si trasformava in sonno piú profondo (*clouds*). (A vero dire è plausibile

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

spiegare questa periodicità semplicemente con le circostanze dell'assistenza a un malato cui si era sobbarcata per mesi. Di notte vegliava presso il malato o giaceva nel proprio letto in ascolto e piena di ansia, sveglia fino al mattino; nel pomeriggio si metteva a riposare per qualche tempo, come fanno quasi sempre le infermiere, e questa abitudine di veglia notturna e di sonno pomeridiano certamente venne poi assunta nella sua malattia, continuando anche molto tempo dopo che il sonno era stato sostituito da uno stato ipnotico.) Quando il sopore era durato per circa un'ora, essa diventava inquieta, continuando a rivoltarsi nel letto e a ripetere: "tormentare, tormentare", sempre con gli occhi chiusi. D'altra parte si era notato che nelle assenze durante il giorno evidentemente lei si costruiva sempre qualche situazione o storia del cui carattere davano un'idea poche parole da lei mormorate. Ora avvenne, dapprima per caso, poi intenzionalmente, che qualcuno tra le persone attorno a lei pronunciasse una di tali parole, mentre la paziente si lamentava del "tormentare"; subito la paziente prese a discorrere, e cominciò a descrivere una situazione o a narrare una storia, in principio a fatica e nel suo gergo parafasico, ma via via piú speditamente, sinché alla fine parlava un tedesco del tutto corretto (questo, nel primo periodo, prima cioè di servirsi esclusivamente dell'inglese). Le storie, sempre tristi, erano in parte molto graziose, sul tipo dell'*Album senza figure* di Andersen, e probabilmente formate sul modello di queste. Di solito, lo spunto iniziale o centrale della situazione era una fanciulla in ansia, seduta al capezzale di un malato; ma venivano anche elaborati motivi del tutto differenti. Alcuni istanti dopo il compimento del racconto ella si svegliava, era evidentemente calmata o, come lei si esprimeva, "agevole" (a suo agio).[1] Durante la notte, poi, ridiventava molto inquieta e al mattino, dopo due ore di sonno, era evidentemente di nuovo in un'altra sfera di rappresentazioni. Se, per qualche ragione, nell'ipnosi serale non poteva raccontarmi la storia, alla sera non poteva tranquillizzarsi e il giorno dopo doveva raccontarne due per potersi calmare.

L'essenziale del fenomeno descritto, l'accumulo e la condensazione delle sue assenze nell'autoipnosi serale, l'efficacia dei prodotti della fantasia come stimolo psichico, e la facilitazione e l'abolizione dello stato di stimolo per effetto dello sfogo parlato nell'ipnosi, rimasero costanti per tutta la durata, un anno e mezzo, dell'osservazione.

[1] [*Gehäglich*, parola coniata dalla paziente, in luogo dell'usato *behaglich* (comodo).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Dopo la morte del padre, i racconti naturalmente diventarono ancora piú tragici, ma soltanto col peggioramento del suo stato psichico, seguíto all'infrazione violenta nel suo sonnambulismo già descritta, le narrazioni serali andarono perdendo il carattere di creazione poetica piú o meno libera, per trasformarsi in una serie di allucinazioni terrorizzanti e terribili, che si potevano intuire però in precedenza, durante la giornata, dal comportamento della paziente. E, del resto, ho già descritto quanto fosse completa la liberazione della sua psiche dopo che, agitata da orrore e paura, aveva riprodotto ed espresso a viva voce tutte quelle immagini terrificanti.

In campagna, dove non potevo visitare l'ammalata giornalmente, la situazione si sviluppò come segue: Giungevo di sera, quando sapevo che essa era nella sua ipnosi, e la liberavo di tutta la provvista di fantasmi che aveva accumulato dopo la mia precedente visita. Ed era necessario che questa liberazione fosse completa per ottenere un buon risultato. Allora essa era del tutto calma, e il giorno seguente era gentile, mansueta, diligente e perfino serena; ma il giorno dopo, sempre piú lunatica, ribelle, sgradevole, e il terzo giorno la situazione peggiorava ancora. In tale stato d'animo, sia pure nell'ipnosi, non era sempre facile indurla a sfogarsi col discorso, procedura, questa, per la quale essa aveva trovato il termine felice e serio di *talking cure* ([in inglese:] cura parlata) e quello umoristico di *chimney-sweeping* (spazzare il camino). Ella sapeva che dopo aver parlato avrebbe perduto tutta la sua "energia" e ribellione, e quando (dopo intervalli prolungati) era di cattivo umore, rifiutava di parlare e io la dovevo costringere con insistenze e suppliche e con taluni artifici, come quello di pronunciare una formula introduttiva stereotipa dei suoi racconti. Sempre però parlava soltanto dopo che, avendo tastato accuratamente le mie mani, si era convinta della mia identità. Nelle notti in cui non si era calmata con la conversazione, si doveva ricorrere al cloralio. Io lo avevo già esperimentato alcune volte, ma ero costretto a darle cinque grammi, e il sonno era preceduto da un'ebbrezza di alcune ore che, in mia presenza, era euforica, ma in mia assenza si presentava con stati di angosciosa eccitazione, assai sgradevoli. (Sia detto per inciso, questa grave ebbrezza non modificava per nulla la contrattura.) Avevo potuto evitare i narcotici perché lo sfogo del parlare portava almeno tranquillità se non il sonno. In campagna le notti intercorrenti fra i sollievi ipnotici erano talmente insopporta-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

bili da dover comunque ricorrere al cloralio. La dose però diminuiva gradualmente.

Il sonnambulismo permanente non ricomparve; per contro, perdurava l'alternanza fra i due stati della coscienza. A mezzo della conversazione essa allucinava, correva via, tentava di salire su un albero e cosí via. Se la si tratteneva, dopo brevissimo tempo riprendeva a parlare dalla frase interrotta, senza sapere nulla di ciò che era intervenuto. Ma nell'ipnosi, poi, tutte queste allucinazioni comparivano nel racconto.

In complesso le sue condizioni miglioravano; la nutrizione era possibile e facile; la paziente si lasciava imboccare dall'infermiera, tuttavia chiedeva il pane, ma lo rifiutava appena le toccava le labbra; la paresi di contrattura della gamba diminuí sensibilmente; inoltre, la paziente poté formulare un giudizio corretto e sviluppò un grande attaccamento per il medico che la visitava, il mio amico dottor B. Fu di grande aiuto un cane di Terranova che le avevano regalato e che essa amava appassionatamente. Fu quindi uno spettacolo magnifico vedere come, una volta, questo suo beniamino attaccò un gatto, la debole fanciulla afferrasse una frusta con la mano sinistra, e fustigasse la bestia enorme per salvare la sua vittima. Tempo dopo, assistette alcuni malati poveri, e ne ebbe gran giovamento.

La dimostrazione piú chiara dell'effetto irritante, patogeno, dei complessi di rappresentazioni prodotti nelle assenze, nella sua *condition seconde*, e della loro eliminazione per effetto dello sfogo parlato in ipnosi, la ebbi al mio ritorno dalle ferie trascorse in un viaggio durato alcune settimane. Durante questo tempo, non era stata effettuata alcuna *talking* cure, perché la paziente non si lasciava persuadere a raccontare ad altri che non fossi io, nemmeno al dottor B., per il quale tuttavia provava forte affetto. La trovai in uno stato morale triste, pigra, disobbediente, lunatica, perfino malvagia. Dai racconti serali risultò che la sua vena fantastico-poetica stava evidentemente esaurendosi; i racconti diventavano sempre piú relazioni sulle sue allucinazioni e su ciò che nei giorni precedenti l'aveva contrariata, narrazioni di forma fantastica ma sempre piú espresse solo in formule fantastiche fisse, anziché elaborate in espressione poetica. Uno stato sopportabile venne raggiunto soltanto quando feci tornare la paziente in città per una settimana, e sera per sera le estorsi da tre a cinque storie. Quando ebbi finito, era stato elaborato tutto ciò che si era accumulato nelle settimane della mia lontananza. E soltanto allora si ristabilí quel ritmo della sua condi-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

zione psichica, per cui il giorno dopo uno sfogo parlato era amabile e serena, l'indomani piú irritabile e piú sgradevole, e il terzo giorno veramente "antipatica". Il suo stato morale era una funzione del tempo trascorso dall'ultimo sfogo parlato, perché ogni prodotto spontaneo della sua fantasia e ogni fatto afferrato dalla parte malata della sua psiche continuavano ad agire come stimolo psichico fino a tanto che non veniva raccontato nell'ipnosi, e veniva quindi eliminato completamente nella sua efficacia.

Quando la paziente nell'autunno venne di nuovo in città (in un'abitazione diversa da quella in cui si era ammalata), il suo stato era sopportabile, sia fisicamente che intellettualmente, inquantoché venivano elaborate a stimoli psichici in modo morboso solo poche esperienze, in particolare solo quelle veramente determinanti. Speravo in un miglioramento progressivo e continuo ove mediante regolari sfoghi discorsivi si fosse potuto evitare di gravare sulla psiche di lei con nuovi stimoli. In un primo tempo fui deluso. Nel dicembre il suo stato psichico peggiorò nettamente, essa era nuovamente eccitata, triste, turbata e irritabile e ben di rado aveva ancora dei "giorni del tutto buoni", anche se non si poteva rilevare nulla di "nascosto" in lei. Alla fine di dicembre, nel periodo natalizio, fu particolarmente inquieta e per tutta la settimana, alla sera, non raccontò nulla di nuovo, solo i fantasmi che, sotto il dominio di forti affetti d'angoscia, aveva elaborato giorno per giorno nell'epoca delle feste del 1880 [l'anno precedente]. Alla fine della serie, fu molto sollevata.

Era cosí passato un anno da che, separata dal padre, si era messa a letto, e da allora in poi le sue condizioni si chiarirono e si sistemarono in modo assai particolare. I due stati della coscienza, che sussistevano in alternanza, – sempre in modo che, iniziando dal mattino e col progredire del giorno, le assenze, vale a dire le manifestazioni della *condition seconde*, si facevano vieppiú frequenti fino a dominare esclusivamente la sera, – questi due stati non differivano soltanto, come in passato, per il fatto che in uno stato (il primo) essa era normale e nel secondo era alienata; bensí viveva nel primo stato come tutti noi nell'inverno 1881-82, nel secondo stato invece, nell'inverno 1880-81, avendo dimenticato completamente tutte le cose accadute dopo. Solo del fatto che il padre fosse morto sembrava avere sempre piena coscienza. Il suo riportarsi all'anno decorso aveva un'intensità tale da farle allucinare, nella nuova abitazione, la sua stanza di una volta, e quando voleva andare alla porta urtava con

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

forza contro la stufa, che, rispetto alla finestra, occupava la stessa posizione della porta nella stanza del vecchio appartamento. La conversione da uno stato nell'altro avveniva spontaneamente, ma poteva essere anche provocata con la massima facilità per mezzo di una qualche impressione sensoria che le ricordasse vivamente l'anno precedente. Bastava presentarle un arancio (suo nutrimento principale durante il primo periodo della sua malattia), per buttarla indietro dall'anno 1882 nell'anno 1881. Questo ritorno al tempo passato però non avveniva in modo generico, indeterminato: essa riviveva giorno per giorno il precedente inverno. Avrei potuto soltanto sospettarlo, se nell'ipnosi serale non si fosse liberata giornalmente a parole di quel che nel giorno corrispondente del 1881 l'aveva emozionata e se un diario segreto della madre, dell'anno 1881, non avesse fornito la prova irrefutabile della veridicità dei fatti in questione. Questo rivivere dell'anno decorso perdurò sino alla conclusione definitiva della malattia nel giugno 1882.

Ed era inoltre molto interessante vedere come anche questi stimoli psichici riviventi si ripercuotessero dal secondo stato nel primo piú normale. Accadeva che la malata al mattino mi dicesse ridendo di non sapere cosa avesse, di essere arrabbiata con me; grazie al diario sapevo di che si trattava e che cosa puntualmente nell'ipnosi serale si sarebbe riprodotto: un anno prima, nel 1881, proprio in quella sera, avevo molto irritato la mia paziente. Oppure diceva che aveva qualcosa agli occhi, che vedeva i colori sbagliati; sapeva che il suo vestito era marrone, però lo vedeva azzurro. Si accertò subito che era capace di distinguere correttamente e nettamente tutti i colori di una prova di percezione visiva e che il disturbo riguardava solo la stoffa del suo vestito. Il motivo era che nei giorni corrispondenti del 1881 si era molto occupata di una vestaglia per il padre, fatta della stessa stoffa, ma azzurra. Spesso era chiaro anche un preannunciarsi, negli effetti, di questi ricordi che andavano emergendo: la perturbazione dello stato normale era già manifesta, mentre il ricordo si ridestava soltanto gradualmente, per la *condition seconde*.

L'ipnosi serale si era già dunque ulteriormente caricata, dato che si dovevano liberare con la parola non solo i fantasmi di fresca produzione ma anche le esperienze e le *vexations* [in inglese: contrarietà] del 1881 (i fantasmi del 1881 fortunatamente glieli avevo eliminati già allora), quando la mole di lavoro che la paziente e il medico dovevano sopportare aumentarono ulteriormente in misura enorme a causa di una terza serie di disturbi isolati, che pure si dove-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

vano superare in modo analogo, e cioè gli *eventi psichici dell'incubazione della malattia* dal luglio al dicembre 1880, che avevano prodotto tutti i fenomeni isterici e con la cui esposizione orale i sintomi scomparvero.

Quando, per la prima volta, in seguito a un suo discorso casuale, non provocato, nell'ipnosi serale, scomparve un disturbo che durava già da lungo tempo, fui molto sorpreso. Eravamo in estate, vi era stato un periodo di caldo intenso, e la paziente aveva sofferto parecchio per la sete; infatti, senza che sapesse indicare un motivo, bere le era diventato tutto a un tratto impossibile. Prendeva in mano il bicchier d'acqua agognato, ma non appena lo avvicinava alle labbra, lo respingeva come un'idrofoba. Evidentemente, in quei pochi secondi, era in preda a un'assenza. Viveva solo di frutta, di meloni ecc., per mitigare la sete tormentosa. Questo durava da circa sei settimane, quando avvenne che una volta in ipnosi ragionasse della sua dama di compagnia inglese, che non amava, e raccontò allora, visibilmente inorridita, che una volta era entrata nella sua stanza, e aveva visto il suo cagnolino, quella bestia ripugnante, bere da un bicchiere. Non aveva detto niente perché voleva essere gentile. Dopo avere poi ulteriormente sfogato energicamente la rabbia che le era rimasta dentro, chiese da bere, bevve senza inibizione una grande quantità di acqua e si svegliò dall'ipnosi col bicchiere alle labbra. Il disturbo con ciò era scomparso per sempre. Cosí pure scomparvero delle fisime strane e ostinate dopo che era stata raccontata l'esperienza alla quale risalivano. Un grande passo fu compiuto quando, nella stessa maniera, scomparve, quale primo dei sintomi permanenti, la contrattura della gamba destra, che invero era andata mitigandosi notevolmente già prima. Da queste esperienze, dal fatto cioè che i fenomeni isterici in questa malata scomparissero non appena nell'ipnosi venisse riprodotto l'evento che aveva posto in atto il sintomo, si sviluppò un metodo tecnico-terapeutico che nulla lasciava a desiderare quanto a consequenzialità logica e applicazione sistematica. Ogni singolo sintomo di questa intricata sindrome venne esaminato per suo conto; tutte le circostanze nelle quali si era manifestato vennero raccontate in ordine di successione inverso, cominciando coi giorni precedenti la degenza della paziente, andando a ritroso fino alle circostanze del primo manifestarsi. Se questo veniva narrato, il sintomo veniva eliminato per sempre.

Cosí le paresi di contrattura e le anestesie, i piú svariati disturbi della vista e dell'udito, le nevralgie, la tosse, i tremori e simili, e

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

infine anche le turbe linguistiche, vennero "sfogate a parole". Tra i disturbi della vista vennero per esempio eliminati isolatamente: lo strabismo convergente con diplopia; la deviazione dei due occhi verso destra, per cui la mano che voleva afferrare un oggetto si dirigeva sempre alla sinistra di esso; la restrizione del campo visivo; l'ambliopia centrale; la macropsia; la visione di un teschio in sostituzione del padre; l'incapacità di leggere. A questa analisi rimasero sottratti soltanto singoli fenomeni che si erano sviluppati durante la degenza, come l'estendersi della paresi di contrattura al fianco sinistro, e che verosimilmente non avevano neppure una causa psichica diretta.

Risultò assolutamente impraticabile accorciare il lavoro cercando di evocare direttamente nella sua memoria la prima causa dei sintomi. Non la trovava, si confondeva, e le cose andavano ancora piú a rilento che quando la si lasciava dipanare tranquillamente ma sicuramente, a ritroso, la matassa dei ricordi. Tuttavia, siccome nell'ipnosi serale si procedeva con troppa lentezza, perché la malata era affaticata e distratta dallo "sfogo" delle altre due serie, e certamente anche perché i ricordi avevano bisogno di tempo per svilupparsi con piena vivezza, si andò elaborando il seguente metodo. Io andavo a trovarla al mattino, la ipnotizzavo (si erano trovati empiricamente alcuni metodi d'ipnosi molto semplici) e poi la interrogavo, concentrandone i pensieri sul sintomo appena trattato, sulle occasioni in cui si era manifestato. La paziente allora descriveva in rapida sequenza con brevi parole caratterizzanti queste circostanze esteriori, che io annotavo. Nell'ipnosi serale poi, aiutata dalla successione annotata, raccontava abbastanza compiutamente i fatti. Un esempio potrà mostrare in qual modo, esauriente da tutti i punti di vista, ciò avvenisse. Era sempre capitato che la paziente non udisse quando le si rivolgeva la parola. Questo passeggero non sentire si differenziava come segue:

a) non udire, per distrazione, che qualcuno è entrato: 108 casi singoli dettagliati di questo fenomeno; indicazione delle persone e delle circostanze, spesso della data; primo esempio: essa non aveva udito entrare suo padre;

b) non capire quando parlano piú persone; 27 volte, la prima volta ancora il padre e un conoscente;

c) non udire quando è sola e le si rivolge la parola direttamente; 50 volte; origine: il padre le aveva chiesto invano del vino;

d) sordità indotta da scosse (in carrozza o simili); 15 volte; origine: il

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

suo fratello piú giovane l'aveva scossa con violenza, litigando con lei, avendola sorpresa a origliare alla porta del malato;

e) sordità indotta da spavento per un rumore; 37 volte; origine: un attacco di soffocamento del padre per aver inghiottito di traverso;

f) sordità in profonda "assenza"; 12 volte;

g) sordità indotta da lungo e attento ascoltare e origliare, cosicché poi non udiva la parola rivoltale; 54 volte.

Naturalmente tutti questi fatti in gran parte sono identici in quanto si possono ricondurre alla distrazione-assenza o a emozione di spavento. Nella memoria della paziente, però, erano cosí chiaramente distinti l'uno dall'altro che, quando le capitava di sbagliarsi nell'ordine di successione, si doveva ripristinare, correggendolo, l'ordine giusto, altrimenti la narrazione s'arrestava. Gli eventi narrati, privi d'interesse e d'importanza com'erano, e la precisione del racconto non facevano sorgere il sospetto che fossero inventati. Molti di questi fatti, in quanto pure esperienze interiori, si sottraevano al controllo. Di altri fatti o delle circostanze che li accompagnavano, si ricordavano i familiari della paziente.

Avveniva anche qui ciò che si poteva osservare regolarmente quando veniva "sfogato a parole" un sintomo: questo sintomo particolare si manifestava con aumentata intensità, nel mentre veniva narrato. Cosí la paziente durante l'analisi del non-udire era talmente sorda che io in parte dovevo intendermi con lei per iscritto.[1] Di solito la prima causa determinante era uno spavento particolare da lei esperito durante l'assistenza al padre, una trascuratezza da parte di lei o qualcosa di simile.

Non sempre era facile il ricordare e talvolta la paziente doveva compiere sforzi enormi. Cosí una volta tutto il processo per qualche tempo rimase interrotto perché c'era un ricordo che non voleva riemergere; era un'allucinazione assai terrificante per l'ammalata: mentre assisteva il padre, lo aveva visto con la testa da morto. Essa e i suoi familiari rammentavano che una volta, apparentemente ancora in salute, in visita da una parente, aveva aperto la porta ed era improvvisamente caduta a terra priva di sensi. Per superare l'ostacolo, ritornò ora in quel luogo e di nuovo, nell'entrare nella stanza, cadde priva di sensi sul pavimento. Nell'ipnosi serale, l'ostacolo venne superato: entrando, nello specchio di faccia alla porta aveva scorto il

[1] [Il fenomeno è discusso da Freud alle pp. 431 sg., dove lo descriverà come "partecipazione al discorso" da parte del sintomo.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

proprio pallido volto, ma non aveva visto sé stessa, bensí suo padre con la testa da morto. Abbiamo osservato spesso che il timore di un ricordo, come nel caso citato, ne inibisce il riaffiorare, che deve essere imposto dalla paziente o dal medico.

Come fosse ferrea la logica dei fatti, lo mostrò, fra altri, il seguente episodio. In quell'epoca, come già osservato, la paziente si trovava durante la notte sempre nella sua *condition seconde*, cioè riviveva l'anno 1881. Una volta si svegliò di notte, affermò di essere stata nuovamente portata via da casa, e raggiunse un tale stato di eccitazione da allarmare tutta la casa. Il motivo era semplice. La sera precedente, grazie alla *talking cure*, era scomparso il suo disturbo della vista, e ciò anche agli effetti della *condition seconde*. Quando durante la notte si svegliò, si ritrovò in una stanza a lei sconosciuta, perché la famiglia aveva traslocato già dalla primavera del 1881. Questi incidenti abbastanza sgradevoli vennero evitati con il mio chiuderle sempre gli occhi (pregato da lei), la sera, con la suggestione di non poterli aprire finché non glieli avessi aperti io la mattina dopo. Solo una volta l'allarme si ripeté, quando la paziente, avendo pianto nel sonno, aveva aperto gli occhi svegliandosi.

Dato che questa laboriosa analisi dei sintomi si riferiva ai mesi estivi del 1880, durante i quali la malattia si era andata preparando, ottenni una visione completa dell'incubazione e della patogenesi di questa isteria, che ora voglio esporre in breve.

Nel luglio 1880 il padre della paziente si era ammalato gravemente in campagna di un ascesso subpleurale; Anna e sua madre si dividevano il compito dell'assistenza. Una volta si svegliò nella notte in grande angoscia al pensiero del malato con la febbre molto alta e nella tensione dell'attesa perché da Vienna doveva giungere un chirurgo per l'operazione. La madre si era allontanata per qualche tempo e Anna sedeva al letto del malato, il braccio destro appoggiato sullo schienale della sedia. Cadde in uno stato di dormiveglia e vide una biscia nera strisciare dalla parete avvicinandosi al malato per morderlo (è assai verosimile che nel prato dietro la casa ci fossero davvero delle bisce che avevano già in passato spaventato la fanciulla e che ora fornivano il materiale all'allucinazione). Essa voleva respingere la bestia, ma si sentí come paralizzata; il suo braccio destro, pendendo dallo schienale della sedia, si era "addormentato", era diventato anestetico e paretico, e nell'osservarlo le dita le si trasformarono in serpentelli con tanti teschi (le unghie). È probabile che abbia cercato di scacciare le bisce con la mano destra, paralizzata, e

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

che quindi l'anestesia e paralisi di questa si associassero con l'allucinazione dei serpenti. Quando la biscia scomparve, nel suo terrore cercò di pregare, ma ogni linguaggio le si rifiutava, non riusciva a parlare nessuna lingua, finché non trovò un versetto infantile inglese e poté allora pensare, e pregare, in tale idioma. Il fischio della locomotiva, che portava il medico atteso, interruppe le apparizioni.

Quando, il giorno seguente, stava per prendere un cerchio dal cespuglio in cui era caduto durante il giuoco, un ramo curvo richiamò l'allucinazione dei serpenti e contemporaneamente il braccio destro le si tese, rigido. E questo ora andava sempre ripetendosi ogniqualvolta un oggetto assomigliante piú o meno a una serpe provocava l'allucinazione. Quest'ultima però, come pure la contrattura, si manifestava solo nelle brevi assenze che, da quella notte in poi, si fecero sempre piú frequenti (la contrattura divenne stabile solo nel dicembre, quando la paziente, completamente crollata, divenne incapace di abbandonare il letto). In una occasione particolare, di cui non trovo annotazione e che non rammento, alla contrattura del braccio si aggiunse quella della gamba destra.

D'ora in avanti la sua tendenza alle assenze autoipnotiche risulta fissata. Nel giorno che seguí a quella notte, nell'attesa del chirurgo cadde in una tale assenza mentale che egli si trovava già nella stanza senza che lo avesse sentito entrare. La sua costante angoscia le impediva di mangiare, producendo con l'andar del tempo un forte senso di nausea. A parte ciò, tutti i singoli sintomi isterici insorgevano in stati affettivi. Non è del tutto certo che in questi casi si verificasse sempre un'assenza momentanea completa, ma è verosimile perché la paziente quando era desta nulla sapeva di ciò che era successo.

Taluni sintomi però sembrano insorti non nell'assenza, ma solo nello stato affettivo, da sveglia; epperò poi si ripetevano nella stessa maniera. Cosí i disturbi della vista vennero tutti ricondotti a singole occasioni, piú o meno chiaramente determinanti, per esempio del tipo di questa: la paziente, le lacrime agli occhi, seduta al capezzale del padre malato, si sentí improvvisamente domandare da questi che ora fosse, ed ella, non vedendo bene, dovette fare uno sforzo, avvicinando l'orologio agli occhi e vedendo quindi il quadrante molto grande (macropsia e strabismo convergente); oppure si faceva forza per reprimere le lacrime, perché il malato non le vedesse.

Un diverbio nel quale represse la sua risposta, le causò un crampo alla glottide che da allora si ripeté in ogni occasione consimile.

La parola le venne meno: a) per angoscia, da quando ebbe la prima

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

allucinazione notturna; *b*) da quando le capitò un'altra volta di reprimere qualcosa che stava per dire (inibizione attiva); c) da quando una volta venne sgridata ingiustamente; *d*) in tutte le occasioni analoghe (mortificazione). La tosse si verificò per la prima volta quando durante la veglia al capezzale del malato, sentendo venire da una casa vicina il suono di una musica da ballo, le venne un crescente desiderio di essere là, e fu sommersa da autorimproveri. Da allora, per tutta la durata della sua malattia, a ogni musica fortemente ritmata reagiva con una tosse nervosa.

Non deploro troppo che l'incompletezza dei miei appunti renda impossibile di ricondurre qui tutti i sintomi isterici alle loro occasioni prime. La paziente lo faceva con tutti, salva l'eccezione sopra menzionata [p. 202], e ogni sintomo, come ho già descritto, scompariva dopo la narrazione della *prima* occasione in cui si era presentato.

In questo modo si concluse anche tutta l'isteria. La paziente stessa aveva fatto il saldo proponimento che tutto fosse finito per l'anniversario del suo trasferimento in campagna. Pertanto, ai primi di giugno, si dedicò alla *talking cure* con la maggior energia. L'ultimo giorno, aiutandosi con il disporre la stanza cosí come era stata la stanza di degenza di suo padre, riprodusse l'allucinazione d'angoscia sopra raccontata che era stata la radice di tutta la malattia e nella quale aveva potuto pensare e pregare solo in inglese; immediatamente dopo, parlò in tedesco e fu oramai libera da tutti gli innumerevoli singoli disturbi che prima aveva presentato.[1] Poi lasciò Vienna per un viaggio, le ci volle tuttavia ancora parecchio tempo prima di ritrovare del tutto il suo equilibrio psichico. Da allora gode perfetta salute.

Per quanti dettagli non privi di interesse io abbia anche soppresso, pure la storia della malattia di Anna O. è diventata piú voluminosa di quanto sembrerebbe meritare una malattia isterica di per sé non insolita. Ma la narrazione del caso era impossibile senza entrare nei

[1] [A questo punto, il racconto presenta una carenza, rilevata da Freud sia in *Per la storia del movimento psicoanalitico* (1914) § 1, ove parla di un *untoward event* (in inglese: contrattempo) che colpí Breuer (la motivazione sessuale della traslazione), sia nell'*Autobiografia* (1924) § 2, sia nella lettera a Stefan Zweig del 2 giugno 1932: "In quel momento egli [Breuer] aveva in mano la chiave che gli avrebbe aperto la strada verso le "Madri" [vedi oltre la frase di Breuer a p. 339], ma la lasciò cadere." La vicenda della "traslazione" non analizzata verso Breuer è narrata per esteso da Jones e riassunta sopra a p. 167.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

dettagli, e mi sembra che le peculiarità di esso rivestano un'importanza che dovrebbe far perdonare la prolissità della relazione. Anche le uova degli echinodermi non sono importanti per l'embriologia perché l'echinoderma è un animale particolarmente interessante, ma perché il loro protoplasma è trasparente e da quel che si può vedere in essi si possono trarre illazioni su quel che dovrebbe accadere anche nelle uova con plasma torbido.[1] È nella grandissima trasparenza ed esplicabilità della sua patogenesi che mi sembra risieda soprattutto l'interesse di questo caso.

Troviamo nella fanciulla ancora perfettamente sana due peculiarità psichiche che la dispongono alla malattia isterica:

1) l'eccedenza di mobilità e di energia psichica non utilizzata nella vita familiare monotona e priva di una corrispondente attività intellettuale, la quale si scarica in una costante attività della fantasia, e che

2) produce l'abituale sognare ad occhi aperti ("teatro privato"), col quale si pone il fondamento per la dissociazione della personalità intellettuale.

Tuttavia anche questa rimane ancora nei limiti del normale; il fantasticare, come la meditazione durante un'occupazione piú o meno meccanica, di per sé non comporta ancora alcuna scissione patologica della coscienza, perché ogni perturbazione di quel "sognare", per esempio ogni chiamata, ne ripristina l'unità normale; e, verosimilmente, non sussiste amnesia. Ma in tal modo in Anna O. venne preparato il terreno nel quale, nel modo descritto, l'affetto d'angoscia e di attesa mise radici, dopo aver trasformato il sognare abituale in un'assenza allucinatoria. È curioso con quale perfezione, in questa prima manifestazione della malattia ai suoi inizi, già si delineassero i tratti principali che poi rimasero costanti per quasi due anni: l'esistenza di un secondo stato di coscienza, il quale, manifestandosi dapprima come assenza transitoria, piú tardi si organizzava in *double conscience*; l'inibizione della parola, determinata dall'affetto angoscioso, con il casuale discarico dovuto a una poesiola infantile inglese; in seguito, parafasia e perdita della lingua materna, sostituita da un ottimo inglese; infine la casuale paralisi da compressione del braccio destro, che in seguito si sviluppa in paresi di contrattura del lato destro e anestesia. Il meccanismo di formazione

[1] [La stessa analogia sarà usata da Freud in *Esperienze ed esempi tratti dalla pratica dell'analisi* (1913).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di quest'ultima affezione corrisponde perfettamente alla teoria di Charcot dell'isteria traumatica: uno stato ipnotico nel quale si verifica un lieve trauma.

Ma, mentre la paralisi isterica prodotta sperimentalmente da Charcot si stabilizzava immediatamente, e mentre nei colpiti da nevrosi traumatica la paralisi prodotta da un grave trauma di spavento compare ben presto, il sistema nervoso della nostra giovane oppose una vittoriosa resistenza per ben quattro mesi. La contrattura e cosí gli altri disturbi che gradualmente andavano aggiungendosi, si presentavano solo nelle assenze momentanee nella *condition seconde*, lasciando la paziente durante lo stato normale nel pieno possesso del suo corpo e dei suoi sensi, cosicché né lei stessa ne sapeva niente né vedeva alcunché la gente attorno a lei, la cui attenzione, del resto, era concentrata sul padre gravemente ammalato, e quindi distolta da lei.

Siccome però, dopo quella prima autoipnosi allucinatoria, le assenze con complete amnesie e fenomeni isterici accompagnatori diventavano sempre piú frequenti, aumentavano le occasioni per la formazione di nuovi sintomi analoghi, mentre quelli già formati si rinsaldavano nella frequente ripetizione. Per giunta, gradualmente si arrivò al punto che ogni improvvisa emozione penosa agiva al pari dell'assenza (a meno che non creasse forse, ogni volta, un'assenza momentanea); le coincidenze casuali formavano associazioni patologiche, turbe sensoriali o motorie, che da allora in poi riapparivano insieme con l'emozione. Sempre momentaneamente, tuttavia, transitoriamente; prima che la paziente diventasse incapace di lasciare il letto, aveva già sviluppato tutta la grande collezione di fenomeni isterici senza che nessuno ne sapesse niente. Soltanto quando l'ammalata, estremamente indebolita dall'inanizione, dall'insonnia e dal persistente affetto angoscioso, era completamente crollata, quando si trovava per piú tempo nella *condition seconde* che non nello stato normale, i fenomeni isterici si estesero anche a quest'ultimo, trasformandosi, da fenomeni manifestantisi come attacchi, in sintomi permanenti.

Si deve ora sollevare la questione, in che misura ci si debba fidare di indicazioni della malata, e in che misura i fenomeni abbiano avuto realmente la genesi e il motivo occasionale da essa segnalati. Per quel che riguarda gli eventi piú importanti e fondamentali, la veridicità del resoconto per me è fuori questione. Non faccio appello, a questo riguardo, alla scomparsa dei sintomi dopo che erano

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

stati "sfogati a parole": si potrebbe spiegare anche con la suggestione. Ho però sempre riscontrato che la paziente era fedelissima alla verità e fidata; le cose narrate erano intimamente connesse con ciò che c'era per lei di piú sacro; tutto ciò che era accessibile a un controllo da parte di terzi, veniva sempre perfettamente confermato. Nessuna fanciulla, anche la piú dotata, sarebbe certo in grado di elaborare un sistema di dati con una cosí grande logica interiore qual è la storia dell'evoluzione della sua malattia qui esposta. Non si può invece respingere a *priori* l'eventualità che appunto per la consequenzialità di questa logica ella potesse avere attribuito (sempre in buona fede) a piú di un sintomo un motivo che in realtà non esisteva. Io ritengo però che anche questa supposizione non sia giustificata. Proprio il carattere insignificante di tanti motivi, l'irrazionale di tanti nessi, stanno in favore della loro realtà. Per la malata era incomprensibile come mai la musica da ballo la facesse tossire. È cosa troppo insensata per una costruzione arbitraria. Io invero potevo immaginare che ogni scrupolo di coscienza le causasse il noto crampo alla glottide e che gli impulsi motori da lei risentiti (il ballo le piaceva molto) trasformassero questo crampo della glottide in una tosse nervosa. Considero quindi le indicazioni della malata assolutamente veridiche e credibili.

In che misura è ora giustificata la supposizione che anche in altri malati lo svilupparsi dell'isteria sia analogo, qualche cosa di simile accada anche dove non si organizza una *condition seconde* cosí nettamente distinta? Vorrei a tale proposito rilevare come tutta questa storia dello sviluppo della malattia, anche nel caso della nostra paziente, sarebbe rimasta del tutto ignota, tanto a lei quanto al medico, se ella non avesse avuto la peculiarità di ricordarsi nell'ipnosi, come si è descritto, e di raccontare ciò che ricordava. Da sveglia, nulla sapeva di tutto ciò. Come stiano le cose per gli altri, quindi, dall'esame del malato sveglio non si può mai apprendere, perché con la migliore buona volontà la persona sveglia non può fornire alcuna informazione. E quanto poco le persone dell'ambiente potevano osservare di tutto quel che avveniva, l'ho già osservato piú sopra. Come stessero le cose con altri ammalati, lo si poteva quindi riconoscere soltanto per mezzo di un procedimento consimile a quello suggerito nel caso di Anna O. dalle autoipnosi. In un primo tempo era giustificata soltanto la supposizione che fenomeni consimili potessero essere piú frequenti di quanto ci aveva fatto supporre la nostra ignoranza del meccanismo patogeno.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Quando la paziente fu obbligata a rimanere a letto e la sua coscienza continuava a oscillare fra lo stato normale e lo stato "secondo", la legione dei sintomi isterici singolarmente originati e fin là latenti si manifestò come sintomi permanenti; a questi si aggiunse un altro gruppo di fenomeni apparentemente di diversa origine: la paralisi di contrattura degli arti sinistri e la paresi degli spleni. Li distinguo dagli altri fenomeni perché, una volta scomparsi, non ricomparvero piú, nemmeno come accessi o per accenni e nemmeno nella fase conclusiva e di guarigione, nella quale tutti gli altri sintomi, dopo un prolungato letargo, rivivevano. Corrispondentemente, non comparivano mai neppure nelle analisi ipnotiche e non vennero ricondotti a motivi occasionanti, affettivi o fantastici. Vorrei pertanto ritenere che non dovevano la loro esistenza allo stesso processo psichico, al pari degli altri sintomi, ma al diffondersi secondario di quello stato ignoto che costituisce la base somatica dei fenomeni isterici.

Durante tutto il decorso della malattia i due stati di coscienza sussistevano in parallelo, il primario, in cui la paziente era psichicamente del tutto normale, e lo stato "secondo", che ben possiamo paragonare al sogno, per la sua ricchezza di fantasmi, allucinazioni, le grandi lacune della memoria, la mancanza di inibizioni e di controllo nelle idee. In questo secondo stato la paziente era alienata. L'aver accertato la dipendenza totale dello stato psichico della malattia dalla penetrazione di questo secondo stato in quello normale, mi sembra offrire una buona prospettiva sull'assenza di almeno un tipo di psicosi isterica. Ogni ipnosi serale forniva la prova che la malata era completamente lucida, ordinata e normale nel suo sentire e volere quando nessun prodotto del secondo stato agiva nell'"inconscio"[1] quale stimolo; l'evidente psicosi durante ogni intervallo prolungato in questa procedura di sfogo, dimostrava in quale misura proprio quei prodotti influenzassero i processi psichici dello stato "normale". È difficile evitare di esprimersi dicendo che l'ammalata si era scissa in due personalità, delle quali una psichicamente normale e l'altra pazza. Io penso che la netta distinzione fra i due stati nella nostra paziente rendeva solo evidente un comportamento che

[1] [È forse il primo esempio dell'uso del termine, nella sua accezione psicoanalitica. Il fatto che Breuer lo ponga tra virgolette può essere inteso come un'attribuzione a Freud, che lo userà alcune pagine piú avanti. La forma aggettivale "inconscio" figura nell'abbozzo del 1892 *Sulla teoria dell'attacco isterico*, sopra a p. 145. Il termine "subconscio", invece, spesso usato qui da Breuer, è ancora adoperato da Freud a p. 231 n., ma sarà poi abbandonato.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

anche in molte altre isteriche è causa di tanti enigmi. In Anna O. colpiva particolarmente la misura in cui i prodotti dell'"Io cattivo", come la paziente stessa lo chiamava, influenzassero il suo abito morale. Se non fossero stati continuamente eliminati, si sarebbe avuta in lei un'isterica del tipo maligno, ribelle, indolente, sgarbata, malvagia; mentre cosí dopo l'eliminazione di quegli stimoli, ricompariva ogni volta e subito il suo vero carattere, che era il contrario di tutto ciò.

Per quanto netta però fosse la separazione fra i due stati, non solo lo "stato secondo" penetrava nel primo, ma – per lo meno spesso e anche nelle peggiori condizioni della paziente – in qualche angolo del suo cervello risiedeva, come essa si esprimeva, un osservatore acuto e tranquillo che contemplava le follie. Questa esistenza continuata del pensiero lucido durante il predominio della psicosi assunse un'espressione curiosissima; quando la paziente, dopo la conclusione dei fenomeni isterici, si trovava in una depressione transitoria, tra altri timori puerili e autoaccuse formulò anche quella di non essere stata affatto ammalata e che tutto era stato simulato. Come è noto, cose simili si sono già viste parecchie volte. Quando, dopo il decorso della malattia, i due stati di coscienza sono nuovamente confluiti in uno solo, i pazienti retrospettivamente si vedono come la singola personalità non divisa che aveva saputo di tutto quel non senso, e pensano che avrebbero potuto impedirlo se avessero voluto, quasi avessero intenzionalmente commesso gli eccessi. Tale persistenza del pensiero normale durante lo stato secondo, del resto, potrebbe avere avuto fortissime oscillazioni quantitative, oltre a venire meno del tutto.

Il fatto sorprendente che, dall'inizio fino alla conclusione della malattia, tutti gli stimoli provenienti dallo stato secondo e le loro conseguenze fossero stati eliminati permanentemente mediante l'espressione verbale nell'ipnosi, è stato già da me descritto e nulla ho da aggiungervi se non l'assicurazione che non si trattava affatto di una mia invenzione suggerita da me alla paziente; ne ero per contro straordinariamente sorpreso e soltanto dopo tutta una serie di superamenti spontanei ho potuto svilupparne una tecnica terapeutica.

Alcune parole merita ancora la guarigione finale dell'isteria. Essa avvenne, nel modo descritto, con notevole agitazione della paziente e peggioramento del suo stato psichico. Se ne ricavava senz'altro l'impressione che la quantità di prodotti del secondo stato, già asso-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

piti, ora le si affollassero nella coscienza, venissero ricordati, sia pure in un primo tempo ancora nello stato secondo, ma gravando sullo stato normale e inquietandolo. Sarà da considerare se anche in altri casi la psicosi in cui termina un'isteria cronica non abbia la stessa ragione.[1]

[1] [Questo caso è riassunto e discusso da Freud nella prima delle *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* (1909).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

2. SIGNORA EMMY VON N., QUARANTENNE, DELLA LIVONIA (Freud)

Il 1° maggio 1889 divenni il medico di una signora di quarant'anni circa, le cui sofferenze e la cui personalità m'ispirarono tanto interesse da dedicarle gran parte del mio tempo, e da assumermi l'impegno di guarirla. Era un'isterica, e poteva essere posta in stato di sonnambulismo con la piú grande facilità; e quando me ne accorsi decisi di applicare su di lei il procedimento di Breuer dell'esplorazione sotto ipnosi, procedimento che conoscevo dalle comunicazioni dello stesso Breuer sulla storia della guarigione della sua prima paziente. Era il mio primo tentativo nel maneggiare tale metodo terapeutico ed ero ancora ben lungi dall'averne padronanza, infatti non condussi abbastanza a fondo l'analisi dei sintomi della malattia, né li seguii con sufficiente sistematicità. Riuscirò forse a illustrare lo stato dell'ammalata e la mia condotta di medico nel modo migliore riproducendo gli appunti presi ogni sera durante le prime tre settimane del trattamento. Se e dove l'esperienza successiva mi ha reso possibile una comprensione migliore, lo esprimerò in note e in osservazioni inframmezzate.

1° maggio 1899. Trovo una donna di aspetto ancora giovanile, sdraiata sul divano, la testa appoggiata su un cuscino di cuoio. Il suo volto ha un'espressione tesa, dolorosa, le palpebre socchiuse, lo sguardo rivolto al basso, la fronte fortemente corrugata, i solchi nasolabiali scavati. Parla come a fatica, a voce bassa, interrotta ogni tanto da inceppamenti spastici dell'eloquio fino al balbettio. Tiene incrociate le dita, che mostrano una continua irrequietudine di tipo atetosico. Frequenti movimenti improvvisi, convulsi, come dei tic, nel volto e nei muscoli del collo; alcuni muscoli, specialmente lo sternocleidomastoideo destro, hanno un particolare rilievo. Inoltre, s'interrompe spesso nel parlare per emettere uno strano schiocco che non riesco ad imitare.[1]

Ciò che dice è del tutto coerente e dimostra chiaramente cultura e intelligenza non comuni. Tanto piú sorprende il fatto che ogni po-

[1] Questo schiocco era in piú tempi; colleghi intenditori di caccia che l'avevano udito ne paragonavano i suoni finali al grido amoroso dell'urogallo.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

chi minuti essa tronchi repentinamente il discorso, contraendo il volto in un'espressione di orrore e di ripugnanza, e tenda verso di me la mano, stendendo e contraendo le dita, mentre con voce cambiata e angosciata esclama: "Stia zitto! non parli! non mi tocchi!" Essa verosimilmente si trova sotto l'impressione di un'allucinazione terrificante ricorrente e si difende con questa formula contro l'intromettersi di materiale estraneo.[1] Questo intercalare termina poi repentinamente come era cominciato e l'ammalata prosegue nel suo discorso senza manifestare l'eccitazione di poco prima, senza spiegare il proprio comportamento e senza scusarlo, quindi probabilmente senza essersi affatto accorta dell'interruzione.[2]

Della sua situazione vengo a sapere quanto segue: la sua famiglia, oriunda della Germania centrale, risiede da due generazioni nelle province russe del Baltico, dove possiede molte terre. È la tredicesima di quattordici figli, di cui però soltanto quattro sono ancora in vita. Era stata educata da una madre severa, ultraenergica, con molta cura ma anche con molte costrizioni. A ventitré anni aveva sposato un uomo molto dotato e abile, che come grande industriale si era conquistata una posizione eminente, ma che era molto piú anziano di lei. Dopo pochi anni di matrimonio egli era morto repentinamente di attacco cardiaco. A questo evento, oltre che alla educazione delle sue due figlie, attualmente di sedici e quattordici anni, spesso malate e affette da disturbi nervosi, essa attribuisce l'origine della propria malattia. Dopo la morte del marito, avvenuta quattordici anni prima, essa era sempre stata ammalata piú o meno gravemente. Quattro anni prima una cura di massaggi unitamente a bagni elettrici le aveva portato temporaneo sollievo; per il resto, tutti i suoi sforzi di ricuperare la salute erano rimasti senza successo. Ha viaggiato molto, e ha molti vivi interessi. Attualmente abita in una sua proprietà sul Baltico nelle vicinanze di una grande città. Nuovamente molto sofferente da mesi, turbata e insonne, tormentata da dolori, ha cercato invano miglioramento ad Abbazia; da sei mesi è a Vienna, finora in cura presso un medico esimio.

[1] Le parole corrispondevano in effetti a una formula protettiva, che anch'essa trova la sua spiegazione in quanto segue. Ho da allora osservato formule protettive di questo genere presso una malinconica, la quale tentava di dominare in questo modo i pensieri che la torturavano (desideri che a suo marito e a sua madre potesse capitare del male, bestemmie e simili).

[2] Si trattava di un delirio isterico che si alternava con lo stato normale della coscienza, proprio come un tic autentico s'inserisce in un movimento volontario senza disturbarlo né confondersi con esso.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il mio suggerimento di separarsi dalle due figlie, che hanno la loro governante, e di entrare in una casa di cura nella quale io la possa vedere giornalmente, viene accettato da lei senza obiettare parola.

2 *maggio sera.* La visito nella casa di cura. Mi colpisce il fatto che essa reagisca con tanto spavento ogni volta che la porta si apre inaspettatamente. Provvedo pertanto a che i medici interni e gli infermieri bussino con forza e non entrino prima che essa non abbia detto "Avanti". Cionondimeno fa una smorfia e ha un sobbalzo ogni volta che qualcuno entra.

Si lamenta oggi soprattutto di un senso di freddo e di dolori alla gamba destra, che partono dalla schiena al di sopra della cresta iliaca. Le ordino dei bagni caldi e farò un massaggio due volte al giorno su tutto il corpo.

Essa si presta in modo eccellente all'ipnosi. Alzo un dito davanti a lei, le ordino: "Dorma!", e si accascia con un'espressione d'intontimento e confusione. Suggerisco sonno, miglioramento di tutti i sintomi ecc., ed essa ascolta a occhi chiusi ma con evidente attenzione tesa, mentre l'espressione del suo volto gradualmente si distende assumendo un aspetto pacato. Dopo questa prima ipnosi rimane un oscuro ricordo delle mie parole; già dopo la seconda, si verifica un perfetto sonnambulismo (amnesia). Le avevo annunciato che l'avrei ipnotizzata, e aveva acconsentito senza opposizione. Non era stata mai ipnotizzata prima, ma mi è lecito supporre che abbia letto qualcosa sull'ipnosi, benché non sappia quale idea abbia dello stato ipnotico.[1]

Il trattamento con bagni caldi, massaggio in due riprese e suggestione ipnotica venne continuato nei giorni successivi. Essa dormí bene e si riprese visibilmente, trascorse la maggior parte del giorno stando tranquillamente a letto. Non le era vietato di vedere le sue figlie, di leggere e di curare la sua corrispondenza.

8 *maggio mattina.* Mi intrattiene, apparentemente del tutto normale, raccontandomi orribili storie di animali. Aveva letto nella

[1] Quando si svegliava dall'ipnosi ogni volta guardava per un momento intorno a sé come confusa, posava poi lo sguardo su di me, sembrava essersi ripresa, metteva gli occhiali che prima di addormentarsi si era tolti, ed era poi serena e completamente in sé. Sebbene nel corso del trattamento che in quell'anno occupò sette settimane e nell'anno successivo otto settimane, parlassimo di tutto fra noi e venisse da me addormentata quasi due volte al giorno, non mi fece mai domande od osservazioni riguardanti l'ipnosi e sembrava ignorare il piú possibile, nel suo stato di veglia, il fatto di venire ipnotizzata.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

"Frankfurter Zeitung", che era davanti a lei sul tavolo, che un garzone aveva legato un ragazzino e gli aveva cacciato in bocca un topo bianco; il ragazzino, dallo spavento, sarebbe morto. Il dottor K. le aveva raccontato di avere mandato a Tiflis una cassa piena di ratti bianchi. Mentre dice queste cose tutti i segni dell'orrore le si manifestano con forte rilievo. Piú volte di seguito contrae spasmodicamente le mani. "Stia zitto! non parli! non mi tocchi! Se ci fosse un animale cosí nel letto!" (orrore). "Pensi se quella cassa venisse disimballata! Ce n'è uno morto, di ratti, uno ro-sic-chia-to!"

Nell'ipnosi mi sforzo di scacciare queste allucinazioni di animali. Mentre dorme, prendo in mano la "Frankfurter Zeitung" e vi trovo infatti la storia del maltrattamento di un ragazzo, ma senza menzione di topi o ratti. Si tratta quindi di un'aggiunta fatta nel delirio durante la lettura. La sera, le parlo della nostra conversazione sui topi bianchi. Non ne sa nulla, è molto stupita e ride di cuore.[1]

Nel pomeriggio c'era stato un cosiddetto "crampo alla nuca",[2] ma "soltanto breve, per due sere soltanto".

Sera. La invito, nell'ipnosi, a parlare, ciò che le riesce dopo qualche sforzo. Parla sottovoce, riflette ogni volta un momento prima di dare una risposta. L'espressione del suo volto cambia a seconda del contenuto della narrazione e si fa pacata non appena la mia suggestione abbia posto fine all'impressione del racconto. Le chiedo perché si spaventi cosí facilmente. Risponde: È che sono ricordi della primissima giovinezza." – "Quando?" – "Dapprima a cinque anni, quando i miei fratelli mi gettavano addosso tanto spesso animali morti; allora ebbi il primo svenimento con convulsioni, ma mia zia disse che era una cosa orrenda, che non si devono avere attacchi del genere, e allora cessarono. Poi a sette anni, quando vidi inaspettatamente mia sorella nella bara; poi a otto anni quando mio fratello mi spaventò tante volte; poi a nove anni quando vidi nella bara la zia e, tutt'a un tratto, le cadde la mandibola."

La serie di occasioni traumatiche che mi viene comunicata in ri-

[1] Una simile inserzione repentina di un delirio nello stato di veglia non era cosa rara in lei e si ripeté infatti spesso in mia presenza. Soleva lamentarsi di dare spesso, nella conversazione, le risposte piú assurde, cosicché i suoi domestici non la capivano. Durante la mia prima visita, alla mia domanda di quale fosse la sua età, aveva risposto con assoluta serietà: "Sono una donna del secolo scorso." Settimane dopo mi spiegò che quella volta, nel delirio, aveva pensato a un bell'armadio antico da lei, appassionata di mobili antichi, acquistato in viaggio. L'indicazione dell'epoca si riferiva a questo armadio, quando la mia domanda circa la sua età le aveva dato occasione di dire qualcosa in relazione a un'epoca.

[2] Una specie di emicrania.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sposta alla mia domanda perché fosse cosí facile allo spavento, è evidentemente già pronta nella memoria: nel breve intervallo tra la mia domanda e la sua risposta non avrebbe potuto raccogliere cosí rapidamente i riferimenti traendoli da periodi di tempo diversi della sua giovinezza. Alla fine di ogni episodio narrato è percorsa da scosse e mostra nel volto terrore e ripugnanza; dopo l'ultimo, spalanca la bocca come per cercare respiro. Le parole che comunicano il contenuto terrificante dell'esperienza vissuta vengono pronunciate con fatica e ansimando; dopo, i tratti del suo volto si distendono.

Alla mia domanda, conferma che durante la narrazione vede davanti a sé le scene corrispondenti, plasticamente e a colori naturali. Dice di pensare in genere molto spesso a questi fatti e di avervi ripensato anche negli ultimi giorni. Non appena il pensiero vi ricorre, essa vede ogni volta la scena davanti a sé con tutta la vivacità della realtà.[1] Ora comprendo perché m'intrattiene cosí di frequente di scene di animali e di cadaveri. La mia terapia consiste nel cancellare queste immagini in modo che non le possano comparire davanti agli occhi. Per aiutare la suggestione le passo piú volte la mano sugli occhi.

9 *maggio mattina.*[2] Ha dormito bene senza una nuova suggestione, ma ha avuto dolori allo stomaco al mattino. Questi le erano venuti già la sera prima in giardino, dove era rimasta troppo a lungo con le figlie. Essa permette che io limiti a due ore e mezza la visita delle figlie: pochi giorni prima si era rimproverata di lasciare le figlie sole. La trovo oggi un po' eccitata, con la fronte corrugata, schiocchi e inceppamenti della parola. Durante il massaggio racconta soltanto che la governante delle figlie le aveva portato un atlante di storia della civiltà, e che si era fortemente spaventata per delle illustrazioni di pellerossa camuffati da animali. "Pensi, se diventassero vivi!" (orrore).

Nell'ipnosi chiedo perché quelle illustrazioni l'avessero cosí spaventata, dato che non aveva piú paura degli animali. Le avrebbero ricordato visioni da lei avute (a diciannove anni) alla morte del fratello. Tengo in serbo questo suo ricordo per un secondo tempo. Poi le chiedo se abbia sempre parlato balbettando a questo modo, e da

[1] Questo ricordare con immagini visive vivaci ci venne riferito da molte altre isteriche con particolare riguardo per i ricordi patogeni.

[2] ["Sera" in tutte le edizioni tedesche, ma deve trattarsi di un errore.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

quando abbia il tic (quello strano schiocco).[1] La balbuzie sarebbe una manifestazione della malattia, e il tic lo avrebbe da cinque anni, da quando una volta era seduta al capezzale della figlia piú giovane, molto malata, e aveva voluto stare assolutamente *zitta*. Cerco di attenuare l'importanza di questo ricordo, osservando che alla figlia non era capitato nulla, ecc. E lei: "Ritorna ogni volta che mi angoscio o mi spavento." Le dico di non avere piú paura delle figure dei pellerossa e di riderne anzi cordialmente, segnalandomi la cosa. E cosí avviene al risveglio: cerca il libro, domanda se io lo abbia già visto, lo apre su quella pagina e ride di cuore delle figure grottesche, senza alcuna angoscia, con espressione del tutto serena. Inaspettatamente arriva in visita il dottor Breuer, in compagnia del medico di famiglia. Si spaventa e schiocca, cosicché i due ben presto ci lasciano. Spiega la sua eccitazione col fatto di sentirsi sgradevolmente impressionata perché ogni volta compare insieme anche il medico di famiglia.

Nell'ipnosi, inoltre, le avevo tolto il dolore allo stomaco mediante strofinamento e le avevo detto che, dopo mangiato, avrebbe atteso sí il dolore, ma che non sarebbe ricomparso.

Sera. Per la prima volta la paziente è serena e loquace, sfoggia un umorismo che in una donna cosí seria non mi sarei aspettato; tra l'altro, nell'euforia per il proprio miglioramento si fa beffe del medico mio predecessore. Dice di avere avuto già da molto tempo l'intenzione di sottrarsi a quel trattamento, ma di non aver saputo come fare, finché un'osservazione casuale del dottor Breuer, che l'aveva visitata una volta, le aveva suggerito una via d'uscita. Sembrandole che io fossi sorpreso di tale comunicazione, ella si spaventa, si rimprovera in modo assai vivace di aver commesso un'indiscrezione, ma poi, apparentemente, si lascia calmare da me. Niente gastralgie, nonostante le avesse attese.

Nell'ipnosi chiedo di altre sue esperienze di spavento duraturo. Ella ne narra una seconda serie analoga alla prima, riguardante la sua giovinezza piú avanzata, con altrettanta prontezza della volta precedente, assicurandomi di nuovo di vedere spesso davanti a sé quelle scene vivacemente e a colori. Narra di quando (a quindici anni) aveva visto condurre sua cugina al manicomio; aveva voluto gridare aiuto, ma non poté e perdette la parola fino alla sera di quel giorno. Dato che nella sua conversazione da sveglia parla cosí spesso di manicomi,

[1] Da sveglia, alla mia domanda sulla provenienza del tic, aveva risposto: "Non lo so; oh, già da moltissimo tempo."

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

la interrompo e la interrogo su altre occasioni nelle quali si fosse trattato di pazzi. Racconta che sua madre stessa fu per qualche tempo in manicomio. Avevano avuto una volta una serva, la cui padrona era stata in manicomio per molto tempo e che soleva raccontarle cose orribili, di come i pazienti là venissero legati alle sedie, picchiati, eccetera. Mentre parla, le mani le si torcono in un crampo per l'orrore, vede tutto davanti ai suoi occhi. Mi sforzo di correggere le sue idee sui manicomi, le assicuro che sarebbe diventata capace di sentirne parlare senza avvertire un riferimento a sé stessa, e con questo il suo volto si distende.

Prosegue nella narrazione dei suoi ricordi spaventosi. Come (a quindici anni) trovò distesa per terra, colpita da un attacco apoplettico, sua madre (la quale poi visse ancora quattro anni) e come, a diciannove anni, un giorno rincasando trovò la madre morta, col volto contratto. Naturalmente mi riesce piú difficile affievolire questi ricordi; dopo una spiegazione alquanto prolungata, le assicuro che anche questa immagine le apparirà solo confusa e sbiadita. Mi racconta poi anche che a diciannove anni, sollevando un sasso, vi aveva trovato sotto un rospo e per questo era rimasta privata dell'uso della parola per piú ore.[1]

Mi rendo conto in questa ipnosi che ella sa tutto ciò che era occorso nell'ipnosi precedente, mentre da sveglia non ne sa nulla.

10 maggio mattina. Oggi per la prima volta invece di un bagno caldo ha fatto un bagno di crusca. La trovo con il viso corrugato, di malumore, le mani avvolte in uno scialle, e si lamenta di freddo e di dolori. Alla domanda che cosa abbia, risponde che nella vasca corta era stata seduta scomoda e ciò le aveva causato dolori. Durante il massaggio comincia a dire che è mortificata per la sua indiscrezione del giorno precedente riguardo al dottor Breuer; io la calmo con la pietosa bugia di aver saputo la cosa fin da principio, e con questo la sua eccitazione (schiocco, contrattura facciale) viene abolita. Cosí, ogni volta, già durante il massaggio, la mia influenza agisce: essa diventa piú calma e piú lucida e trova anche senza interrogazione ipnotica i motivi del suo occasionale malumore. Anche la conversazione che ha con me durante il massaggio non è tanto vacua quanto sembra; contiene, anzi, la riproduzione pressoché completa dei ri-

[1] Al rospo doveva certamente connettersi un particolare simbolismo, che purtroppo non ho cercato di esaminare a fondo.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cordi e delle nuove impressioni che hanno influito su di lei dopo il nostro ultimo colloquio, e spesso, in modo del tutto inatteso, sfocia in reminiscenze patogene, di cui si libera parlandone senza esserne richiesta. È come se si fosse appropriata del mio procedimento, utilizzando la conversazione apparentemente spontanea e guidata dal caso, quale complemento dell'ipnosi.[1] Cosí, per esempio, oggi viene a parlare della sua famiglia e, attraverso vari giri del discorso, comincia a narrare la storia di un cugino, debole di mente, un tipo bizzarro, cui i genitori avevano fatto strappare tutti i denti in una sola volta, accompagnando questo racconto con gesti d'orrore e ripetendo piú volte la sua formula protettiva ("Stia zitto! non parli! non mi tocchi!"). Poi i suoi tratti si distendono, è rasserenata. Cosí il suo comportamento vigile è sempre guidato da quelle esperienze fatte durante il sonnambulismo, di cui, nella veglia, crede di non sapere nulla.

Nell'ipnosi ripeto la domanda su ciò che l'ha indisposta e ricevo le medesime risposte, ma in ordine inverso: 1) l'indiscrezione di ieri; 2) i dolori per la posizione scomoda nel semicupio. Chiedo oggi che cosa significhi la frase: "Stia zitto!" ecc. Mi spiega che quando ha pensieri ansiosi, teme d'essere interrotta nel loro corso, perché allora tutto si confonde ed è ancora peggio. Lo "Stia zitto!" si riferirebbe al fatto che le figure di animali, che le appaiono quando il suo stato peggiora, si mettono in moto e si avventano su di lei quando qualcuno davanti a lei fa un movimento. Infine l'espressione: "Non mi tocchi!" deriverebbe dalle seguenti esperienze: quando suo fratello era tanto malato per la molta morfina ed aveva attacchi cosí orrendi (lei aveva diciannove anni), l'aveva spesso afferrata all'improvviso; un'altra volta, un conoscente era impazzito tutt'a un tratto in casa sua e l'aveva ghermita al braccio (vi era anche un terzo caso simile di cui però non si ricorda abbastanza bene); infine, quando la sua piccola era stata molto malata (a ventotto anni), l'avrebbe avvinghiata nel delirio con tanta veemenza da soffocarla quasi. Questi quattro casi – pur molto distanziati tra loro nel tempo – sono stati da lei narrati di seguito e cosí rapidamente come se costituissero un evento singolo, in quattro atti. Tutte le sue comunicazioni di traumi, disposti in gruppi come questi, iniziano con un "come", mentre i singoli traumi parziali sono collegati tra loro con "e". Resomi conto che la formula protettiva è destinata a salvaguardarla dal ritorno di

[1] [È questa, forse, la prima volta in cui appare il metodo delle associazioni libere.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

esperienze analoghe, le tolgo tale timore con la suggestione, ed effettivamente non ho piú udito da lei quella formula.

Sera. La trovo molto serena. Racconta ridendo di essersi spaventata in giardino, per un cagnolino che le aveva abbaiato contro. Ha il volto lievemente contratto, tuttavia presenta un'eccitazione interiore che scompare solo dopo avermi domandato se me l'ero presa a male per un'osservazione da lei fatta durante il massaggio mattutino, e dopo che io ho detto di no. Le regole sono ricomparse oggi dopo un intervallo di soli quattordici giorni. Le prometto una regolarizzazione mediante suggestione ipnotica e prescrivo nell'ipnosi un intervallo di ventotto giorni.[1]

Nell'ipnosi le chiedo inoltre se si ricorda ciò che mi ha raccontato da ultimo, pensavo a questo riguardo a un compito che ci era rimasto da ieri sera, ma tuttavia, correttamente, lei comincia col "Non mi tocchi!" dell'ipnosi di questa mattina. La riconduco allora al tema di ieri. Avevo domandato da dove provenisse la balbuzie ed avevo ricevuto la risposta: "Non lo so."[2] Le avevo perciò chiesto di farselo tornare in mente per l'ipnosi odierna. Oggi, dunque, risponde senza tanto riflettere ma con una grande eccitazione e con l'eloquio reso difficile da contrazioni spastiche: "Una volta, i cavalli che tiravano la carrozza in cui stavano le bambine si imbizzarrirono, e un'altra volta, mentre attraversavo il bosco in carrozza con le bambine durante un temporale, il fulmine colpí proprio un albero davanti ai cavalli e questi si adombrarono e io pensai: 'Adesso devi startene quieta, se no con le tue grida spaventi i cavalli ancora di piú e il cocchiere non riesce piú a trattenerli.' È da allora che è cominciato." Questo racconto l'ha eccitata enormemente; vengo a sapere che la balbuzie si era manifestata subito dopo la prima delle due occasioni, ma era scomparsa dopo breve tempo, per rimanere poi costante dopo la seconda occasione analoga. Io elimino la memoria plastica di queste scene, la invito però a rappresentarsele ancora una volta. Pare che lei si sforzi pur rimanendosene tranquilla; e da quel momento in poi, nell'ipnosi, parla senza quei particolari intoppi spastici.[3]

[1] Quale si ebbe poi effettivamente.

[2] La risposta: "Non lo so" poteva essere esatta, ma poteva anche significare scarsa volontà di parlare dei motivi. In seguito, con altri malati, ho fatto l'esperienza che, pure nell'ipnosi, i pazienti si ricordano tanto piú difficilmente di una cosa, quanto maggiore è stato il loro sforzo per rimuovere dalla coscienza il fatto stesso.

[3] Come qui si apprende, lo schioccare a guisa di tic e la balbuzie spastica della paziente sono due sintomi che risalgono a occasioni fra loro simili e a un meccanismo analogo. Ho considerato questo meccanismo in un piccolo lavoro: *Un caso di guarigione ipnotica* (1892) [pp. 126 sgg.]; ritornerò del resto anche qui sull'argomento [pp. 250 sgg.].

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Trovandola disposta a darmi chiarimenti, le domando anche quali eventi della sua vita l'abbiano pure spaventata a tal punto da fargliene conservare un ricordo plastico. Risponde elencandone una serie: [1] Come, un anno dopo la morte di sua madre, si trovasse presso una sua amica francese e venisse mandata con un'altra fanciulla nella stanza attigua a prendere un'enciclopedia e allora avesse visto là seduta sul letto una persona dall'aspetto identico a quella che aveva appena lasciato. Rimase come impietrita. In seguito sentí dire che era un pupazzo appositamente preparato. Io le spiego che questa apparizione era un'allucinazione, la invito a rendersene conto, e il suo volto si distende. [2] Aveva assistito il fratello ammalato, che a causa della morfina aveva cosí orribili attacchi, durante i quali la spaventava e l'afferrava. Mi accorgo che aveva parlato di questa esperienza già nella stessa mattina, e come prova quindi le chiedo in quali altre occasioni fosse capitato questo "sentirsi afferrata". Con mia gradita sorpresa questa volta riflette a lungo prima di rispondere e infine domanda incerta: "La piccola?" Delle altre due occasioni (vedi p. 220) non si ricorda affatto. Il mio divieto, la cancellazione del ricordo, ha dunque avuto effetto. E ancora, [3] mentre assisteva il fratello, tutt'a un tratto oltre il paravento apparve la pallida testa della zia, venuta a convertirlo alla fede cattolica.

Mi accorgo di essere cosí arrivato alla radice del suo costante timore delle sorprese e chiedo quando ne abbia avuto delle altre. Narra come a casa avessero un amico al quale piaceva introdursi nella stanza di soppiatto, per poi mostrarsi di colpo; come dopo la morte della mamma si fosse ammalata abbastanza gravemente, e si fosse recata in una stazione termale dove un'ammalata di mente, piú volte, era venuta di notte per errore, nella sua stanza e fino al suo letto; e infine come durante il viaggio da Abbazia a qui un estraneo per quattro volte avesse improvvisamente aperto la porta del suo scompartimento, fissandola ogni volta. Se ne era tanto spaventata che aveva chiamato il controllore.

Cancello tutti questi ricordi, la sveglio e le assicuro che questa notte avrebbe dormito bene, dato che avevo omesso di darle la suggestione corrispondente durante l'ipnosi. Una prova del miglioramento del suo stato generale è data dalla sua osservazione di non aver letto nulla quel giorno, di vivere come in un sogno felice, proprio lei, che in genere, per l'interiore inquietudine, era sempre costretta a fare qualche cosa.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

11 maggio mattina. Per oggi è previsto l'incontro col ginecologo dottor N., che deve visitare la figlia maggiore per disturbi mestruali. Trovo la signora Emmy abbastanza inquieta; la sua inquietudine però si manifesta ora fisicamente con espressioni piú blande di prima; di tanto in tanto inoltre esclama: "Ho paura, tanta paura, credo che dovrò morire." Le chiedo di che cosa abbia paura, forse del dottor N.? Dice di non saperlo, ha solo paura. Nell'ipnosi che effettuo prima ancora dell'arrivo del collega, confessa il timore di avermi offeso ieri durante il massaggio con una frase che le sembra scortese. Teme inoltre ogni cosa nuova, dunque anche il nuovo dottore. Si lascia calmare, trasalisce un paio di volte davanti al dottor N., ma per il resto si comporta bene, non è ostacolata nel parlare e non schiocca la lingua. Dopo che il ginecologo è partito, la metto nuovamente in ipnosi per eliminare eventuali residui dell'eccitazione dovuta alla sua visita. Lei stessa è molto contenta del proprio comportamento, ripone molta fiducia in lui, e io cerco di mostrarle con questo esempio che non occorre temere il nuovo, giacché esso racchiude in sé anche il bene.[1]

Sera. È molto allegra e si libera di molte preoccupazioni nella conversazione precedente l'ipnosi. Nell'ipnosi chiedo quale evento della sua vita abbia esercitato l'effetto piú profondo e compaia piú frequentemente in lei come ricordo. – La morte del marito. – Mi faccio raccontare questo evento in tutti i particolari, ciò che fa con i segni della piú profonda commozione, ma senza affatto schioccare la lingua né balbettare: – Come in una località della Riviera che piaceva molto a entrambi essi fossero passati una volta per un ponte ed egli, colto da un crampo al cuore, fosse improvvisamente caduto a terra restando per alcuni minuti come privo di vita, ma poi, ripresosi, si era rialzato. Come, poco tempo dopo, mentre era a letto con la figlia minore neonata, il marito, che stava facendo colazione seduto a un tavolino posto davanti al letto, leggendo il giornale, repentinamente si fosse alzato guardandola in un modo assai strano, avesse fatto alcuni passi e fosse poi caduto sul pavimento, morto. Lei era balzata fuori dal letto; i medici accorsi avevano fatto vari tentativi per richiamarlo in vita, mentre lei stava in ascolto nell'altra stanza. Ma tutto era stato inutile. E, continua poi, come la bambina di poche settimane, si fosse ammalata gravemente, rima-

[1] Tutte queste suggestioni didattiche rimasero senza efficacia con la signora Emmy, come risultò in seguito.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nendo malata per sei mesi, mentre lei stessa era costretta a letto con febbre alta. – E ora seguono in ordine cronologico le sue accuse contro questa bambina, accuse espresse in fretta con espressione rabbiosa del volto, come di chi parla di una persona che non si sopporta piú. Questa bambina era stata per tanto tempo assai strana, gridava sempre e non dormiva, le era venuta una paralisi alla gamba sinistra, e sembrava che non ci fosse quasi speranza di guarigione; a quattro anni aveva avuto visioni; aveva cominciato a camminare e a parlare tardi, tanto che per molto tempo la si credeva un'idiota; secondo i medici aveva avuto l'encefalite e la mielite e chissà cos'altro ancora. A questo punto la interrompo, le faccio presente che questa stessa figlia attualmente è normale e fiorente e le tolgo la possibilità di rivedere tutte queste tristi cose cancellando non solo il ricordo plastico, ma eliminandone ogni reminiscenza dalla sua memoria, come se non vi fosse mai stata. Le prometto in base a ciò la fine di quella aspettazione di disgrazie che costantemente la tormenta, come purè dei dolori in tutto il corpo, di cui si era lamentata proprio durante l'intera narrazione, mentre da piú giorni non se ne era fatta parola.[1]

Con mia sorpresa, immediatamente dopo questa mia suggestione comincia a discorrere del principe L., della cui fuga dal manicomio si faceva allora un gran parlare. Tira fuori nuove immagini angosciose riguardanti i manicomi, dove la gente verrebbe trattata con docce ghiacciate sulla testa, e dove metterebbero le persone in un apparecchio facendole girare finché non si calmano. Tre giorni prima, quando per la prima volta aveva manifestato il timore del manicomio, l'avevo interrotta dopo la prima narrazione, riguardante i malati che là verrebbero legati alle sedie. Mi accorgo che in tal modo non ottengo nulla e che non posso comunque esimermi dall'ascoltarla su ogni argomento sino alla fine. Dopo questo supplemento, le tolgo anche le nuove immagini d'orrore, faccio appello alla sua comprensione e la invito a credere piuttosto a me che non a quella stupida ragazza da cui le provengono queste terribili storie sulla vita nei

[1] Questa volta probabilmente andai troppo oltre con la mia energia. Ancora un anno e mezzo dopo, quando rividi la signora Emmy in stato di salute relativamente buono, si lamentò con me dello strano fatto per cui riusciva a ricordarsi soltanto in modo estremamente impreciso di alcuni elementi molto importanti della sua vita [p. 244] e considerava questo fatto una prova della diminuzione della sua memoria, mentre io dovetti astenermi dal darle spiegazione di questa speciale amnesia. Il successo completo della terapia in questo particolare punto derivava probabilmente anche dal fatto che mi ero fatto raccontare il ricordo in modo assai minuzioso (molto piú minuzioso di quanto sia conservato negli appunti), mentre di solito io mi accontentavo troppo spesso di semplici accenni.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

manicomi. Dato che durante questo rinnovarsi dei ricordi mi accorgo però che essa occasionalmente balbetta un po', le chiedo di nuovo da dove la balbuzie provenga. Nessuna risposta. – "Non lo sa?" – "No." – "E perché no?" – "Perché? Perché non mi è lecito" (questa risposta è espressa in modo veemente e rabbioso). Credo di ravvisare in questa frase un successo della mia suggestione, invece mi esprime il desiderio di essere svegliata dall'ipnosi, e io la accontento.[1]

12 maggio [*mattina*]. Contro la mia aspettativa, ha dormito poco e male. La trovo in grande angoscia, pur senza gli abituali sintomi fisici. Non vuol dire che cosa ha, soltanto che ha fatto brutti sogni e continua a vedere le stesse cose. "Che cosa orribile, se quelli diventassero vivi." Durante il massaggio si libera un po' con domande, indi si rasserena, racconta delle persone che praticano la sua casa di vedova sul Baltico, degli uomini importanti della città vicina che essa suole invitare come ospiti, eccetera.

Ipnosi. Ha fatto sogni terribili, le gambe e gli schienali delle sedie erano altrettanti serpenti, un mostro la beccava col suo becco d'avvoltoio rosicchiandola in tutto il corpo, altri animali selvaggi le sono saltati addosso, e cosí via. Poi passa subito ad altri deliri di animali, che però distingue col commento: "Questo era vero" (non un sogno). Come (una volta, in passato) avesse voluto afferrare un gomitolo di lana e quello era un topo ed era scappato via, come, durante una passeggiata, un grande rospo tutto a un tratto le fosse saltato addosso, eccetera. Mi accorgo che il mio divieto generico non ha fruttato nulla e che io devo eliminarle queste impressioni angosciose una per una.[2] Sono quindi riuscito in qualche modo a domandarle perché le fossero venuti anche i dolori allo stomaco e da dove questi provenissero. Credo che i dolori di stomaco accompagnassero

[1] Compresi questa piccola scena soltanto il giorno seguente. La sua natura ribelle, che, tanto nella veglia che nel sonno artificiale, si inalberava di fronte a ogni costrizione, l'aveva fatta adirare perché avevo considerato conchiusa la sua narrazione, e l'avevo interrotta con la mia suggestione finale. Posseggo molte altre prove del fatto che, nella sua coscienza ipnotica, sorvegliava criticamente il mio lavoro. Probabilmente avrebbe voluto rimproverarmi di averla disturbata, quel giorno, nel racconto, cosí come prima l'avevo disturbata a proposito degli orrori del manicomio, ma non osò farlo e comunicò queste aggiunte [sui manicomi] con apparente spontaneità, senza tradire il processo ideativo che le collegava. Il giorno seguente una sua osservazione critica mi fece comprendere il mio sbaglio.

[2] Purtroppo, in questo caso, ho trascurato di indagare sul significato della zoopsia, cercando per esempio di distinguere ciò che nella sua paura degli animali fosse orrore primario, quale si verifica in molti nevrotici fin dalla giovinezza, da ciò che era simbolismo.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

in lei ogni attacco di zoopsia. La sua risposta abbastanza reticente è di non saperlo. E avendola io incaricata di ricordarsene per il giorno dopo, in modo decisamente secco mi dice di non domandarle sempre da dove vengano questo e quello, ma di lasciarla raccontare quel che ha da dirmi. Acconsento, ed ella prosegue senza preamboli: "Quando lo hanno portato fuori, non potevo credere che fosse morto" (dunque parla di nuovo del marito, e riconosco ora che il suo malumore proviene dalla sofferenza connessa alla prosecuzione di questa storia rimasta interrotta). E poi, per tre anni, ella ha odiato la figlia dicendo sempre a sé stessa che avrebbe potuto curare e far guarire il marito se non fosse stata a letto per colpa della bambina. E poi, dopo la morte del marito, non aveva avuto che mortificazioni e agitazioni. I parenti di lui, che erano sempre stati contrari al matrimonio e che poi si erano infuriati di vederli felici insieme, avrebbero sparso la voce che fosse stata lei ad avvelenarlo, per cui volevano promuovere un'inchiesta. A mezzo di un odioso "azzeccagarbugli" i parenti l'avrebbero perseguitata con ogni specie di processi. Quella canaglia mandava in giro agenti per sparlare di lei, faceva pubblicare articoli diffamatori contro di lei nei giornali locali e gliene mandava poi i ritagli. Da lí provenivano il suo desiderio di isolamento e la sua fobia per tutte le persone estranee. Dopo le parole tranquillizzanti che faccio seguire alla sua narrazione, dichiara di sentirsi sollevata.

13 maggio [*mattina*]. Nuovamente ha dormito poco per i dolori allo stomaco, il giorno prima non ha cenato, si lamenta anche di dolori al braccio destro. L'umore però è buono, è serena e da ieri mi tratta con particolare riguardo. Mi chiede il mio giudizio sulle cose piú svariate che le sembrano importanti e si eccita in misura sproporzionata quando, per esempio, devo cercare i panni che occorrono per il massaggio ecc.; si manifestano frequentemente lo schioccare della lingua e il tic facciale.

Ipnosi. La sera prima si è ricordata di colpo la ragione per la quale gli animaletti, che vede, assumono proporzioni cosí gigantesche. Ciò le era accaduto per la prima volta in uno spettacolo teatrale a D., dove sul palcoscenico c'era un lucertolone di proporzioni enormi. Tale ricordo infatti l'aveva torturata molto anche il giorno prima.[1]

[1] L'elemento mnestico visivo del lucertolone aveva certo potuto acquistare questa importanza solo grazie alla coincidenza nel tempo con una grande emozione, che deve

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il ritorno dello schioccare proverrebbe dal fatto che il giorno precedente aveva avuto dolori addominali e si era sforzata di non rivelarli gemendo. Del vero motivo dello schioccare (vedi p. 218) non sa nulla. Ricorda anche che le avevo dato il compito di scoprire da dove provenissero i dolori allo stomaco, ma dice di non saperlo, e mi prega di aiutarla. Le chiedo se per caso una volta non si fosse costretta a mangiare dopo grandi agitazioni. I fatti corrispondono. Dopo la morte del marito, per tutto un lungo periodo, non aveva avuto alcuna voglia di mangiare, mangiava solo per senso di dovere, e cominciarono effettivamente allora i dolori allo stomaco. A questo punto la libero dai dolori allo stomaco passando alcune volte la mano sopra l'epigastrio. Ed ecco che comincia spontaneamente a parlare di ciò che l'ha maggiormente afflitta: "Ho detto di non aver amato la piccola. Devo però aggiungere che dal mio comportamento non lo si poteva capire. Ho fatto tutto quel che era necessario. Anche adesso mi rimprovero di preferire la maggiore."

14 maggio [*mattina*]. Sta bene ed è serena, ha dormito fino alle sette e mezza del mattino, si lamenta solo di alcuni dolori nella regione radiale della mano e di dolori di testa e al volto. La conversazione che precede l'ipnosi va acquistando sempre maggiore importanza. Oggi non ha quasi nulla di orribile da raccontare. Si lamenta di dolori e di insensibilità alla gamba destra, racconta che nel 1871 ha avuto un'infiammazione addominale e poi che, appena convalescente, aveva assistito il fratello malato e le erano venuti allora i dolori che temporaneamente le avevano provocato anche una paralisi del piede destro.

Nell'ipnosi le domando se ora le sarà già possibile di muoversi fra la gente o se prevale ancora la paura. Dice che le è ancora sgradevole che qualcuno stia dietro di lei o molto vicino, e narra a tale proposito altri casi di sorprese spiacevoli dovute a persone che comparivano improvvisamente. Cosí una volta quando a Rügen[1] fece una passeggiata con le figlie, due individui dall'atteggiamento sospetto uscirono da dietro un cespuglio e le insultarono. Ad Abbazia, nel

aver provato durante quella rappresentazione teatrale. Nella terapia di questa paziente però, come ho già confessato [note pp. 219 e 225], spesso mi sono accontentato solo di mezzi superficiali e anche in questo caso non ho proceduto piú a fondo. Del resto ci si ricordi della macropsia isterica. La signora Emmy era fortemente miope ed astigmatica e le sue allucinazioni potevano essere spesso provocate dalla scarsa nitidezza delle sue percezioni visive.

[1] [Isola nel Baltico.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

corso di una passeggiata serale, tutto a un tratto un accattone era apparso dietro una roccia e si era poi inginocchiato davanti a lei. Pare si trattasse di un mentecatto innocuo; racconta inoltre di una rapina notturna nel suo castello situato in luogo isolato, che l'aveva molto spaventata. È facile tuttavia accorgersi che questo timore della gente risale sostanzialmente alle persecuzioni a cui era stata esposta dopo la morte del marito.[1]

Sera. Apparentemente molto serena, mi riceve però con l'esclamazione: "Muoio dalla paura, oh, quasi non glielo posso dire, mi odio." Apprendo infine che il dottor Breuer era venuto a trovarla e che al suo apparire era trasalita. Quando egli se ne accorse, gli aveva detto, per rassicurarlo: "Soltanto questa volta", e per un riguardo a me le era assai rincresciuto di non essere riuscita a nascondere questo residuo dell'antica paura! Ho avuto del resto l'occasione in questi giorni di notare quanto fosse severa con sé stessa, pronta a farsi un grave rimprovero per le piú piccole negligenze: perché, ad esempio, le pezze per il massaggio non erano al loro posto, perché il giornale che dovevo leggere mentre lei dormiva non era preparato bene in vista. Dopo che il primo strato piú superficiale di reminiscenze tormentose è stato eliminato, compare la sua personalità moralmente ipersensibile, incline all'autodiminuzione; tanto nella veglia che nell'ipnosi io le suggerisco, parafrasando l'antico detto "*minima non curat praetor*", che fra il bene e il male vi è un vasto gruppo di piccole cose indifferenti, delle quali nessuno deve rimproverarsi. Credo che accogliesse tali insegnamenti non molto meglio di quanto avrebbe fatto un monaco ascetico del medioevo, il quale vede in ogni minima esperienza che lo riguardi il dito di Dio e la tentazione del diavolo ed è incapace di rappresentarsi il mondo, anche solo per un breve istante e in qualche suo piccolo angolo, privo di rapporti con la sua persona.

Nell'ipnosi porta alcune aggiunte alle immagini terrificanti (ad esempio, ad Abbazia, la visione di teste sanguinanti su ogni onda). Mi faccio ripetere gli insegnamenti che le ho impartito nella veglia.

15 maggio [*mattina*]. Ha dormito fino alle nove e mezza, ma è diventata irrequieta verso mattina e mi riceve con lieve tic, schioccare di lingua e qualche inibizione nella parola. "Muoio dalla paura."

[1] Ero incline allora a presumere per tutti i sintomi in un'isteria, un'origine *psichica*. Oggi spiegherei la tendenza all'angoscia in questa donna che viveva in astinenza, come *nevrotica* (nevrosi d'angoscia).

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Interrogata, racconta che la pensione nella quale sono qui sistemate le figlie, si trova al quarto piano e si raggiunge con l'ascensore. Il giorno prima aveva espresso il desiderio che le figlie utilizzassero questo ascensore anche per la discesa e adesso si rimprovera perché l'ascensore non è del tutto sicuro. Lo ha detto il padrone stesso della pensione. Sapevo la storia della contessa Sch. morta a Roma per un incidente del genere? Ma io conosco la pensione e so che l'ascensore è considerato dal proprietario come una propria esclusività; non mi sembra possibile che quest'uomo, che si vanta di quell'ascensore in un'inserzione pubblicitaria, abbia potuto mettere in guardia qualcuno contro il suo uso. Ritengo si tratti di un falso ricordo ispirato dalla paura; le comunico la mia opinione e la induco senza fatica a ridere lei stessa per la inverosimiglianza del suo timore. Proprio per questo non posso credere che questa sia stata la causa originaria della sua paura e mi propongo di porre la domanda alla sua coscienza ipnotica. Durante il massaggio, che oggi riprendo dopo un'interruzione di piú giorni, narra alcune storie prive di connessione fra loro, ma che potrebbero anche essere vere; ad esempio, di un rospo rinvenuto in una cantina, di una madre eccentrica che curava il suo bimbo idiota, in una strana maniera; di una donna rinchiusa in un manicomio per uno stato di malinconia, mostrando cosí quali siano i ricordi che le passano per il capo quando è in preda ad uno stato d'animo sgradevole. Dopo che si è liberata da questi racconti, diventa molto allegra, parla della vita nella sua tenuta, delle relazioni che mantiene con uomini eminenti della Russia tedesca e della Germania del nord e mi riesce invero difficile conciliare tale ricchezza di attività con l'idea di una donna cosí gravemente nervosa.

Nell'ipnosi le chiedo poi perché quella mattina fosse cosí irrequieta, e in luogo della preoccupazione per l'ascensore, sento che aveva temuto un ritorno delle mestruazioni che l'avrebbero nuovamente disturbata per il massaggio.[1]

[1] Le cose si erano dunque svolte nel modo seguente: Quando la mattina si era svegliata, si era trovata in stato d'animo ansioso e per spiegare questo stato d'animo era ricorsa alla prima rappresentazione ansiosa che le si era presentata. Il pomeriggio precedente vi era stata una conversazione sull'ascensore nella casa delle figlie. La madre, sempre preoccupata, aveva chiesto alla governante se la figlia maggiore, la quale per ovarialgia destra e per dolori alla gamba destra non poteva camminare molto, usasse l'ascensore anche per la discesa. Un falso ricordo le aveva permesso poi di ricollegare la propria angoscia, di cui era consapevole, alla rappresentazione di quell'ascensore. Il vero motivo della sua angoscia, nella sua coscienza non lo aveva trovato; esso apparve soltanto, ma in compenso senza esitazione alcuna, quando glielo domandai nell'ipnosi. Era lo stesso processo che Bernheim e altri dopo di lui studiarono nelle persone che effettuano una

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Mi faccio inoltre raccontare la storia dei suoi dolori alla gamba. L'inizio è lo stesso del giorno prima, poi segue una lunga serie di vicende penose ed estenuanti, relative all'epoca in cui questi dolori alla gamba erano sorti, e sotto la cui influenza i dolori stessi si erano aggravati fino a trasformarsi in una paralisi delle due gambe con per-

esecuzione postipnotica di un ordine impartito in ipnosi. Per esempio H. BERNHEIM, *De la suggestion* (Parigi 1886) p. 29, aveva suggerito a un paziente di mettersi in bocca entrambi i pollici. Il paziente eseguisce l'azione, e si scusa col dire che per effetto di un morso datosi il giorno prima durante un attacco epilettiforme aveva un dolore nella lingua. Una fanciulla, obbedendo a una suggestione, tenta un'aggressione omicida contro un ufficiale giudiziario che le è completamente sconosciuto; presa e interrogata circa i motivi del suo atto, inventa una storia di un'offesa arrecatale e di cui doveva vendicarsi. Pare che vi sia un bisogno di stabilire un legame causale tra i fenomeni psichici, di cui si acquista coscienza, e altre cose coscienti. Quando la causa vera si sottrae alla percezione da parte della coscienza, si tenta senza esitazione un altro nesso a cui, benché sia falso, si presta fiducia. È chiaro che una scissione del contenuto della coscienza debba favorire moltissimo questi "falsi nessi". [Vedi oltre pp. 437 sg.]

Voglio indugiare un po' di piú sull'esempio di falso nesso su riferito, perché merita di essere considerato come un modello per piú di un riguardo. Esso è anzitutto un modello per il comportamento di questa paziente, che nel corso del trattamento mi diede ancora ripetutamente occasione di sciogliere, per mezzo del chiarimento ipnotico, falsi nessi di questo tipo, eliminando gli effetti che ne derivavano. Voglio narrare per esteso un caso di questo genere perché esso getta una luce abbastanza chiara su questo fenomeno psicologico. Avevo proposto alla signora Emmy di tentare, in luogo dei bagni tiepidi abituali, un semicupio freddo, promettendole un maggiore beneficio. Essa eseguiva le prescrizioni del medico con obbedienza assoluta ma ogni volta con la massima diffidenza. Ho già riferito che il trattamento medico non le aveva quasi mai portato sollievo. La mia proposta di fare dei bagni freddi non fu fatta in modo cosí autoritario da impedirle di trovare il coraggio di esprimermi le sue obiezioni: "Ogni volta che ho fatto bagni freddi, sono stata malinconica per tutto il giorno. Ma tenterò nuovamente se Lei proprio *vuole*; non creda che io non faccia qualcosa che Lei mi dice." Finsi di rinunciare alla mia proposta, ma le suggerii nella ipnosi successiva di proporre lei stessa i bagni freddi, come se ci avesse ripensato, e volesse fare ancora questo tentativo, ecc. Cosí fu, riprese lei stessa il giorno successivo l'idea di ricorrere a semicupi freddi, cercò di guadagnarmi all'idea con tutti gli argomenti che io stesso le avevo esposto, ed io acconsentii con indifferenza. Il giorno successivo al semicupio la trovai però realmente in uno stato di profonda depressione. "Perché è cosí oggi?" — "Lo sapevo già prima. Col bagno freddo, è sempre cosí." — "Ma l'ha chiesto Lei stessa. Adesso sappiamo che Lei proprio non lo sopporta. Ritorniamo dunque ai bagni tiepidi." Nell'ipnosi poi le chiesi: "È stato veramente il bagno freddo, che l'ha cosí depressa?" — "Ah, il bagno freddo non ha niente a che fare", fu la risposta, "ma stamattina ho letto nel giornale che è scoppiata una rivoluzione a San Domingo. Quando là ci sono torbidi, se la prendono sempre con i bianchi; e io ho a San Domingo un fratello che ci ha già procurato tante preoccupazioni e ora ho paura che gli succeda qualche cosa." Con ciò la faccenda fra noi rimase sistemata; la mattina seguente fece il suo semicupio freddo come se fosse la cosa piú naturale e continuò a farlo per piú settimane, senza mai considerarlo responsabile di un suo malumore.

Mi si concederà senz'altro che questo esempio è tipico anche per il comportamento di tanti altri nevrotici contro la terapia consigliata dal medico. Che a provocare un dato giorno un determinato sintomo siano i torbidi verificatisi a San Domingo oppure altrove, il paziente è sempre incline ad attribuire quel sintomo all'ultimo influsso esercitato dal medico. Delle due condizioni richieste per il verificarsi di un falso nesso di questo genere, una, la diffidenza, pare sussista sempre; l'altra, la scissione della coscienza, viene sostituita dalla circostanza che per lo piú i nevropatici o non hanno alcuna conoscenza delle cause reali (o per lo meno delle cause occasionali) della loro malattia, o intenzio-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

dita della sensibilità. In modo simile era accaduto per i dolori alle braccia, che pure erano cominciati durante un'assistenza a persona malata, congiuntamente ai crampi alla nuca. Circa i "crampi alla nuca" vengo a sapere solo quanto segue: hanno dato il cambio a strani stati di irrequietezza con malumore, preesistenti, e consistono

nalmente non vogliono prendere conoscenza, perché si ricordano malvolentieri della loro parte di responsabilità.

Si potrebbe pensare che le condizioni psichiche rilevate nei nevropatici, non isterici, e costituite dall'ignoranza o dall'intenzionale trascuranza, debbano essere piú favorevoli, per il formarsi di un falso nesso, che non la presenza di una scissione della coscienza, la quale infatti sottrae alla coscienza una parte di materiale per nessi causali. Tale scissione tuttavia raramente è netta; perlopiú frammenti del complesso di rappresentazioni subconsce [vedi p. 141, n. 2, e p. 210n.] penetrano nella coscienza ordinaria, e proprio questi dànno luogo a tali disturbi. Di solito, è lo stato d'animo generale, collegato al complesso, il senso d'angoscia, della tristezza, ad essere percepito coscientemente, come nell'esempio su riportato, ed è per esso che con una sorta di "coazione ad associare" si deve stabilire un legame con un complesso di rappresentazioni presente nella coscienza. (Vedi del resto il meccanismo della rappresentazione ossessiva, che ho delineato in *Le neuropsicosi da difesa*, 1894; vedi anche *Ossessioni e fobie*, 1894.)

Della potenza di una siffatta coazione ad associare potei convincermi recentemente con osservazioni in altro campo. Per piú settimane ho dovuto alternare il mio letto abituale con un giaciglio piú duro, sul quale verosimilmente sognavo di piú, o piú vivacemente, o forse solo non potevo raggiungere la normale profondità del sonno. Nel primo quarto d'ora dopo il risveglio sapevo tutti i sogni della notte e mi sforzavo di trascriverli tentando di interpretarli. Riuscii a ricondurre tutti questi sogni a due fattori: 1) il bisogno di elaborare quelle rappresentazioni sulle quali durante il giorno mi ero solo fugacemente soffermato e che erano state solo sfiorate in modo non esauriente, e 2) la coazione a stabilire dei nessi fra le cose che si erano presentate durante lo stesso stato di coscienza. Alla libera azione di quest'ultimo fattore dovevano ricondursi la insensatezza e il carattere contraddittorio dei sogni.

Che lo stato d'animo connesso a un'esperienza vissuta e il contenuto del fatto stesso potessero normalmente assumere una relazione diversa rispetto alla coscienza primaria, ho potuto costatare in un'altra paziente, la signora Cäcilie M., che ho potuto conoscere in un modo assai piú approfondito che non qualsiasi altra paziente qui citata. Con questa signora ho raccolto le prove piú numerose e piú convincenti per quel meccanismo dei fenomeni isterici che viene espresso nel presente lavoro; ma purtroppo circostanze personali mi impediscono di comunicare per esteso la storia di questa malata, alla quale qui voglio riferirmi. La signora Cäcilie M. si trovava da ultimo in uno strano stato isterico, che certamente non costituisce un caso isolato, benché io non sappia se sia mai stato riconosciuto. Lo si potrebbe definire una "psicosi isterica di estinzione". La paziente aveva subito numerosi traumi psichici e aveva presentato per lunghi anni un'isteria cronica con manifestazioni assai diverse. Le cause di tutti quegli stati erano ignote a lei e agli altri, la sua memoria brillantemente dotata presentava le lacune piú sorprendenti; lei stessa si lagnava che la sua vita le si era ridotta a brandelli. Un giorno repentinamente irruppe in lei con plastica evidenza, e con tutta la freschezza di una sensazione nuova, una vecchia reminiscenza; e da allora essa rivisse per quasi tre anni tutti i traumi della sua vita — ritenuti da gran tempo dimenticati e alcuni dei quali nemmeno veramente mai ricordati — con una spaventosa ricchezza di sofferenze e col ritorno di tutti i sintomi già avuti. Questa "estinzione di vecchi debiti" occupò un periodo di trentatré anni, e permise di riconoscere per ognuno dei suoi stati la sua determinazione, spesso assai complicata. Le si poteva portare sollievo soltanto offrendole occasione di liberarsi della reminiscenza che in quel momento la stava tormentando, esprimendo verbalmente nell'ipnosi quella reminiscenza con tutto il corredo degli stati d'animo e delle espressioni corporee corrispondenti. E quando io per un mio impedimento non potevo essere presente, cosicché essa era costretta a parlare davanti a una persona di cui aveva soggezione, accadeva talvolta che le narrasse la storia in modo del

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

in una "gelida stretta" alla nuca, con irrigidimento e doloroso senso di freddo in tutte le estremità, incapacità di parlare e prostrazione completa. Durano da sei a dodici ore. I miei tentativi di scoprire reminiscenze dietro questo complesso di sintomi falliscono. Alle domande rivoltele a tale scopo, se l'avesse una volta stretta alla nuca il fratello che assisteva nel delirio, risponde di no; essa non sa da dove provengono questi attacchi.[1]

tutto tranquillo, portando in seguito a me nell'ipnosi tutto il pianto, tutte le manifestazioni della disperazione, con cui propriamente avrebbe voluto accompagnare la narrazione. Dopo aver fatto questa specie di pulizia nell'ipnosi, per alcune ore stava abbastanza bene ed era presente a sé stessa. Dopo breve tempo irrompeva la reminiscenza successiva nella serie, che però veniva preannunciata dallo stato d'animo corrispondente con un anticipo di qualche ora. Diventava irritabile o ansiosa o disperata senza mai sospettare che un tale stato d'animo non apparteneva al presente ma a quella condizione in cui sarebbe piombata fra poco. In questi periodi di transizione, stabiliva sempre dei falsi nessi ai quali rimaneva ostinatamente attaccata fino al momento dell'ipnosi. Cosí per esempio mi ricevette una volta con la domanda: "Non sono una persona abietta? Non è un segno di abiezione, l'averle detto tutto questo, ieri?" Ciò che il giorno prima mi aveva detto, non giustificava in verità per me in alcun modo una tale condanna; dopo breve discussione anche lei comprese questo benissimo, ma l'ipnosi seguente fece apparire una reminiscenza di una circostanza per cui dodici anni prima si era fatta un grave rimprovero, che, del resto, attualmente non considerava piú valido.

[Il penultimo capoverso è il primo abbozzo pubblicato da Freud di una teoria di interpretazione dei sogni. I due fattori ivi indicati avranno un rilievo secondario nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 81-83 (teoria di Robert), 528, 170 sg.]

[1] Riflettendoci sopra in seguito ho pensato che questi "crampi alla nuca" potevano essere degli stati condizionati organicamente, analoghi all'emicrania. Si incontrano nella pratica medica parecchi stati del genere che non sono descritti e che presentano una concordanza cosí evidente col classico attacco di emicrania da indurre a un ampliamento della definizione di quest'ultima, che lasci in seconda linea la localizzazione del dolore. Come è noto, molte donne nevropatiche sogliono combinare insieme l'attacco di emicrania e attacchi isterici (contrazioni e deliri). Ogni volta che rilevavo il crampo alla nuca nella signora Emmy, c'era anche un attacco di delirio.

Per quel che riguarda i dolori alle braccia e alle gambe, penso che si trattasse di un caso, non molto interessante ma tanto piú frequente, di determinazione per coincidenza casuale. Essa aveva avuto dolori del genere all'epoca della agitazione e della assistenza ad altri malati, ne aveva risentito piú fortemente del solito a motivo dell'esaurimento dovuto a stanchezza, e i dolori originariamente associati solo in modo casuale con quelle vicende venivano poi ripetuti nella sua memoria quale simbolo corporeo del complesso delle associazioni. Darò sotto [pp. 326 sg.] parecchi altri esempi che confermano questo processo. Verosimilmente i dolori erano in origine reumatici, vale a dire, per dare un senso determinato a questa parola tanto abusata, dolori risiedenti principalmente nei muscoli; per tali dolori si può costatare una notevole sensibilità alla pressione e modificazione nella consistenza muscolare, ed essi si manifestano piú intensamente dopo prolungato riposo o prolungata fissità dell'arto, cioè al mattino, mentre si attenuano in seguito ad allenamento nel movimento doloroso e si possono far scomparire col massaggio. Tali dolori miogeni, frequentissimi in tutte le persone, acquistano grande importanza nei nevropatici; da questi essi sono ritenuti, con l'aiuto dei medici che non hanno l'abitudine di esaminare i muscoli premendoli col dito, disturbi nervosi, ed essi forniscono il materiale per una quantità indeterminata di nevralgie isteriche, per cosiddette ischialgie, ecc. Dei rapporti fra questo male e la disposizione alla gotta voglio qui dare solo un breve cenno. La madre e due sorelle della mia paziente avevano sofferto in alto grado di gotta (o reumatismo cronico). Una parte dei dolori di cui allora essa si lamentava, poteva essere anche di carattere attuale. Io non lo so; allora non avevo ancora pratica nel giudicare lo stato dei muscoli.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Sera. È molto allegra, mostra un piacevole umorismo. La faccenda dell'ascensore non sarebbe stata affatto come mi aveva detto; si trattava solo di pretesti perché non fosse usato per la discesa. Una quantità di domande, che non hanno nulla di patologico. Ha avuto dolori forti assai penosi al volto, alla mano, lungo il lato del pollice e nella gamba. Si sente rigida e ha dolori facciali quando è rimasta seduta per un certo tempo o quando ha fissato un punto. Il sollevamento di un oggetto pesante le causa dolori al braccio. L'esame della gamba destra mostra una sensibilità abbastanza buona alla coscia, anestesia d'alto grado alla gamba e al piede, e minore nella zona del bacino e nella regione lombare.

Nell'ipnosi dice di avere ancora talvolta rappresentazioni ansiose, ad esempio che possa accadere qualcosa alle figlie, che queste possano ammalarsi o non restare in vita, che un fratello, attualmente in viaggio di nozze, possa subire un incidente, che la sposa di lui possa morire, perché tutti i fratelli hanno avuto matrimoni tanto brevi. Non si riesce a farle esporre altre preoccupazioni. Le rimprovero il bisogno di angosciarsi senza motivo. Promette di non farlo piú "perché lo vuole Lei". Ulteriori suggestioni per i dolori, la gamba, eccetera.

16 maggio [mattina]. Ha dormito bene, si lamenta ancora di dolori alla faccia, alle braccia, alle gambe, è molto serena. L'ipnosi dà scarsissimo risultato. Pennellazione faradica della gamba anestesica.

Sera. Si spaventa subito al mio arrivo. – "Bene, che Lei venga. Sono tanto spaventata." – Con ciò, tutti i segni dell'orrore, balbuzie, tic. Mi faccio dapprima raccontare nella veglia ciò che è accaduto, mentre ella esprime in modo evidente l'orrore con le dita ricurve e le mani protese. – In giardino un sorcio enorme improvvisamente le ha sfiorato la mano ed è poi scomparso; e c'era continuamente qualcosa che la sfiorava scappando da una parte e dall'altra (illusione da un giuoco d'ombre?). Negli alberi stavano tanti sorci. – "Non sente Lei i cavalli che scalpitano nel circo? – Lí vicino un signore geme, credo che abbia dolori dopo l'operazione. – Ma io, sono a Rügen? Ma lí avevo una stufa simile?" – Essa è anche confusa per la folla di pensieri che si incrociano in lei e per lo sforzo di sceverare il presente. Alle domande su cose attuali, per esempio se le figlie fossero lí, non sa rispondere.

Tento di districare questo stato nell'ipnosi.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Ipnosi. "Di che cosa dunque ha avuto paura?" – Essa ripete la storia dei sorci con tutti i segni del terrore; inoltre, quando era passata sulla scala, c'era lí un animale ripugnante che subito era scomparso. Io dichiaro che sono allucinazioni, le vieto il timore dei sorci e le dico che i sorci appaiono solo ai bevitori (che essa aborrisce). Le narro la storia del vescovo Attone,[1] che anche lei conosce e che ascolta con il massimo orrore. – "Come mai le è venuto in mente il circo?" – Essa sente chiaramente come, lí presso, i cavalli scalpitano nelle stalle impigliandosi nelle cavezze, col rischio di farsi del male. Johann di solito in questi casi va fuori e li stacca. Le contesto la prossimità della stalla e il gemito del vicino. Le chiedo se sappia dov'è – Lo sa, ma prima credeva di essere a Rügen. – "Come mai questo ricordo?" – In giardino stavano dicendo che in un certo posto faceva tanto caldo e allora le era tornato in mente la terrazza senz'ombra di Rügen. – "Quali ricordi tristi ha della permanenza a Rügen?" – Ne narra tutta una serie. Lí aveva avuto i piú terribili dolori alle braccia e alle gambe, piú volte in gita era finita nella nebbia cosí da smarrire la strada, due volte era stata inseguita nelle sue passeggiate da un toro, eccetera. – "Come mai ha avuto questo attacco oggi?". – Già, come mai? Ha scritto moltissime lettere, per tre ore, e cosí la testa le si era fatta pesante. – Posso dunque presumere che la stanchezza abbia provocato questo accesso di delirio, il cui contenuto era stato determinato da allusioni come quella del luogo senz'ombra nel giardino, eccetera. Le ripeto tutte le raccomandazioni che soglio darle, e la lascio assopita.

17 *maggio* [*mattina*]. Ha dormito molto bene. Nel bagno di crusca che ha fatto oggi, ha strillato piú volte, perché prendeva la crusca per piccoli vermi. Questo lo so dall'infermiera; lei non lo racconta volentieri, è di un'allegria quasi scatenata, ma si interrompe spesso con strilli di "uh" e smorfie che esprimono il terrore, presenta anche maggior balbuzie che non negli ultimi giorni. Racconta di aver sognato nella notte di camminare su tante sanguisughe. La notte prima aveva avuto sogni orrendi, doveva vestire tanti morti e metterli nella bara, ma non voleva mai mettervi sopra il coperchio (evidentemente una reminiscenza di suo marito, vedi sopra). Narra inoltre che nella vita le era capitata una quantità di avventure con

[1] [Attone, vescovo di Vercelli (c. 885-961), canonista e teologo, morí, secondo la leggenda, divorato dai topi.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

animali; la piú orribile quando un pipistrello rimase prigioniero nel suo armadietto: quella volta era scappata dalla stanza senza vestiti. Suo fratello, per guarirla dalla paura, le regalò una bella spilla in forma di pipistrello; ma lei non era mai riuscita a portarla.

Ipnosi. La sua paura dei vermi proverrebbe dal fatto che una volta le era stato regalato un bel cuscinetto per aghi, dal quale la mattina dopo, quando lo volle adoperare, erano usciti tanti vermetti, perché la crusca adoperata per riempirlo non era del tutto asciutta. (Allucinazione? Forse fatto vero.) Chiedo altre storie di animali. Una volta passeggiando con suo marito in un parco di Pietroburgo, tutto il sentiero fino allo stagno sarebbe stato occupato da rospi, cosicché avevano dovuto tornare indietro. C'erano stati dei periodi in cui non poteva porgere la mano a nessuno per paura che questa si trasformasse in un animale schifoso, come tante volte era veramente accaduto. Cerco di liberarla dalla paura degli animali, passando in rassegna gli animali a uno a uno e domandandole se ne avesse paura. Per gli uni risponde: "No", per altri: "Non devo aver paura."[1] Domando perché oggi e ieri abbia trasalito e balbettato cosí tanto. Dice di farlo sempre quando è tanto impaurita.[2] — Ma perché era stata cosí impaurita ieri? — In giardino le erano venute in mente tante cose che l'opprimevano. Anzitutto come avrebbe potuto impedire che qualcosa si accumulasse nuovamente in lei dopo finita la cura. Le ripeto i tre motivi di consolazione che già le avevo dato nella veglia: 1) nell'insieme è diventata piú sana e resistente; 2) si sarebbe abituata a sfogarsi parlando con qualche persona a lei vicina; 3) tutta una quantità di cose che finora l'avevano oppressa, d'ora in poi sarebbero state da lei considerate indifferenti. Inoltre l'opprimeva il fatto di non avermi ringraziato d'essere venuto il giorno prima ad ora cosí tarda, e di avere temuto che, a causa della sua ultima ricaduta, io avrei perduto la pazienza con lei. Si era molto commossa e angosciata per aver udito il medico della clinica domandare

[1] Non era un buon metodo, quello che io seguivo. Tutto questo era fatto in modo non abbastanza esauriente.

[2] L'aver ricondotto la balbuzie e lo schioccare della lingua ai due traumi iniziali [la malattia della figlia e i cavalli imbizzarriti, vedi p. 218 e p. 221] non li aveva eliminati completamente, anche se si era verificata un'evidente diminuzione dei due sintomi. La spiegazione di questo incompleto successo fu data dalla paziente stessa. Essa si era abituata a schioccare la lingua e a balbettare ogni volta che si spaventava e cosí questi sintomi avevano finito col non dipendere piú soltanto dai traumi iniziali, ma da una lunga catena di ricordi a quelli associati, e che io avevo tralasciato di cancellare. È questo un caso che si verifica abbastanza spesso e che pregiudica ogni volta l'eleganza e la completezza dell'azione terapeutica mediante il metodo catartico.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

in giardino a un signore se si era fatto coraggio per la prossima operazione. La moglie stava seduta vicino a lui, e lei non aveva potuto fare a meno di pensare che questa poteva forse essere l'ultima sera del poveretto. Con quest'ultima comunicazione la depressione pare risolta![1]

Sera. È molto serena e contenta. L'ipnosi non fornisce alcun risultato. Mi occupo del trattamento dei dolori muscolari e cerco di ristabilire la sensibilità della gamba destra, ciò che nell'ipnosi riesce molto facilmente, ma la sensibilità ristabilita è in parte nuovamente perduta dopo il risveglio. Prima che io la lasci, esprime meraviglia di non aver avuto per tanto tempo il crampo alla nuca che soleva in genere manifestarsi prima di ogni temporale.

18 maggio. Stanotte ha dormito come da anni non le era avvenuto, ma dopo il bagno lamenta un senso di freddo alla nuca, contrazioni e dolori nel volto, nelle mani e nei piedi; i suoi tratti sono tesi, le sue mani in posizioni di crampo. L'ipnosi non rivela alcun contenuto psichico per questo stato di "crampo alla nuca", che riesco poi a migliorare nella veglia mediante massaggio.[2]

Spero che l'estratto sopra riportato della cronaca delle prime tre settimane sia sufficiente per fornire una chiara immagine dello stato

[1] Mi resi conto qui per la prima volta — cosa che in seguito vidi innumerevoli volte confermata — che nella risoluzione ipnotica di un delirio isterico recente la comunicazione del paziente inverte l'ordine cronologico, per cui comunica dapprima le impressioni e i collegamenti d'idee piú recenti e meno importanti, giungendo solo alla fine all'impressione primaria, e probabilmente piú importante dal punto di vista causale.

[2] La sua meraviglia della sera prima, di non avere avuto per tanto tempo il crampo alla nuca, era dunque un presentimento dello stato che si avvicinava, che già allora si preparava e che veniva avvertito nell'inconscio [vedi p. 214, n. 1]. Questa strana forma di presentimento era del tutto ordinaria per la signora Cäcilie M. di cui è detto piú sopra. Ogni volta quando, stando benissimo, diceva per esempio: "È già un bel po' che di notte non ho avuto paura delle streghe", oppure: "Come sono contenta che il mio dolore agli occhi non sia piú tornato da tanto tempo", potevo essere certo che la notte successiva l'infermiera avrebbe avuto un servizio difficile per una formidabile paura delle streghe o che la fase successiva si sarebbe iniziata con il temuto dolore all'occhio. Era ogni volta come un trasparire di ciò che nell'inconscio già era preparato e pronto, e l'ingenua coscienza "ufficiale" (secondo l'espressione di Charcot) elaborava la rappresentazione, apparsa come un'idea improvvisa, trasformandola in una espressione di soddisfazione, destinata ad essere sempre smentita in modo abbastanza rapido e certo. La signora Cäcilie, una signora intelligentissima, alla quale debbo molto aiuto per la comprensione dei fenomeni isterici, mi fece notare lei stessa che questi fatti potevano stare all'origine delle note superstizioni della fattura e del malocchio. Non ci si deve vantare della fortuna, né d'altra parte si devono chiamare le disgrazie col parlarne. In fondo ci si vanta della fortuna solo quando la sfortuna già sta in agguato; e si coglie il presentimento sotto forma di soddisfazione, perché il contenuto della reminiscenza emerge prima della emozione connessa, e in quanto la coscienza offre un contrasto che è gradito.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

della paziente, del carattere del mio sforzo terapeutico e del suo risultato. Mi accingo ora a completare la storia della paziente.

Il delirio isterico descritto per ultimo fu anche l'ultimo disturbo di rilievo nello stato della signora Emmy von N. Dato che non indagavo di mia iniziativa sui sintomi di malattia e sulla loro motivazione, ma aspettavo che qualcosa comparisse o che essa mi confidasse un pensiero angosciante, le ipnosi ben presto diventarono improduttive e vennero da me per lo piú impiegate per impartirle insegnamenti che dovevano restare sempre presenti alla sua mente e dovevano proteggerla dal ricadere a casa in stati consimili. Ero allora completamente sotto l'influenza del libro di Bernheim sulla suggestione,[1] e mi aspettavo da un tale influenzamento pedagogico maggiori risultati di quanto non mi attenderei oggi. Lo stato della mia paziente migliorò in breve tempo tanto che essa assicurava di non essersi mai sentita cosí bene dopo la morte del marito. Dopo un trattamento di complessive sette settimane la lasciai tornare nella sua patria sul Baltico.

Non io, ma il dottor Breuer ricevette notizia di lei dopo circa sette mesi. Il suo benessere era durato per parecchi mesi e si era poi mutato in una nuova crisi psichica. La figlia maggiore, che già durante il primo soggiorno a Vienna non era stata da meno della madre in crampi alla nuca e lievi stati isterici, e che soffriva soprattutto di dolori nell'ambulazione a causa di una retroflessione dell'utero, era stata trattata dietro mio consiglio dal dottor N., uno dei nostri ginecologi piú stimati, il quale le aveva raddrizzato l'utero mediante massaggi, cosicché per piú mesi essa era rimasta libera da dolori. Quando, ritornate a casa, i dolori ripresero, la madre si era rivolta al ginecologo della piú vicina città universitaria, il quale fece fare alla ragazza una terapia, locale e generale insieme, che portò però a un grave disturbo nervoso della figlia stessa. Probabilmente si manifestava già in tal modo la predisposizione patologica della fanciulla, allora diciassettenne, che doveva l'anno dopo manifestarsi con un cambiamento di carattere. La madre, che aveva consegnato la figlia ai medici con il suo abituale miscuglio di devozione e diffidenza, si fece, dopo l'infelice esito di questa cura, i piú veementi rimproveri, giungendo, con un giro di pensieri su cui non ho indagato, alla conclusione che noi due, il dottor N. ed io, eravamo responsabili dell'aggravamento della figliola perché avevamo giudicato lieve il suo stato,

[1] [Tradotto in tedesco da Freud, vedi sopra p. 66.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

che era invece grave; abolendo in certo qual modo con un atto della volontà l'effetto del mio trattamento, essa ricadde ben presto negli stessi stati dai quali io l'avevo liberata. Un medico eminente del suo ambiente, al quale si rivolse, e il dottor Breuer, che era in corrispondenza con lei, riuscirono in realtà a farle comprendere l'innocenza dei due imputati, ma l'antipatia concepita in quell'epoca contro di me le rimase quale residuo isterico anche dopo questa chiarificazione, ed essa dichiarò che le era impossibile riaffidarsi alla mia cura. Su consiglio della stessa autorità medica essa cercò aiuto in un sanitario della Germania settentrionale, ed io, per desiderio di Breuer, comunicai al sanitario che dirigeva l'istituto quale modificazione della terapia ipnotica si era dimostrata efficace con lei.

Questo tentativo di trasferimento[1] fallí in modo assoluto. Pare che fin dall'inizio non si fosse intesa con quel medico, si esaurí nella resistenza contro tutto ciò che si faceva con lei, deperí, perdette il sonno e l'appetito e si riprese soltanto dopo che un'amica, che era andata a trovarla in quella casa di cura, l'aveva di fatto rapita di nascosto per curarla poi a casa propria. Poco tempo dopo, esattamente un anno dopo il suo primo incontro con me, ritornò a Vienna e si mise di nuovo nelle mie mani.

La trovai molto meglio di quanto mi fossi immaginato in base alle informazioni epistolari. Poteva muoversi, era priva d'angoscia, e comunque molte delle impalcature che avevo eretto l'anno prima si erano mantenute. Si lamentava soprattutto della frequente confusione mentale, "tempesta in testa", come essa la chiamava; inoltre soffriva d'insonnia, piangeva spesso per ore e diventava triste a una determinata ora del giorno (alle cinque): era, questa, l'ora in cui d'inverno poteva visitare la figlia ricoverata in sanatorio. Balbettava e schioccava molto la lingua, spesso si fregava le mani come furibonda e quando le domandai se vedesse molti animali, rispose soltanto: "Oh, stia zitto!"

Al primo tentativo di metterla in ipnosi, serrò i pugni gridando: "Non voglio iniezioni di antipirina, preferisco tenermi i miei dolori. Non voglio il dottor R., mi è antipatico." Riconobbi che era presa dalla reminiscenza di un'ipnosi nella casa di cura, ed essa si calmò quando la riportai alla situazione presente.

Proprio all'inizio del trattamento feci un'esperienza istruttiva.

[1] [Freud usa qui il termine *Übertragung*, ma in un'accezione differente da quella tecnica resa in italiano con "traslazione", che comparirà piú oltre, a p. 437.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Avevo domandato da quando fosse ritornata la balbuzie ed essa (nell'ipnosi) aveva risposto esitando: dallo spavento avuto in inverno a D. Un cameriere dell'albergo nel quale abitava si era nascosto nella sua stanza; nell'oscurità aveva scambiato quella cosa per un cappotto, aveva allungato la mano e allora quell'uomo improvvisamente "era saltato su". Le tolgo questa immagine mnestica, e infatti a partire da allora, sia in ipnosi che nello stato di veglia, non balbetta quasi piú. Non so piú che cosa mi spinse a fare una prova per controllare il successo ottenuto. Tornando la sera, le chiesi con apparente semplicità come avrei dovuto fare per chiudere la porta nell'andar via mentre lei dormiva, in modo che nessuno potesse entrare di soppiatto. Con mia sorpresa ebbe un sussulto di spavento, cominciò a digrignare i denti e a fregarsi le mani, e accennò di aver provato uno spavento simile a D.; fu però impossibile convincerla a raccontare l'episodio. Mi accorsi che alludeva allo stesso episodio raccontato al mattino in ipnosi e che io però avevo creduto di avere cancellato. Nell'ipnosi successiva tuttavia il suo racconto fu piú esteso e piú veritiero. Quella sera, essendo agitata, era andata su e giú per il corridoio e avendo trovata aperta la porta della camera della sua cameriera, aveva voluto entrare e sedersi. La cameriera le si era parata davanti per non lasciarla entrare, ma lei non si era lasciata trattenere, era entrata ugualmente e aveva allora scorto quella cosa scura presso la parete, che risultò poi essere un uomo. Evidentemente fu il carattere erotico di questa piccola avventura a indurla a dare una versione falsificata del fatto. Io però avevo già fatto l'esperienza che una narrazione incompleta nell'ipnosi non ha effetto terapeutico, tanto che mi abituai a considerare incompleta una narrazione quando non dava frutti, e gradualmente imparai a riconoscere dall'espressione dei malati se mi tacevano una parte essenziale nella loro confessione.

Il lavoro che dovevo effettuare questa volta con lei consisteva nell'eliminazione ipnotica delle impressioni sgradevoli che essa aveva accolto in sé durante la cura di sua figlia e durante la propria permanenza in quella casa di cura. Era piena di rabbia repressa contro il medico che l'aveva obbligata a compitare nell'ipnosi "r...o...s...p...o..." e mi fece promettere di non pretendere mai questa parola da lei. Io mi permisi qui uno scherzo "suggestivo", l'unico abuso, del resto abbastanza innocuo, dell'ipnosi, di cui potrei accusarmi con questa paziente. Le assicurai che la permanenza nel sanatorio di Val... sarebbe diventata per lei una cosa cosí lontana che essa non ne

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

avrebbe ricordato nemmeno il nome e, ogni volta che lo avesse voluto pronunciare, si sarebbe sbagliata fra Monte..., Val..., Bosco..., e simili. Fu infatti cosí, e presto l'incertezza di questo nome fu l'unica inibizione verbale che si potesse osservare in lei, finché, in seguito a un'osservazione del dottor Breuer, la liberai da questa costrizione alla paramnesia.

Piú a lungo che con i residui di quegli avvenimenti ebbi a lottare con gli stati che essa chiamava "tempesta nella testa". Quando la vidi per la prima volta in quello stato, giaceva sul divano, i tratti del volto scomposti, un'incessante irrequietezza di tutto il corpo, le mani ripetutamente premute contro la fronte, e gridava come nostalgicamente e smarrita il nome "Emmy": che era il suo nome e anche quello della figlia maggiore. Nell'ipnosi riferí che quello stato era la ripetizione di tanti accessi di disperazione che solevano venirle durante la cura di sua figlia, dopo che per ore aveva meditato sul modo come si sarebbe potuto correggere il cattivo esito del trattamento, ma senza trovare una via d'uscita. Quando poi sentiva che i suoi pensieri si confondevano, si era abituata a chiamare ad alta voce il nome della figlia, per risalire verso la chiarezza aggrappandosi ad esso. In quell'epoca infatti, quando lo stato della figlia le imponeva nuovi doveri ed essa sentiva che i disturbi nervosi riacquistavano potere su di lei, aveva stabilito fra sé che tutto ciò che riguardava questa figlia doveva restare sottratto alla confusione, anche se tutto il resto dovesse andare a catafascio nella sua testa.

Dopo alcune settimane anche queste reminiscenze furono superate e la signora Emmy, in perfetto benessere, rimase sotto la mia osservazione ancora per qualche tempo. Proprio verso la fine del suo soggiorno accadde qualcosa che voglio raccontare per esteso, perché questo episodio getta luce vivissima sul carattere della paziente e sul modo in cui si formavano i suoi stati.

La visitai una volta durante l'ora della sua colazione e la sorpresi mentre gettava nel giardino qualcosa avvolto in carta e che i bambini del portiere afferrarono al volo. Alla mia domanda confessò che si trattava del suo dolce (asciutto), che prendeva tutti i giorni quella stessa strada. Ciò mi suggerí di dare un'occhiata ai resti delle altre portate e trovai che sui piatti era rimasto piú di quello che essa poteva avere mangiato. Invitata a spiegare perché mangiasse cosí poco, rispose di non essere abituata a mangiare di piú e inoltre che un di piú le avrebbe fatto male; disse di avere la medesima disposizione del suo povero padre, che pure era stato parco nel mangiare. Quando

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

le chiesi che cosa bevesse, la risposta fu che in via assoluta sopportava soltanto liquidi spessi, latte, caffellatte, cacao e simili; ogni volta che beveva acqua di fonte o acqua minerale, si guastava lo stomaco. Orbene, ciò aveva in modo indubbio l'impronta di un'elezione nervosa. Portai con me un campione di orina e trovai che l'orina era molto concentrata e sovraccarica di sali urici.

Ritenni pertanto opportuno consigliarle di bere piú abbondantemente e mi proposi di farle aumentare anche la quantità di cibo ingerito. Non che fosse magrissima, ma un po' di supernutrizione mi sembrava comunque desiderabile. Quando nella mia visita successiva le consigliai un'acqua alcalina proibendole di utilizzare il dolce nel modo abituale, cadde in uno stato di non lieve agitazione. "Lo farò perché lo vuole Lei, ma, glielo dico prima, finirà male, perché è in contrasto con la mia natura, ed anche mio padre era cosí." Alla domanda fattale in ipnosi, perché non potesse mangiare di piú e perché non potesse bere acqua, mi rispose piuttosto di malumore: "Non lo so." Il giorno successivo, l'infermiera mi confermò che la signora Emmy aveva finito tutta la sua porzione e aveva bevuto un bicchiere di acqua alcalina. La trovai però sdraiata, profondamente depressa e di umore assai poco gentile. Si lamentava di violenti dolori allo stomaco: "Glielo avevo detto. Adesso tutto il successo per il quale ci siamo affaticati cosí a lungo, se ne è andato di nuovo. Mi sono guastata lo stomaco come accade sempre quando mangio di piú o quando bevo acqua, e dovrò fare di nuovo la fame per cinque-otto giorni prima di poter di nuovo sopportare qualcosa." Le assicurai che non avrebbe dovuto fare la fame, che era del tutto impossibile guastarsi lo stomaco in questa maniera e che i suoi dolori provenivano soltanto dall'angoscia con la quale aveva mangiato e bevuto. Evidentemente con questa spiegazione non le feci la minima impressione, perché quando poco dopo volli addormentarla, l'ipnosi fallí per la prima volta, e dallo sguardo furibondo che mi lanciò riconobbi che essa era in piena ribellione e che la situazione era serissima. Rinunciai all'ipnosi, le annunciai che le lasciavo ventiquattro ore di tempo per riflettere, per piegarsi all'opinione che i suoi dolori allo stomaco provenivano soltanto dalla sua paura; trascorso il termine, le avrei chiesto se fosse ancora dell'opinione che ci si poteva guastare lo stomaco per otto giorni con un bicchiere d'acqua minerale e con un pasto moderato e, se avesse risposto di sí, l'avrei pregata di partire. La piccola scena era in profondo contrasto con le nostre relazioni, generalmente molto amichevoli.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

La trovai ventiquattro ore dopo arrendevole e ammorbidita. Alla domanda di ciò che pensasse dell'origine dei suoi dolori allo stomaco, rispose, incapace di fingere: "Credo che provengano dalla mia angoscia, ma solo perché lo dice Lei." Allora la misi in ipnosi chiedendo nuovamente: "Perché non può mangiare di piú?"

La risposta fu pronta e consistette nuovamente nell'indicazione di una serie cronologicamente ordinata di motivi tratti dalla memoria: "Quando ero bambina, avveniva spesso che per capriccio a tavola non volessi mangiare la carne. La mamma era allora sempre molto severa ed io, pena una grave punizione, dovevo due ore dopo mangiare la carne che avevo lasciato lí, sullo stesso piatto. La carne era diventata tutta fredda e il grasso cosí solido – (ribrezzo) – ... e vedo ancora davanti a me la forchetta, ... una delle punte era un po' piegata. Quando adesso mi metto a tavola, vedo davanti a me i piatti con la carne fredda e col grasso. E quando molti anni dopo abitavo con mio fratello, che era ufficiale e che aveva quella brutta malattia, ... sapevo che era contagiosa, e avevo una paura tremenda di sbagliarmi nelle posate e di prendere la sua forchetta e il suo coltello – (ribrezzo) – eppure ho pranzato insieme a lui, perché nessuno si accorgesse che era malato. E come poco tempo dopo ho assistito l'altro mio fratello cosí ammalato di polmoni, sedevamo al suo capezzale e la sputacchiera stava sempre sul tavolo ed era aperta – (ribrezzo) – ... e lui aveva l'abitudine di sputare dentro al di sopra dei piatti e mi veniva schifo, ma io non glielo potevo mostrare per non ferirlo. E queste sputacchiere stanno ancora sempre sul tavolo quando mangio e allora sento sempre lo schifo." Naturalmente feci piazza pulita di questo strumentario di ripugnanza, e poi domandai perché non potesse bere acqua. Quando aveva diciassette anni, la famiglia aveva passato alcuni mesi a Monaco di Baviera, e quasi tutti i familiari avevano avuto disturbi gastrointestinali a causa della cattiva acqua del luogo. Negli altri, il male venne presto eliminato seguendo le prescrizioni mediche, in lei si era mantenuto; anche l'acqua minerale che le era stata consigliata come bevanda, non aveva migliorato nulla. Essa aveva pensato subito, non appena il medico le aveva dato la prescrizione: "Certamente anche questo non servirà a nulla." Da allora, l'intolleranza per le acque sorgive e minerali si era ripetuta innumerevoli volte.

L'azione terapeutica di questa indagine ipnotica fu immediata e durevole. Non fece la fame per otto giorni, ma mangiò e bevve fin dal giorno seguente senza disturbo alcuno. Due mesi dopo scrisse in

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

una lettera: "Mangio molto bene e sono aumentata di molto. Dell'acqua ho già bevuto quaranta bottiglie. Che cosa pensa, devo continuare?"

Rividi la signora von N. nella primavera dell'anno successivo, nella sua tenuta presso D. La figlia maggiore, quella di cui soleva invocare il nome durante le "tempeste nella testa", era entrata, in quell'epoca, in una fase convulsiva abnorme, mostrava un'ambizione smisurata, sproporzionata alle sue scarse doti, ed era divenuta ribelle e perfino violenta verso la madre. Possedevo ancora la fiducia di quest'ultima e venni chiamato per dare il mio giudizio sullo stato della giovane. Trassi un'impressione sfavorevole del cambiamento psichico avvenuto nella figlia; nel fare la prognosi, dovevo anche tener conto del fatto che tutti i fratellastri dell'ammalata (figli di primo letto del signor von N.) erano finiti paranoici. Anche nella famiglia della madre non mancavano tare nevropatiche abbastanza numerose, benché nella cerchia piú vicina della parentela non vi fosse alcun caso di psicosi inguaribile. La signora von N., a cui diedi senza tacer nulla l'informazione che mi chiedeva, si comportò in modo calmo e razionale. Era irrobustita, aveva l'aspetto fiorente, i nove mesi dalla fine dell'ultimo trattamento erano trascorsi in uno stato relativamente di grande benessere, disturbato solo da crampi alla nuca e da altre piccole sofferenze. Soltanto durante questa permanenza di parecchi giorni nella sua casa, potei rendermi conto della vastità dei suoi impegni, delle sue attività e dei suoi interessi intellettuali. Incontrai anche un medico di famiglia al quale la signora non dava eccessivi motivi di lagnanze; si era dunque riconciliata abbastanza con la "professione".

La signora era diventata dunque molto piú sana e prestante, tuttavia nei tratti fondamentali del suo carattere, malgrado tutte le suggestioni pedagogiche, era cambiata ben poco. Mi pareva che non fosse riuscita a riconoscere la categoria delle "cose indifferenti", la sua tendenza a tormentarsi non era sostanzialmente diminuita rispetto all'epoca del trattamento. La disposizione isterica non era stata inattiva nemmeno durante questo buon periodo; si lamentava per esempio di un'incapacità a compiere lunghi viaggi in ferrovia, incapacità acquisita in questi ultimi mesi, e un tentativo, necessariamente affrettato, di risolvere in lei tale ostacolo, diede per risultato soltanto varie piccole impressioni sgradevoli da lei collezionate negli ultimi viaggi a D. e nei dintorni. Sembrava parlare malvolentieri in ipnosi, però, e cominciai già da allora a sospettare che fosse sul punto di sot-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

trarsi nuovamente alla mia influenza e che l'intenzione segreta contenuta nell'inibizione ferroviaria fosse di impedire un nuovo viaggio a Vienna.

In quei giorni si lagnò pure delle lacune della sua memoria, e "proprio per i fatti piú importanti",[1] per cui pensai che il mio lavoro di due anni prima aveva agito in modo abbastanza incisivo e duraturo.

Mentre un giorno mi conduceva attraverso un viale che dalla casa portava a una baia del lago, mi arrischiai a chiederle se quel viale era spesso occupato da rospi. Mi rispose con un'occhiata di rimprovero, ma senza i segni dell'orrore; poi commentò: "Però questi qui sono reali." Durante l'ipnosi, che intrapresi per eliminare l'inibizione ferroviaria, lei stessa sembrava insoddisfatta delle risposte date ed espresse il timore di non essere piú ora cosí obbediente nell'ipnosi come prima. Decisi di persuaderla del contrario. Scrissi alcune parole su un biglietto, che le consegnai dicendole: "Lei oggi a mezzogiorno mi verserà un bicchiere di vino rosso, come ieri. Appena porterò il bicchiere alla bocca, lei dirà: 'Oh, per favore, riempia il bicchiere anche a me', e quando poi allungherò la mano verso la bottiglia, lei esclamerà: 'No, grazie, preferisco di no'; poi cercherà nella sua borsetta e tirerà fuori il biglietto sul quale sono scritte queste stesse parole." Questo avvenne nella mattinata; poche ore piú tardi, la scenetta si svolse esattamente come l'avevo preordinata e con tanta naturalezza da non destare l'interesse di alcuno dei numerosi presenti. Appariva visibilmente in lotta con sé stessa quando mi chiese del vino, – infatti non beveva mai vino, – e, dopo aver dato con evidente sollievo il contrordine, mise la mano nella borsetta, tirò fuori il biglietto sul quale si leggevano le frasi da lei pronunciate, scosse il capo e mi guardò stupita.

Dopo questa visita del maggio 1890 le mie notizie sulla signora von N. diventarono sempre piú rade. Venni a sapere per vie indirette che le spiacevoli condizioni della figlia, che implicavano per lei le piú diverse emozioni penose, avevano finito col compromettere il suo benessere. Alla fine ricevetti da lei (estate 1893) un breve scritto nel quale mi pregava di permettere che la ipnotizzasse un altro medico, perché era nuovamente sofferente e non poteva venire a Vienna. Al principio non compresi per qual motivo occorresse per questo il mio permesso, finché si ridestò in me il ricordo che nel

[1] [Vedi nota p. 224.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

1890, secondo il suo stesso desiderio l'avevo protetta da un'azione ipnotica altrui, per impedire che essa dovesse ancora soffrire come a Monte... (Val..., Bosco...), trovandosi sotto la costrizione di un medico che le era antipatico. Rinunciai quindi per iscritto al mio diritto esclusivo.

Epicrisi

Senza un preliminare e pieno accordo sul valore e il significato dei nomi, non è facile decidere quando un caso clinico debba essere rubricato sotto l'isteria o sotto le altre nevrosi (non puramente nevrasteniche); e nel campo delle nevrosi miste che si incontrano normalmente, non è ancora intervenuta la mano ordinatrice la quale ponga le pietre di confine e rilevi i dati essenziali per la caratterizzazione. Dal momento che finora si è abituati a diagnosticare l'isteria in senso stretto in base alla somiglianza con certi noti casi tipici, la definizione di isteria per il caso della signora Emmy von N. non può dar luogo a contestazioni. La facilità dei deliri e delle allucinazioni, con attività intellettuale per il resto intatta, la modificazione della personalità e della memoria nel sonnambulismo artificiale, l'anestesia nell'arto dolorante, certi dati dell'anamnesi, l'ovarialgia eccetera, non permettono alcun dubbio circa il carattere isterico della malattia, o per lo meno della malata. Il fatto che il problema possa essere sollevato proviene da un determinato aspetto di questo caso, che può anche servire per un'osservazione di validità generale. Come risulta dalla nostra "Comunicazione preliminare", che costituisce il primo capitolo di questo volume, noi consideriamo i sintomi isterici come effetti e residui di eccitamenti che hanno agito sul sistema nervoso come traumi. Tali residui non permangono quando l'eccitamento originario è stato scaricato mediante abreazione o lavoro mentale. Non si può qui non tener conto di un fattore quantitativo (anche se non misurabile), concependo il processo come se una somma di eccitamento interessante il sistema nervoso si trasformasse in sintomi permanenti, nella misura in cui non è stata impiegata per l'azione verso l'esterno.[1] Siamo però abituati a trovare nell'isteria che una parte rilevante della "somma di eccitamento" del trauma si trasforma in sintomi puramente somatici. Si tratta di quell'aspetto

[1] [Circa il tentativo di fondare la psicologia su basi quantitative, vedi il *Progetto di una psicologia* (1895), scritto pochi mesi dopo gli *Studi sull'isteria*.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

dell'isteria che per tanto tempo ha ostacolato di considerarla come un'affezione psichica.

Se, per brevità, adottiamo il termine di "conversione"[1] per la trasformazione dell'eccitamento psichico in sintomi permanenti corporei che caratterizza l'isteria, possiamo dire che il caso della signora Emmy von N. presenta fatti di conversione in misura modesta: l'eccitamento psichico originario resta prevalentemente nel campo psichico, ed è facile comprendere che in tal modo il caso diventa simile alle altre nevrosi non isteriche. Esistono casi di isteria nei quali la conversione riguarda l'intero aumento di eccitamento, cosicché i sintomi somatici dell'isteria s'inseriscono in una coscienza apparentemente del tutto normale; è però piú comune una trasformazione incompleta, cosicché almeno una parte dell'affetto legato al trauma rimane nella coscienza quale componente dello stato d'animo.

I sintomi psichici, nel nostro caso d'isteria con scarsa conversione, si possono raggruppare in mutamenti nello stato d'animo (angoscia, depressione, malinconia), e fobie e abulie (inibizioni della volontà). Questi due ultimi tipi di perturbazione psichica, che gli psichiatri della scuola francese considerano stigmate di degenerazione nervosa, appaiono però nel caso nostro come sufficientemente determinati da esperienze traumatiche; si tratta soprattutto di fobie e abulie traumatiche, come esporrò in dettaglio.

Alcune delle fobie corrispondono effettivamente alle fobie primarie degli esseri umani, in particolare dei nevropatici, cosí soprattutto la paura degli animali (bisce, rospi e inoltre tutti gli insetti di cui Mefistofele si vanta di essere il signore),[2] il timore dei temporali, eccetera. Ma anche queste fobie sono state consolidate da esperienze traumatiche; cosí il suo timore dei rospi, dall'impressione provata nella sua prima giovinezza, quando un fratello le aveva gettato addosso un rospo morto, per cui ebbe il primo attacco di contrazioni isteriche [p. 216]; la paura dei temporali, dallo stesso spavento che doveva provocare lo schioccare con la lingua [p. 221]; la paura della nebbia, da quella tale passeggiata a Rügen [p. 234]; comunque, in questo gruppo il timore primario, per cosí dire istintivo, inteso come stigma psichico, ha la funzione principale.

[1] [Il termine *Konversion* era stato introdotto da Freud nel suo saggio sulle *Neuropsicosi da difesa* (1894). Vedi anche p. 352, n. 2.]

[2] [Il signore dei sorci e dei topi,
Delle mosche, ranocchie, cimici e pidocchi...
Goethe, *Faust*, parte prima, prima scena dello Studio.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Le altre fobie piú specializzate si spiegano anch'esse in base ad esperienze particolari. La paura di un orrore inatteso, improvviso, è il risultato della terribile impressione che ebbe nella sua esistenza il veder morire per un attacco di cuore, davanti ai suoi occhi, il marito, apparentemente in piena salute. Il timore delle persone estranee, e in genere la misantropia, risultano essere residui del tempo in cui, esposta alle persecuzioni della famiglia del marito, in ogni estraneo era indotta a vedere un agente della parentela, oppure si era abituata a pensare che gli estranei conoscessero sul suo conto cose che venivano diffuse oralmente o per iscritto [p. 226]. Il timore del manicomio e degli individui là ricoverati risale a tutta una serie di tristi vicende della sua famiglia e a descrizioni fatte da una stupida serva alla bambina che la stava a sentire [p. 219]; inoltre, questa fobia poggiava da un lato sull'orrore primario della follia, istintivo da parte delle persone sane, dall'altro lato sulla preoccupazione, presente in lei come in ogni persona nervosa, di cadere lei stessa preda della follia. Un'angoscia cosí specializzata come quella che qualcuno stesse dietro di lei [p. 227], viene motivata da piú impressioni terrorizzanti della sua giovinezza e anche di un'epoca piú recente. Da un'esperienza particolarmente penosa per lei, vissuta in un albergo [p. 239], penosa perché collegata all'erotismo, la sua paura dell'introdursi furtivo di una persona estranea si è particolarmente accresciuta; infine la fobia dell'essere sepolti vivi, che è assai frequente nei nevropatici, trova la sua completa spiegazione nella credenza che suo marito non fosse morto quando ne avevano portato via il cadavere, credenza questa che esprime in modo commovente la sua incapacità a rassegnarsi alla fine improvvisa della vita in comune con l'essere amato. Penso del resto che tutti questi fattori *psichici* possono spiegare soltanto la scelta delle fobie, ma non la loro persistenza. Per questa, devo introdurre un fattore *nevrotico*, e cioè la circostanza che la paziente viveva da anni in astinenza sessuale, una delle cause piú frequenti della tendenza all'angoscia.[1]

Le abulie della nostra malata (inibizioni della volontà, incapacità) si prestano ancora meno delle fobie a essere considerate quali stigmate psichiche conseguenti a una generale riduzione delle capacità di prestazione. L'analisi ipnotica del caso rende anzi evidente che le abulie sono qui condizionate da un duplice meccanismo psichico,

[1] [Vedi il contemporaneo scritto di Freud *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

che in fondo è di nuovo uno solo. L'abulia può essere semplicemente la conseguenza di una fobia, e ciò in ispecie in tutti quei casi in cui la fobia si connette a un'azione propria anziché a un'attesa (uscire, andare a trovare delle persone, in contrapposizione all'altro caso, che qualcuno entri di soppiatto, ecc.), e allora causa dell'inibizione della volontà è l'angoscia connessa al risultato dell'azione. Si avrebbe torto considerando le abulie di questo tipo come sintomi a sé stanti indipendenti dalle fobie corrispondenti, anche se si deve ammettere che una fobia di questo genere può sussistere, se non è troppo accentuata, senza condurre all'abulia. L'altro genere di abulie dipende dall'esistenza di associazioni a forte tonalità affettiva non risolte, che si oppongono all'annodamento di nuove associazioni, in particolare di quelle di tipo incompatibile. L'esempio piú brillante di abulia di questo genere è offerto dall'anoressia della nostra paziente [p. 242]. Essa mangia cosí poco perché non le piace, e non può trovare piacere nel mangiare perché l'atto del mangiare si collega in lei da gran tempo a ricordi di disgusto, il cui valore affettivo non ha ancora subíto alcuna attenuazione; ed è impossibile mangiare contemporaneamente con disgusto e con piacere. La diminuzione del disgusto, da gran tempo connesso ai pasti, non si è verificata perché essa doveva ogni volta reprimerlo anziché liberarsene, reagendovi; da bambina era stata costretta, per il timore della punizione, a consumare il pasto freddo con ribrezzo, e negli anni successivi il riguardo per i fratelli le aveva impedito di manifestare le impressioni che provava durante i pasti presi in comune.

Mi è forse lecito qui ricordare un breve lavoro nel quale ho tentato di dare una spiegazione psicologica delle paralisi isteriche.[1] Sono pervenuto là all'ipotesi che la causa di queste paralisi stia nella inaccessibilità della sfera delle rappresentazioni, riguardanti per esempio un arto, a nuove associazioni; a sua volta questa inaccessibilità associativa dipenderebbe però dal fatto che la rappresentazione dell'arto paralizzato si trova inserita nel ricordo, carico di un affetto non liquidato, del trauma. Ho citato esempi, tratti dalla vita quotidiana, del fatto che tale investimento[2] di una rappresentazione il cui affetto non è risolto, comporta sempre una certa quantità di inaccessibilità associativa, di incompatibilità con nuovi investimenti.

[1] *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche* (1893).

[2] [È forse il primo esempio di uso del termine *Besetzung* (investimento, carica) ad esprimere uno dei concetti fondamentali della teoria psicologica di Freud.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Fino ad oggi non sono riuscito a dare una dimostrazione, mediante analisi ipnotica, delle mie precedenti ipotesi sulla paralisi motoria. Posso però riferirmi all'anoressia della signora von N. come prova che questo meccanismo è proprio quello di certe abulie; mentre le abulie non sono altro che paralisi psichiche molto specializzate, "sistematizzate", per usare l'espressione francese.

La situazione psichica della signora von N., può essere caratterizzata essenzialmente rilevando due cose: 1) in essa sono rimasti irrisolti gli affetti penosi di esperienze traumatiche, ad esempio la depressione, il dolore (per la morte del marito), la collera (per le persecuzioni da parte dei parenti), il ribrezzo (per i pasti presi per forza), l'angoscia (di tante esperienze paurose) eccetera; e 2) esiste in lei una vivace attività mnemonica la quale, ora spontaneamente, ora in seguito ad attuali stimoli risvegliatori (per esempio alla notizia della rivoluzione a San Domingo)[1] richiama alla coscienza attuale pezzo per pezzo i traumi insieme con gli affetti che li accompagnano. La mia terapia seguiva passo per passo l'andamento di questa attività mnemonica, cercando di risolvere e di eliminare giorno per giorno ciò che la giornata aveva portato alla superficie, fino a quando sembrò esaurita la scorta di ricordi morbosi raggiungibile.

A questi due caratteri psichici, che ritengo generalmente rilevabili nei parossismi isterici, si potrebbero connettere alcune considerazioni importanti che voglio differire per prestare prima un po' di attenzione al meccanismo dei sintomi fisici.

Non si può attribuire la stessa derivazione a tutti i sintomi fisici del malato, ed anzi, anche da questo caso, non ricco da questo punto di vista, si apprende che i sintomi fisici di un'isteria vengono a costituirsi in vario modo. Mi permetto anzitutto di includere fra i sintomi fisici i dolori. Per quanto riesco a vedere, una parte dei dolori era certamente causata organicamente da quelle lievi modificazioni (reumatiche) nei muscoli, nei tendini e nelle fasce che procurano alla persona nervosa una sofferenza molto maggiore che non alla persona sana; un'altra parte dei dolori era, assai probabilmente, un ricordo di sofferenze, simbolo mnestico[2] di quei periodi di agitazione e di assistenza a malati che hanno avuto cosí gran parte nella vita della paziente. Anche questi dolori potevano aver avuto un'origine

[1] [Vedi p. 230 in nota.]

[2] [Freud usa quest'espressione, che ricorre di frequente in questo scritto, per la prima volta nel saggio sulle *Neuropsicosi da difesa* (1894) § 1; quasi assente negli scritti posteriori, sarà chiarita nella prima delle *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* (1909).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

organica, ma essi erano stati in seguito elaborati per gli scopi della nevrosi. Io baso queste affermazioni circa i dolori della signora von N. su esperienze fatte altrove, e che comunicherò piú avanti in questo lavoro;[1] dalla paziente stessa su questo punto specifico non si potevano ottenere molti chiarimenti.

Una parte dei sorprendenti fenomeni motori presentati dalla signora von N. erano semplicemente espressioni delle emozioni ed erano facilmente riconoscibili in questo loro significato; cosí il protendere le mani in avanti con dita divaricate e contorte quale espressione d'orrore, la mimica, e simili. Effettivamente una tale espressione degli stati emotivi era piú vivace e sfrenata di quanto corrispondesse alla mimica normale di questa donna, alla sua educazione e alla sua razza; quando non si trovava in istato isterico, essa era misurata, quasi rigida nelle sue manifestazioni espressive. Un'altra parte dei suoi sintomi motori era, secondo le sue indicazioni, in diretta connessione con i suoi dolori; essa giocava senza posa con le dita (1888) [pp. 213 sg.] o sfregava le mani l'una contro l'altra (1889) [p. 238] per non dover gridare, e questa motivazione ricorda vivamente uno dei princípi di Darwin per la spiegazione dei movimenti espressivi, il principio del "traboccare dell'eccitamento",[2] con cui egli ad esempio spiega il menar la coda dei cani. La sostituzione del gridare sotto l'azione di stimoli dolorosi, con innervazione motoria di altro tipo, si verifica del resto in noi tutti. Chi dal dentista si è proposto di tenere ferma la testa e la bocca, e di non interferire con le mani, per lo meno tambureggia con i piedi.

I movimenti di tipo tic della signora von N., lo schioccare la lingua e il balbettare, il gridare il nome "Emmy" durante l'accesso confusionale [p. 240], la formula protettiva composita: "Stia zitto! non parli! non mi tocchi!" (1888) [p. 214] rivelano una sorta di conversione piú complicata. Di queste espressioni motorie, il balbettare e lo schioccar la lingua ammettono una spiegazione secondo un meccanismo che ho descritto nella mia breve comunicazione *Un caso di guarigione ipnotica* (1892) come "obiettivazione della rappresentazione di contrasto" [vedi sopra p. 130]. Il processo, in base al nostro stesso esempio [pp. 217 sg.], sarebbe il seguente. L'isterica, esausta dalle preoccupazioni e dalle veglie, è seduta al capezzale della sua

[1] [Vedi piú oltre, nel caso della signorina Elisabeth von R., la discussione sui dolori reumatici e la loro relazione con l'isteria, p. 326. Vedi anche p. 232, n. 1.]

[2] [C. Darwin, *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (Londra 1872) cap. 3.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

bimba malata che — finalmente! — si è assopita. Dice a sé stessa: "Adesso però devi startene assolutamente tranquilla per non svegliare la piccola." Questo proponimento desta probabilmente una rappresentazione di contrasto, il timore di fare comunque un rumore che risvegli la piccola dal sonno lungamente desiderato. Tali rappresentazioni di contrasto contro il proponimento nascono stranamente in noi quando non ci sentiamo sicuri nell'adempiere un proponimento importante.

Il nevrotico, nella cui autocoscienza è raro non si trovi un tratto di depressione, di attesa ansiosa, forma un numero maggiore di queste rappresentazioni di contrasto, oppure egli le percepisce piú facilmente, ed esse gli appaiono anche piú importanti. Nello stato di spossatezza in cui si trova la nostra paziente, la rappresentazione di contrasto, che altrimenti sarebbe stata respinta, risulta ora la piú forte; è essa che si obiettiva e che ora, con terrore della paziente, provoca realmente il rumore temuto. Per la spiegazione di tutto il processo suppongo anche che l'esaurimento sia parziale, e riguardi soltanto, come si direbbe con la terminologia di Janet e dei suoi seguaci, l'Io primario della paziente, senza produrre anche l'indebolimento della rappresentazione di contrasto.

Suppongo inoltre che sia lo spavento per il rumore prodotto contro volontà a rendere il momento efficace traumaticamente, fissando quello stesso rumore come sintomo[1] mnestico corporeo di tutta la scena. Anzi, credo di riconoscere nel carattere stesso di questo tic, che consiste in piú suoni emessi spasticamente, separati da pause, e assai simili agli schiocchi della lingua, la traccia del processo cui esso deve la sua origine. Pare che si sia svolta una lotta fra il proponimento e la rappresentazione di contrasto, la "controvolontà", lotta che ha dato al tic il suo carattere intermittente e che ha incanalato la rappresentazione di contrasto verso vie d'innervazione inusitate della muscolatura della parola.

Quale residuo di un'occasione essenzialmente analoga è rimasta l'inibizione spastica della parola, la strana balbuzie [p. 221]; solo che questa volta non il risultato dell'innervazione finale, e cioè il grido, ma lo stesso processo d'innervazione, e cioè il tentativo convulso di inibizione degli organi vocali, venne elevato a simbolo mnestico dell'evento.

[1] [Cosí, in tutte le edizioni tedesche, ma è probabilmente un errore di stampa: Freud usa sempre in questo scritto, e altrove, "simbolo mnestico".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Ambedue i sintomi, lo schioccar la lingua e il balbettare, strettamente affini geneticamente, rimasero anche in seguito associati e, ripetendosi in una consimile occasione, divennero sintomi permanenti. Successivamente tuttavia ebbero un diverso impiego. Insorti sotto un forte spavento, si accompagnarono da allora in poi (secondo il meccanismo dell'isteria monosintomatica che illustrerò nel quinto caso [p. 303]) a ogni altro spavento, anche se questo non poteva provocare l'obiettivazione di una rappresentazione di contrasto.

Alla fine si sono trovati collegati con tanti traumi, e avevano tante ragioni di riprodursi nella memoria, che interrompevano costantemente il discorso senza altro movente, al modo di un tic privo di senso. L'analisi ipnotica poté però dimostrare quanto significato si celasse dietro questo apparente tic; e se il metodo di Breuer non è qui riuscito a far scomparire i due sintomi completamente in un colpo solo, ciò è dovuto al fatto che la catarsi fu impiegata solo per i tre traumi principali e non fu estesa a quelli che in forma secondaria vi erano associati.[1]

[1] Potrei qui dare l'impressione d'aver attribuito troppo peso alla particolarità dei sintomi, perdendomi in una inutile interpretazione di piccoli segni. Ho imparato però che la determinazione dei sintomi isterici realmente affonda le proprie radici fin nei minimi particolari esecutivi, e che non si esagera mai nell'attribuire loro un significato. Voglio citare un esempio a mia giustificazione. Mesi fa curavo una fanciulla diciottenne di famiglia tarata, nella cui complessa nevrosi l'isteria aveva la sua buona parte. La prima cosa che seppi da lei fu che essa si lagnava per accessi di disperazione a due contenuti. Negli uni sentiva un tirare e pizzicare nella parte inferiore del volto, dalle guance in giú verso la bocca; negli altri le dita dei piedi si stendevano convulsamente muovendosi irrequiete in tutte le direzioni. Da principio propendevo a non attribuire molta importanza a questi particolari, e ai vecchi studiosi dell'isteria certamente sarebbe parso ovvio ravvisare in quei fenomeni le prove di una stimolazione di centri corticali nell'attacco isterico. Dove i centri per tali parestesie stiano, noi veramente non sappiamo, ma è noto che parestesie siffatte iniziano l'epilessia parziale e costituiscono l'epilessia sensoria di Charcot. Per il movimento delle dita dei piedi si dovrebbero rendere responsabili zone simmetriche della corteccia in immediata prossimità del solco mediano. Tuttavia le cose si spiegarono in un modo diverso. Quando conobbi meglio la ragazza, le chiesi una volta direttamente quali pensieri le venissero durante quegli accessi; essa non doveva aver soggezione, e doveva certo essere in grado di dare una spiegazione di ambedue i fenomeni. La paziente arrossí dalla vergogna e si lasciò alla fine persuadere senza ipnosi a fornire i seguenti chiarimenti, la cui corrispondenza con la realtà venne confermata in pieno dalla sua dama di compagnia, che era presente. Fin dalle prime mestruazioni essa aveva sofferto per anni della *cephalea adolescentium*, che le rendeva impossibile qualsiasi occupazione prolungata e che la interrompeva nei suoi studi. Liberata finalmente da questo ostacolo, la bimba ambiziosa e un po' semplice decise di imporsi un superlavoro per riportarsi al livello delle sue sorelle e delle sue coetanee. Cosí facendo si sforzava oltre ogni misura, e questi sforzi terminavano regolarmente con esplosioni di disperazione in quanto essa aveva sopravvalutato le proprie possibilità. Naturalmente soleva confrontarsi anche fisicamente con le altre ragazze ed era spesso infelice quando scopriva in sé qualche inferiorità fisica. Il suo prognatismo (evidentissimo) cominciava a mortificarla e le venne in mente di correggerlo esercitandosi per quarti d'ora interi nel tirare giú il labbro superiore sopra i denti prominenti. L'insuccesso di questo puerile tentativo la condusse una volta a un'esplosione di disperazione e, a partire da quel momento, si

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il gridare il nome "Emmy" durante quegli accessi confusionali che, secondo le regole degli attacchi isterici, riproducevano i frequenti stati d'insensatezza vissuti durante la cura della figlia, era collegato, attraverso una complicata sequenza di pensieri, col contenuto dell'attacco e corrispondeva quasi a una formula di protezione della paziente contro l'attacco medesimo. Il grido probabilmente era anche suscettibile di degenerare in tic, con un'applicazione meno rigorosa del suo significato; la complessa formula protettiva "Non mi tocchi!" ecc. era già giunta a una tale utilizzazione, ma la terapia ipnotica in ambedue i casi arrestò l'ulteriore evoluzione di questi sintomi. Il grido di "Emmy", di recentissima origine, lo trovai ancora limitato alla propria sfera di formazione, e cioè all'accesso confusionale.

Questi sintomi motori, sia che abbiano potuto formarsi, come lo schioccare la lingua, mediante obiettivazione di una rappresentazione di contrasto, sia che, come la balbuzie, siano sorti mediante semplice conversione dell'eccitamento psichico in fatto motorio, sia che, come il grido di "Emmy" e l'altra formula piú lunga, si siano prodotti come dispositivi di difesa per un'azione voluta dalla paziente nel parossismo isterico, hanno tutti un elemento in comune:

costituí come contenuto dell'un tipo di accessi l'impressione di sentirsi tirare e pizzicare dalla guancia in giú. Non meno trasparente era la determinazione degli altri accessi col sintomo motorio dello stiracchiamento e dell'irrequietezza delle dita dei piedi. Mi era stato riferito che il primo attacco del genere si era manifestato dopo una gita sullo Schafberg presso Ischl, e i familiari naturalmente erano inclini a spiegarlo come dovuto a un eccesso di fatica. La ragazza però narrò quanto segue: Tra le sorelle era argomento di punzecchiature reciproche il rivolgere l'attenzione sui loro piedi (innegabilmente) grandi. La nostra paziente, da gran tempo infelice per questo difetto estetico, cercava di costringere i suoi piedi in stivaletti piú stretti possibile, ma il padre sollecito non lo permetteva e aveva cura che essa portasse soltanto calzature comode. Essa era molto scontenta di questo ordine paterno, vi pensava continuamente e prese l'abitudine di muovere le dita dei piedi nelle scarpe, come si fa quando si vuol verificare se la scarpa è troppo grande, se una piú piccola può andar bene, ecc. Durante la gita in montagna sullo Schafberg, che essa non trovò affatto faticosa, dato che le ragazze portavano gonne piú corte, vi fu naturalmente ancora occasione di occuparsi delle calzature. Una delle sorelle le disse durante la marcia: "Ma oggi ti sei messa scarpe particolarmente grandi." Essa provò allora a muovere le dita dei piedi; sembrava anche a lei che fosse cosí. L'agitazione per quei piedi sciaguratamente grandi non l'abbandonò piú e, quando furono di ritorno a casa, scoppiò il primo accesso, nel quale, a simbolo mnestico di tutta la catena di pensieri deprimenti, le dita dei piedi presero a muoversi convulsamente da sole.

Noto che qui si tratta di sintomi di accessi e non di sintomi permanenti; aggiungo inoltre che dopo questa confessione gli accessi della prima specie cessarono, mentre continuarono gli altri con l'irrequietezza delle dita dei piedi. Doveva quindi esserci ancora qualcosa che non era stato confessato.

Poscritto. Seppi in seguito anche perché la poco saggia fanciulla si occupasse con tanto zelo di farsi piú bella: voleva piacere a un giovane cugino. - [*Aggiunta del 1924*] Parecchi anni dopo, la sua nevrosi evolse in una demenza precoce.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

e cioè il fatto che, fin dalla loro origine o in modo duraturo, hanno un collegamento, che è evidenziabile, con traumi, dei quali nell'attività della memoria divengono i simboli.

Altri sintomi somatici della paziente non sono affatto di natura isterica, come ad esempio i crampi alla nuca, che io considero come una forma modificata di emicrania[1] e che, in quanto tali, non sono neppure propriamente annoverabili fra le nevrosi ma bensí fra le affezioni organiche. Ad essi però si collegano regolarmente sintomi isterici; nella signora von N. i crampi alla nuca venivano utilizzati per attacchi isterici, quando essa non disponeva delle forme di manifestazione tipiche dell'attacco isterico.

Voglio completare la caratterizzazione dello stato psichico della signora von N., occupandomi delle potenti modificazioni morbose della coscienza in lei rilevabili. Come per i crampi alla nuca, le espressioni penose del presente (si confronti l'ultimo delirio in giardino [p. 234]) o potenti reminiscenze di uno dei suoi traumi, la pongono in uno stato delirante nel quale – in base alle poche osservazioni fatte in proposito non posso dire di piú – regnano una limitazione della coscienza e una coazione ad associare analoga a quella del sogno,[2] sono estremamente facilitate le allucinazioni e le illusioni, e vengono tratte deduzioni poco sensate o addirittura assurde. Tale stato, paragonabile a un'alienazione mentale, rappresenta probabilmente il suo attacco, una specie di psicosi acuta quale equivalente dell'attacco, che potrebbe essere classificata come "confusione allucinatoria". Un'ulteriore somiglianza con l'attacco isterico tipico sta anche nel fatto che per lo piú si può ritrovare come base del delirio un brano degli antichi ricordi traumatici. La transizione dallo stato normale a questo delirio si compie spesso del tutto inavvertitamente; poco prima parlava ancora in modo del tutto corretto di cose di scarsa importanza affettiva, e nel corso della conversazione, che la porta a rappresentazioni penose, io mi accorgo dai suoi gesti esaltati, dal ripresentarsi delle sue formule stereotipate, eccetera, che sta delirando. All'inizio della cura, il delirio si protraeva per tutta la giornata, cosicché diventava difficile dire con certezza, dei singoli sintomi, se essi – come i gesti – appartenevano soltanto allo stato psichico come sintomi dell'attacco, o se erano diventati, come lo schioccar la lingua e il balbettare, sintomi permanenti veri e propri.

[1] [Vedi p. 232, n. 1.] [2] [Vedi p. 231 in nota.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Spesso si riusciva soltanto in seguito a distinguere ciò che era accaduto nel delirio da quel che era accaduto nello stato normale. I due stati infatti erano mnesticamente separati e la paziente era estremamente stupita di udire le cose che il delirio aveva aggiunto a una conversazione normale. La mia prima conversazione con lei fu l'esempio piú curioso del modo come i due stati si infiltrassero l'uno nell'altro senza reciproca consapevolezza. Soltanto una volta durante questa altalena psichica si verificò un influsso sulla coscienza normale rivolta al presente, quando essa mi diede la risposta, originata dal delirio, di essere una donna del secolo scorso.[1]

L'analisi di questo delirio nella signora von N. ha finito coll'essere poco esauriente, soprattutto perché il suo stato migliorò presto in modo tale che i deliri si staccarono nettamente dalla vita normale, restando limitati ai periodi dei crampi alla nuca. Ho potuto invece raccogliere una messe di esperienze assai maggiore sul comportamento della paziente, in un terzo stato psichico, quello del sonnambulismo artificiale. Mentre nel suo stato normale non sapeva né ciò che aveva psichicamente vissuto nei suoi deliri, né nel sonnambulismo, nel sonnambulismo essa disponeva dei ricordi di tutti e tre gli stati, ed era perciò in certo qual modo massimamente normale. Infatti, astraendo dalla circostanza che, da sonnambula, era molto meno riservata nei miei riguardi di quanto lo fosse nelle sue ore migliori della vita quotidiana, vale a dire che, sonnambula, mi faceva comunicazioni sulla sua famiglia e cose simili, mentre in genere mi trattava come un estraneo, astraendo inoltre dal fatto che essa presentava la piena suggestionabilità dei sonnambuli, devo veramente dire che durante il sonnambulismo era in uno stato perfettamente normale. Era interessante osservare che questo sonnambulismo d'altra parte non presentava alcun carattere di sovranormalità, bensí tutte le manchevolezze psichiche che noi in genere attribuiamo allo stato di coscienza normale.

Il comportamento della memoria nel sonnambulismo potrà essere illustrato dai seguenti esempi. Una volta nella conversazione mi espresse il suo entusiasmo per una bella pianta in vaso che ornava il vestibolo del sanatorio. "Ma come si chiama quella pianta, dottore? Non lo sa? Sapevo il nome tedesco e quello latino e li ho dimenticati tutti e due." Era un'ottima conoscitrice di piante, mentre io in tale occasione dovetti confessare la mia mancanza di cultura botanica. Pochi

[1] [Vedi nota p. 216.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

minuti dopo le domando nell'ipnosi: "Conosce adesso il nome della pianta dell'ingresso?" La risposta venne senza esitazione: "In tedesco si chiama *Türkenlilie* [giglio turco o *Hemerocallis fulva*]; il nome latino l'ho veramente dimenticato." Un'altra volta mi raccontò, in un momento di pieno benessere, di una visita fatta alle catacombe di Roma e non seppe ricordarsi di due termini della descrizione senza che neppure io potessi aiutarla. Subito dopo le chiesi nell'ipnosi a quali parole si riferisse. Non lo seppe neppure in ipnosi. Le dissi allora: "Non stia a rifletterci oltre, domani fra le cinque e le sei del pomeriggio in giardino, piuttosto verso le sei, le ritorneranno improvvisamente alla memoria." La sera seguente, durante una conversazione assolutamente estranea alle catacombe, sbottò all'improvviso: "Cripta, dottore, e colombario." – "Ah, ma queste sono le parole che Lei ieri non riusciva a ricordare. Quand'è che le sono venute in mente?" – "Oggi pomeriggio in giardino, poco prima di salire." Mi accorsi che in questo modo voleva mostrarmi di avere esattamente osservato l'orario indicato, perché era solita lasciare il giardino verso le sei.

Anche nel sonnambulismo, dunque, essa non disponeva di tutta l'estensione del suo sapere, anche per quello stato vi erano ancora una coscienza attuale e una coscienza potenziale. Abbastanza spesso avveniva anche che nel sonnambulismo alla mia domanda: "Da dove proviene questo o quel fenomeno?" essa aggrottasse la fronte e dopo una pausa rispondesse un po' avvilita: "Questo non lo so." Avevo preso l'abitudine di dire allora: "Rifletta, lo verrà a sapere subito", ed essa dopo breve raccoglimento poteva darmi la risposta chiesta. Succedeva però anche che non le venisse in mente nulla e che io le dovessi lasciare il compito di ricordarsene per il giorno dopo, ciò che ogni volta faceva.

Questa donna, che nella vita quotidiana evitava meticolosamente qualsiasi bugia, non mentiva mai neanche in ipnosi; avveniva però che fornisse indicazioni incomplete, trattenendo una parte della comunicazione sino a che una seconda volta non le imponevo il completamento. Come nell'esempio dato a pagina 239, era per lo piú l'avversione ispiratale dall'argomento a chiudere la bocca anche nel sonnambulismo. Nonostante queste riserve, l'impressione che faceva il suo comportamento psichico nel sonnambulismo, era complessivamente quello di un libero impiego della sua energia intellettuale e della completa disponibilità del suo bagaglio di ricordi.

La sua suggestionabilità nel sonnambulismo, innegabilmente grande, era tuttavia molto lontana da una patologica assenza di resi-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

stenza, Devo dire, tutto sommato, che non facevo su di lei un'impressione maggiore di quella che, intervenendo nel meccanismo psichico, mi sarei potuta aspettare in qualsiasi altra persona che mi avesse ascoltato con grande fiducia e in piena lucidità mentale; sta solo il fatto che la signora von N. nel suo cosiddetto stato normale non mi poteva offrire una condizione psichica cosí favorevole. Quando, come nel caso della paura degli animali, non riuscivo a farle accettare elementi per una convinzione, o quando, invece di addentrarmi nella storia della formazione psichica del sintomo, volevo agire mediante una suggestione autoritaria, notavo ogni volta l'espressione tesa e scontenta nel volto della sonnambula; e se alla fine chiedevo: "Dunque, avrà ancora paura di questo animale?", la risposta era: "No... perché Lei lo esige." Una promessa del genere, che poteva poggiare soltanto sulla sua obbedienza verso di me, non aveva mai successo propriamente; non ne aveva cosí come non ne avevano tutti gli insegnamenti generici che io le davo e in luogo dei quali avrei altrettanto bene potuto ripeterle l'unico suggerimento: "Stia bene."

La stessa persona che si aggrappava cosí ostinatamente ai suoi sintomi morbosi contro la suggestione, abbandonandoli soltanto in seguito ad analisi psichica o persuasione, era d'altronde docile alla suggestione come il miglior soggetto d'ospedale, quando si trattava di suggestioni indifferenti, di cose che non avevano alcun rapporto con la sua malattia. Ho comunicato esempi di questa obbedienza postipnotica nella storia clinica della paziente. Non vedo alcuna contraddizione in tale comportamento. Il diritto della rappresentazione piú forte doveva farsi valere anche qui. Se si approfondisce lo studio del meccanismo della "idea fissa" patologica, si trova che essa è fondata e sostenuta da tante esperienze intensamente attive, che non ci si può meravigliare se riesce a resistere con successo alla controrappresentazione suggerita, che a sua volta è dotata soltanto di una certa forza. Sarebbe soltanto un cervello veramente patologico quello nel quale fosse possibile soffiar via con la suggestione cosí giustificati risultati di processi psichici intensi.[1]

[1] Questo interessante contrasto fra l'estrema obbedienza sonnambulica per ogni altra cosa e l'ostinata persistenza dei sintomi morbosi in quanto profondamente motivati e inaccessibili all'analisi, mi aveva già impressionato profondamente in un altro caso. Ho avuto per cinque mesi in cura una ragazza giovane, vivace e dotata di talento, che da un anno e mezzo era affetta da grave disturbo nella deambulazione, senza aver potuto aiutarla. La fanciulla aveva analgesia e zone dolorose su ambedue le gambe, tremore rapido alle mani, camminava curva in avanti con le gambe pesanti, a piccoli passi e vacil-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Mentre studiavo lo stato sonnambulico della signora von N., mi vennero per la prima volta forti dubbi sull'esattezza della frase di Bernheim: "*tout est dans la suggestion*" [tutto consiste nella suggestione], e sulla deduzione trattane dal suo acuto amico Delbœuf: "*comme quoi il n'y a pas d'hypnotisme*" [e pertanto non esiste ipnotismo]. Anche oggi non riesco a comprendere che il mio dito proteso e le parole "dorma" pronunciate una volta sola possano aver creato quel particolare stato psichico della paziente, in cui la sua memoria si estendeva sopra tutte le sue esperienze psichiche. Potevo avere suscitato quello stato, ma non averlo certo creato con la mia suggestione, dato che i suoi caratteri, che del resto sono universalmente validi, mi sorprendevano tanto.

In qual maniera si fosse svolta una terapia qui, nel sonnambulismo, risulta abbastanza dalla storia clinica della paziente. Io combattevo, come si usa nella psicoterapia ipnotica, le rappresentazioni morbose per mezzo di assicurazioni, divieti, introduzione di rappresentazioni opposte di ogni specie, ma non mi accontentavo di questo; cercavo

lando con andatura di tipo cerebello-atassico, spesso anche cadendo. Il suo stato d'animo era notevolmente sereno. Uno dei nostri luminari viennesi di allora si era lasciato indurre da questo complesso di sintomi a diagnosticare una sclerosi multipla; un altro specialista riconobbe l'isteria, a favore della quale stava anche la configurazione complicata della sindrome all'inizio della malattia (dolori, deliqui, amaurosi), e mi passò la paziente per la cura. Tentai di migliorare la sua andatura mediante la suggestione ipnotica, con trattamento delle gambe nell'ipnosi ecc., ma senza alcun successo, quantunque fosse un'eccellente sonnambula. Un giorno che essa era entrata come al solito vacillando nella stanza, con un braccio appoggiato a quello di suo padre, l'altro a un ombrello la cui punta era già molto consunta, perdetti la pazienza e le ordinai violentemente nell'ipnosi: "È ora ormai di finirla. Domani mattina quell'ombrello le si romperà in mano, dovrà tornare a casa senza e da quel momento in poi non ne avrà piú bisogno." Non so come potei commettere la stupidaggine di indirizzare una suggestione a un ombrello; mi vergognai in seguito; non sospettavo tuttavia che la mia intelligente paziente si sarebbe incaricata di salvarmi agli occhi del padre, che era medico e assisteva alle ipnosi. Il giorno seguente il padre mi narrò: "Sa che cosa ha fatto ieri? Andiamo sulla Ringstrasse [il principale viale di Vienna]; tutto a un tratto diventa sfrenatamente allegra e comincia — in mezzo alla strada — a cantare: *Ein freies Leben führen wir* ["Una libera vita conduciamo", primo verso del canto dei masnadieri, dai *Masnadieri* di Schiller], batte il ritmo sul lastrico con l'ombrello e lo rompe." Naturalmente essa non sospettava di avere proprio lei trasformato in modo cosí spiritoso una suggestione insensata in un esito brillante. Poiché il suo stato non migliorava con le assicurazioni, le ingiunzioni e il trattamento nell'ipnosi, mi rivolsi all'analisi psichica e volli conoscere quale stato emotivo avesse preceduto lo scoppio del male. Narrò allora (nell'ipnosi, ma senza alcuna agitazione), che poco prima era morto un giovane parente, di cui si considerava fidanzata da molti anni. Questa comunicazione però non cambiò nulla nel suo stato; nell'ipnosi successiva le dissi perciò di essere fermamente convinto che la morte del cugino non aveva nulla a che vedere col suo stato, e che era accaduta un'altra cosa che essa non aveva menzionata. Allora si lasciò trascinare a un semplice accenno; ma non appena ebbe detta una parola, ammutolí, e il vecchio padre che sedeva dietro di lei cominciò a singhiozzare amaramente. Naturalmente non insistetti oltre con l'ammalata, ma non la rividi mai piú.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

invece la storia della formazione dei singoli sintomi, allo scopo di poter combattere i presupposti sui quali le idee morbose erano costruite. Durante tali analisi, accadeva poi regolarmente che la paziente con i segni della piú violenta agitazione parlasse di cose il cui affetto aveva finora trovato scarico soltanto come espressione di moti d'animo [p. 250]. Quanta parte del successo terapeutico ogni volta raggiunto spetti a questa suggestione di eliminazione *in statu nascendi*, e quanta invece alla liquidazione dell'affetto mediante abreazione, non posso dire, perché ho fatto agire insieme entrambi i momenti terapeutici. Questo caso quindi non può essere utilizzato per una dimostrazione rigorosa della efficacia terapeutica del metodo catartico; devo però dire che furono eliminati veramente in modo stabile solo quei sintomi morbosi per i quali avevo eseguito l'analisi psichica.

Nel suo complesso il successo terapeutico era abbastanza cospicuo, ma non durevole; la disposizione della paziente ad ammalarsi in modo analogo per effetto di nuovi traumi che la colpivano, non venne eliminata. Chi volesse intraprendere la guarigione definitiva di una tale isteria dovrebbe rendersi conto della connessione tra i fenomeni in modo piú profondo di quanto io allora non abbia tentato. Frau von N. era certamente una persona con tara nevropatica ereditaria. Senza una tale disposizione non si produce probabilmente affatto un'isteria. Ma, d'altra parte, la disposizione da sola, non fa ancora isteria, ci vogliono cause e precisamente, come io sostengo, cause adeguate, un'etiologia di natura determinata. Ho menzionato dianzi che nella signora von N. gli affetti di tante esperienze traumatiche parevano conservati e che un'attività mnemonica vivace portava alla superficie psichica ora questo trauma ora quello. Vorrei ora tentar di indicare la causa di questa conservazione degli affetti nella signora von N. Essa sta certo in relazione con la sua disposizione ereditaria. Da un lato, infatti, le sue impressioni erano molto intense, in quanto essa era una natura ardente, capace di sviluppare un massimo di passionalità; d'altro lato, dopo la morte del marito, essa viveva in completa solitudine psichica, era divenuta diffidente, per le persecuzioni della parentela, nei riguardi degli amici, e vigilava gelosamente perché nessuno guadagnasse troppa influenza sul suo comportamento. La cerchia dei suoi doveri era grande e tutto il lavoro psichico che le era imposto, essa lo svolgeva senza amici o confidenti, pressoché isolata dalla sua famiglia, e con le ulteriori difficoltà che le derivavano dalla sua coscienziosità, dalla sua tendenza a tormentarsi,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

spesso anche dalla sua naturale perplessità di donna. In breve, il meccanismo della *ritenzione di grandi somme di eccitamento* non può in quanto tale esser qui trascurato. Tale meccanismo deriva in parte dalle circostanze della sua vita, in parte dalla sua naturale disposizione; essa era, per esempio, talmente aliena dal comunicare cose che riguardassero la sua persona, da far sí che nessuno dei quotidiani visitatori della sua casa, come mi accorsi con stupore nel 1891, sapeva che lei era malata o che io ero il suo medico.

Ho esaurito cosí l'etiologia di questo caso di isteria? Credo di no, perché all'epoca delle due cure io non ponevo ancora quelle domande alle quali è necessaria una risposta se si vuol ottenere un chiarimento esauriente. Penso adesso che deve essere intervenuto qualche cosa in piú, perché sulla base di immutate condizioni, etiologicamente attive da tanti anni, proprio negli ultimi anni venisse provocata l'esplosione del male. Mi ha anche colpito il fatto che in tutte le comunicazioni intime fattemi dalla paziente mancava del tutto l'elemento sessuale, che rappresenta piú di ogni altro un'occasione di traumi. Gli eccitamenti in questa sfera non potevano essere rimasti cosí, senza alcun residuo, ed è probabilmente una *editio in usum delphini* della storia della sua vita, quella che io avevo potuto udire. Il comportamento della paziente era improntato alla maggiore e non artificiosa decenza e senza *pruderie*. Ma se penso al ritegno col quale nell'ipnosi essa mi narrò la piccola avventura della sua cameriera in albergo, mi viene il sospetto che questa donna passionale, capace di sentimenti cosí intensi, abbia riportato vittoria sui propri bisogni sessuali non senza gravi lotte, e che essa in dati periodi si sia psichicamente esaurita nel tentativo di reprimere questo che è la piú potente di tutte le pulsioni. Una volta mi confessò di non essersi risposata perché, data l'entità del suo patrimonio, non poteva esser sicura del disinteresse dei pretendenti e perché aveva lo scrupolo di nuocere con un nuovo matrimonio agli interessi delle sue due figlie.

Un'altra osservazione devo aggiungere prima di conchiudere la storia clinica della signora von N. Noi l'abbiamo conosciuta abbastanza bene tutti e due, il dottor Breuer ed io, e per un tempo abbastanza lungo; e solevamo sorridere quando confrontavamo l'immagine del suo carattere con la descrizione della psiche isterica che da tempi antichi viene tramandata nei libri e nell'opinione dei medici. Se dall'osservazione della signora Cäcilie M. avevamo potuto costatare che l'isteria, pur nella forma piú grave, è conciliabile con

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

un talento assai fertile e originale – fatto questo che risulta del resto evidente dalle biografie di donne importanti per la storia e per la letteratura – nella signora Emmy von N. avevamo un esempio del fatto che l'isteria non esclude neppure un perfetto sviluppo del carattere e un modo di vivere assennato e consapevole. Quella di cui avevamo fatto la conoscenza, era una donna eccellente, che si imponeva a entrambi per la serietà morale nella concezione dei propri doveri, per intelligenza ed energia addirittura mascoline, per l'elevata cultura e l'amore della verità, mentre la sua benevola cura per tutte le persone da lei dipendenti, la sua intima modestia e la finezza dei suoi modi la rendevano degna di stima anche come dama. Chiamare una simile donna "degenerata" significava deformare il significato di questa parola cosí da renderla irriconoscibile. Occorre distinguere concettualmente fra persone "predisposte" e persone "degenerate", giacché altrimenti ci si vedrà obbligati ad ammettere che l'umanità deve buona parte delle sue grandi conquiste agli sforzi di individui "degenerati".

Confesso anche di non poter trovare nella storia della signora von N. nulla di quella "insufficienza psichica" a cui Pierre Janet fa risalire l'origine dell'isteria.[1] La disposizione isterica consisterebbe secondo tale autore in una abnorme restrizione del campo della coscienza (in seguito a degenerazione ereditaria), la quale porterebbe a trascurare intere serie di percezioni, determinando poi la scissione dell'Io e dell'organizzazione di personalità secondarie. Di conseguenza anche il resto dell'Io, dopo il distacco dei gruppi psichici organizzati istericamente, dovrebbe essere meno capace dell'Io normale; e infatti secondo Janet questo Io nelle isteriche è affetto da stigmate psichiche, è condannato al monoideismo ed è incapace di svolgere le ordinarie attività volontarie della vita. Ritengo che Janet abbia qui erroneamente elevato stati, che sono soltanto una conseguenza della modificazione isterica della coscienza, al rango di condizioni primarie dell'isteria. Il tema merita una trattazione piú approfondita che potrà esser fatta altrove;[2] nella signora von N., tuttavia, nulla di simile poteva essere osservato. Nei periodi piú gravi della sua malattia essa era e rimaneva capace di svolgere la sua parte nella direzione di una grande impresa industriale, di non perdere

[1] [Il passo è basato con ogni probabilità sul libro di P. Janet, *État mental des hystériques* (2 voll., Parigi 1892-94) vol. 2, p. 300; Freud traduce con "*psychische Minderleistung*" (riduzione delle prestazioni psichiche) il termine di Janet: *insuffisance psychologique*.] [2] [Sarà discusso piú oltre da Breuer, pp. 375 sgg.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mai di vista l'educazione delle figlie, di continuare la corrispondenza con persone intellettualmente eminenti, in breve di adempiere a tutti i suoi doveri in misura tale che la sua malattia poteva rimanere nascosta. Mi pare dunque che ciò costituisse una superprestazione psichica in misura assai elevata, la quale forse non poteva durare a lungo e avrebbe portato a un esaurimento, alla *misère psychologique* secondaria. All'epoca in cui la vidi per la prima volta, cominciava probabilmente a farsi già sentire questo deterioramento della sua capacità, ma, a ogni modo, l'isteria grave sussisteva da molti anni prima che si facessero sentire questi sintomi dell'esaurimento.[1]

[1] [*Nota aggiunta nel 1924*] So bene che nessun analista può leggere oggi questa storia clinica senza un sorriso di compassione. Si tenga conto però che si trattò del primo caso in cui applicai in larga misura il procedimento catartico. Per questo motivo voglio lasciare alla relazione la sua forma originale, e non esprimere alcuna di quelle critiche che attualmente sarebbe tanto facile fare, né tentare di colmare a posteriori le numerose lacune. Voglio solo aggiungere due cose: la comprensione dell'etiologia effettiva della malattia alla quale sono pervenuto piú tardi e alcune notizie sull'ulteriore decorso della malattia stessa.

Quando, come dissi, passai alcuni giorni ospite nella sua casa di campagna, era presente durante un pasto un estraneo che evidentemente si sforzava di riuscire gradevole. Dopo la sua partenza essa mi chiese se mi era piaciuto, e soggiunse come per caso: "Pensi un po', quell'uomo mi vuole sposare." In connessione con altre osservazioni, a cui non avevo dato importanza, dovetti rendermi conto che essa sentiva allora il desiderio di un nuovo matrimonio, ma che trovava nella presenza delle due figlie, eredi dei beni paterni, l'ostacolo alla realizzazione del suo proposito.

Alcuni anni dopo incontrai in un congresso scientifico un eminente medico delle stesse parti della signora Emmy, e gli chiesi se conosceva la signora e se sapeva come stesse. Sí, la conosceva e l'aveva curata egli stesso ipnoticamente; essa con lui — e con molti altri medici ancora — aveva recitato la stessa commedia che con me. Era giunta in condizioni miserande, aveva premiato il trattamento ipnotico con un successo straordinario, per poi improvvisamente guastarsi col medico e abbandonarlo riattivando in pieno la propria malattia. Era la tipica "coazione a ripetere".

Soltanto dopo un quarto di secolo ricevetti nuovamente notizie della signora Emmy. La figlia maggiore, la stessa per la quale avevo già fatto una prognosi tanto sfavorevole, si rivolse a me chiedendomi un parere peritale sullo stato mentale della madre in base al mio trattamento di un tempo. Essa intendeva intraprendere passi legali contro la madre che descriveva come una tiranna crudele e spietata. Aveva interrotto ogni rapporto con le due figlie e si rifiutava di assisterle nelle loro difficoltà materiali. La scrivente si era laureata ed era sposata.

[Del caso della signora Emmy von N., già brevemente descritto da Freud in *Un caso di guarigione ipnotica* (1892) pp. 129 sg., vi è un accenno anche nella prima delle *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* (1909).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

3. MISS LUCY R., TRENTENNE (Freud)

Alla fine del 1892 un amico collega mi mandò una giovane che era in trattamento da lui per riniti purulente cronicamente ricorrenti. Come risultò in seguito, la causa dei suoi ostinati disturbi era una carie dell'etmoide. Recentemente la paziente si era ancora rivolta a lui per nuovi sintomi che l'esperto medico non poteva piú attribuire ad affezione locale. Essa aveva completamente perduto la percezione olfattiva, ed era perseguitata quasi ininterrottamente da una o due impressioni olfattive soggettive. Le risentiva come molto penose; era inoltre depressa, stanca, si lamentava di avere la testa pesante, di scarso appetito e incapacità di lavorare.

La giovane donna, che viveva come istitutrice nella casa di un direttore di fabbrica nella periferia di Vienna, veniva a trovarmi di tanto in tanto durante il mio orario di visite. Era inglese, di costituzione delicata, povera di pigmento, in buona salute prima dell'affezione al naso. Le sue prime comunicazioni confermarono le indicazioni del medico. Soffriva di depressione e stanchezza, era tormentata da impressioni olfattive soggettive, presentava come sintomi isterici un'analgesia generale abbastanza evidente, con sensibilità tattile intatta; i campi visivi ad un esame sommario (con la mano) non risultavano ridotti. L'interno del naso era completamente analgesico e privo di riflessi. I contatti venivano percepiti, la percezione di questo organo sensorio era abolita tanto per stimoli specifici quanto per altri stimoli (ammoniaca, acido acetico). Il catarro nasale purulento era proprio allora in una fase di miglioramento.

Nel primo tentativo di rendere intelligibile questo caso, le sensazioni olfattive soggettive, che erano allucinazioni ricorrenti, furono sottoposte all'interpretazione dei sintomi isterici permanenti. La sua depressione era forse l'affetto relativo al trauma, e doveva potersi trovare un fatto vissuto nel quale questi odori, ora diventati soggettivi, fossero stati oggettivi; questo fatto vissuto doveva essere il trauma di cui come simboli ricorrevano nella memoria le sensazioni olfattive. Forse sarebbe stato piú giusto considerare le allucinazioni olfattive ricorrenti, insieme con la depressione che le accompagnava, quali equivalenti dell'attacco isterico; il carattere delle allucinazioni ricorrenti, infatti, le rende inadatte al ruolo di sintomi permanenti.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

In questo caso in stadio rudimentale la distinzione era difficile; era tuttavia assolutamente necessario che le sensazioni olfattive soggettive presentassero una specializzazione che potesse corrispondere alla loro provenienza da un oggetto reale ben determinato.

Questa aspettativa fu ben presto soddisfatta. Alla mia domanda su quale odore la perseguitasse maggiormente, ricevetti la risposta: come di dolce bruciato. Non mi restava quindi che supporre che veramente l'odore di dolce bruciato fosse quello che si era verificato nel fatto traumatico realmente vissuto. Che sensazioni olfattive vengano assunte come simboli mnestici di traumi, è invero abbastanza insolito; era tuttavia facile trovare un motivo per questa scelta. La paziente era affetta da rinite purulenta, per cui il naso e le sue sensazioni attiravano in modo preminente la sua attenzione. Delle condizioni di vita della paziente sapevo soltanto che nella casa, nella quale essa accudiva due bambine, mancava la madre, morta alcuni anni prima per una grave malattia acuta.

Decisi dunque di prendere l'odore di "dolce bruciato" come punto di partenza per l'analisi. Voglio raccontare la storia di questa analisi cosí come essa avrebbe potuto svolgersi in condizioni favorevoli; nella realtà dei fatti, ciò che avrebbe dovuto costituire una seduta unica si svolgeva in piú sedute, perché la paziente poteva venire a trovarmi soltanto durante il mio orario di visite, quando le potevo dedicare poco tempo, e inoltre un unico argomento di conversazione si protraeva per piú di una settimana, in quanto i suoi doveri non le permettevano di fare tante volte la lunga strada dalla fabbrica al mio studio. Interrompevamo quindi il colloquio a metà, per riprenderne il filo la volta successiva.

Miss Lucy R. non divenne sonnambula quando cercai di metterla in ipnosi. Rinunciai quindi al sonnambulismo e compii tutta l'analisi con lei in uno stato che di fatto si distingueva assai poco da quello normale.

Su questo punto della tecnica impiegata, debbo essere piú preciso. Quando nell'anno 1889 frequentai le cliniche di Nancy, sentii dire al vecchio maestro dell'ipnosi, il dottor Liébeault: "Certo, se possedessimo i mezzi per rendere sonnambulo chiunque, il metodo curativo ipnotico sarebbe il piú potente di tutti." Nella clinica di Bernheim sembrava quasi che un'arte siffatta esistesse veramente e che la si potesse apprendere da Bernheim. Non appena però cercai di esercitare quest'arte sui miei malati personali, mi accorsi che, per

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

lo meno alle mie forze, si ponevano a tale riguardo limiti ben angusti, e che quando un paziente non diventava sonnambulo dopo tre tentativi al massimo, io non possedevo piú alcun mezzo per renderlo tale. La percentuale dei sonnambuli rimase per la mia esperienza di gran lunga al di sotto di quella indicata da Bernheim.

Cosí mi trovai davanti a un bivio: o abbandonare il metodo catartico nella maggior parte dei casi che sembravano richiederlo, o fare il tentativo di esercitare quel metodo al di fuori del sonnambulismo in casi di leggero o anche dubbio influenzamento ipnotico. Mi parve indifferente determinare a quale grado di ipnosi – secondo una delle scale stabilite al riguardo – corrispondesse lo stato non sonnambulico raggiunto, poiché ogni forma di accessibilità suggestiva è comunque indipendente dalle altre, mentre la realizzazione della catalessi, di movimenti automatici e simili non pregiudica in alcun modo la facilità di ridestare ricordi dimenticati, che a me serviva. Perdetti ben presto l'abitudine di effettuare le prove destinate a stabilire il grado dell'ipnosi, perché in tutta una serie di casi esse attivavano la resistenza dei pazienti guastandomi la fiducia che mi era necessaria per il lavoro psichico piú importante. Del resto mi ero presto stancato, dopo l'assicurazione e il comando: "Lei dormirà!... dorma!", di sentirmi sempre obiettare, nei casi piú leggeri di ipnosi: "Ma, signor dottore, io non sto dormendo!", e d'essere poi costretto a tirar fuori l'imbarazzante distinzione: "Già, ma io non intendo il sonno comune, intendo l'ipnosi. Vede, Lei è ipnotizzato, non riesce piú ad aprire gli occhi", eccetera. "Del resto non è affatto necessario che Lei dorma", e cose simili. Sono ben persuaso che molti dei miei colleghi in psicoterapia sappiano trarsi d'impiccio in queste difficoltà piú abilmente di me e quindi potranno anche procedere diversamente. Trovo però che, se ci si deve attendere con tale frequenza di trovarsi in imbarazzo per l'uso di una data parola, val meglio evitare tanto la parola quanto l'imbarazzo. Quando dunque il primo tentativo non produceva sonnambulismo o un grado di ipnosi con ben chiari mutamenti somatici, io apparentemente rinunciavo all'ipnosi, chiedevo soltanto "concentrazione" e ordinavo la posizione supina e la chiusura volontaria degli occhi quale semplice mezzo per raggiungere questa "concentrazione". In tal modo, forse, con poca fatica potevo anche ottenere il piú profondo grado d'ipnosi raggiungibile in quel caso particolare.

Rinunciando al sonnambulismo, poteva però darsi che io mi privassi di una condizione pregiudiziale senza la quale il metodo catar-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tico sembrava inapplicabile. Esso era infatti basato sul presupposto che i pazienti nello stato di coscienza modificato disponessero di ricordi e riconoscessero connessioni apparentemente non esistenti nel loro stato di coscienza normale. Mancando l'allargamento sonnambulico della memoria, doveva mancare persino la possibilità di stabilire una determinazione causale, quale è presentata dal malato al medico non come cosa a lui [al malato] nota; proprio i ricordi patogeni, come abbiamo detto nella "Comunicazione preliminare" [p. 181], "sono del tutto assenti dalla memoria dei malati nel loro stato psichico ordinario o sono presenti soltanto in forma assai sommaria".

Da questa nuova difficoltà mi salvò il ricordo di aver visto Bernheim stesso fornire la prova che i ricordi del sonnambulismo sono soltanto apparentemente dimenticati nella veglia, e che si possono ridestare mediante un leggero ammonimento, dato insieme a una pressione della mano a indicare un diverso stato di coscienza. Egli aveva, ad esempio, provocato in una sonnambula l'allucinazione negativa che egli non fosse piú presente, e aveva poi cercato di farsi notare da lei in vario modo e anche bruscamente. Ma non c'era riuscito. Dopo che la paziente fu svegliata, le chiese che cosa egli avesse fatto con lei mentre essa riteneva che egli non ci fosse. Stupita essa rispose di non saper nulla; ma egli non cedette, sostenne che si sarebbe ricordata di tutto, le mise la mano sulla fronte perché si rammentasse, ed ecco che essa finí col narrare tutto ciò che nello stato sonnambulico pretendeva di non aver percepito e di cui allo stato di veglia pretendeva di non aver saputo.

Questo esperimento sorprendente e istruttivo fu il mio modello. Decisi di procedere partendo dall'ipotesi che la mia paziente sapesse effettivamente tutto ciò che aveva una qualche importanza patogena, e che occorresse soltanto costringerla a darne comunicazione. Quando perciò accadeva che alla domanda: "Da quando ha questo sintomo?" oppure: "Da dove proviene questo?" ricevevo la risposta: "Questo davvero non lo so", agivo nel modo seguente: mettevo la mano sulla fronte della paziente o prendevo il suo capo fra le mie due mani, affermando: "Le verrà ora in mente sotto la pressione della mia mano. Nel momento in cui cesserò di premere, Lei vedrà qualche cosa davanti a sé, o le passerà qualcosa per la testa, e questa cosa Lei la deve afferrare. È proprio ciò che noi cerchiamo. – Ebbene, che cosa ha visto o che cosa le è passato per la mente?"

Quando applicai questo procedimento per le prime volte (e non

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

fu con Miss Lucy R.),[1] fui stupito io stesso che mi venisse comunicato ciò che mi occorreva, e posso dire che da allora in poi il procedimento è quasi sempre riuscito, mi ha sempre mostrato la strada che la mia indagine doveva seguire, permettendomi di portare a termine ogni analisi di questa specie senza sonnambulismo. A poco a poco divenni cosí ardito che ai pazienti che mi rispondevano: "Non vedo nulla" oppure: "Non mi è passato per la mente nulla", dicevo che era impossibile: certamente si era presentata la cosa giusta, soltanto non credevano che lo fosse e l'avevano scartata. Potevo ripetere il procedimento quante volte volessero, e ogni volta avrebbero veduta la stessa cosa. Effettivamente finivo ogni volta per aver ragione, i pazienti non avevano ancora imparato a lasciar da parte le loro critiche, avevano scartato il ricordo che era emerso o l'idea affacciatasi, perché la ritenevano inutilizzabile, qualche cosa di estraneo che si era inserito, e dopo che l'avevano comunicata risultava ogni volta che si trattava della cosa giusta. Talvolta, quando riuscivo ad ottenere la comunicazione dopo la terza o la quarta pressione, il paziente mi diceva: "Sí, questo l'ho saputo fin dalla prima volta, ma proprio questo non lo volevo dire", oppure: "Speravo che non fosse questo."

Questo modo di allargare la coscienza apparentemente ristretta era certo faticoso molto piú, almeno, dell'interrogazione nel sonnambulismo, ma esso mi rendeva comunque indipendente dal sonnambulismo e mi permise di comprendere i motivi che spesso sono decisivi per la "dimenticanza" di ricordi. Posso affermare che questo dimenticare è spesso intenzionale e desiderato. Ed esso è sempre solo *apparentemente* riuscito.

[1] [La tecnica della pressione sembra sia stata usata da Freud per la prima volta durante il trattamento, iniziato alla fine del 1892, della signorina Elisabeth von R. (vedi oltre, p. 299). A questa tecnica Freud fa riferimento alcune volte nel corso degli *Studi sull'isteria*, ma affiorano leggere discrepanze: in particolare, in questo caso (vedi poche righe sopra) la paziente vedrà qualche cosa, o le passerà qualche cosa per la testa, nel momento in cui Freud "cesserà di premere"; a pagina 299, visione e associazione accadranno "nel momento della pressione"; a pagina 408, "durante tutto il tempo della pressione". Questa tecnica fu sicuramente abbandonata da Freud prima del 1903, poiché la sconfessa in *Il metodo psicoanalitico freudiano* (1903) (dove afferma di evitare qualsiasi forma di contatto fisico con i pazienti, durante l'analisi), ma già non ne parla piú nell'*Interpretazione dei sogni* (1899), vedi ivi p. 103, dove tuttavia Freud raccomanda ancora l'uso di far chiudere gli occhi.

Per quanto, invece, riguarda il periodo di uso dell'ipnotismo vero e proprio, abbiamo una lettera a Fliess del 28 dicembre 1887, in cui Freud scrive: "Durante le ultime settimane mi sono immerso nell'ipnotismo", mentre in una conferenza sulla *Psicoterapia* (1904) dichiara di non aver usato l'ipnosi per uso terapeutico da circa otto anni (a parte esperimenti eccezionali). Ne risulta che Freud adoperò l'ipnotismo a un dipresso tra il 1887 e il 1896.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Forse ancora piú strano mi è parso che numeri e date apparentemente dimenticati da gran tempo possono essere riportati alla mente con un procedimento simile, dimostrando cosí un'insospettata fedeltà della memoria. La limitazione nella scelta, che si ha nella ricerca di numeri e date, permette infatti di far uso della legge, nota dalla dottrina dell'afasia, per cui il riconoscere è una prestazione della memoria piú semplice che non il rammentare spontaneamente.[1]

Davanti al paziente, che non sa ricordarsi in quale anno mese e giorno un determinato evento si sia verificato, si enumerano gli anni di cui si può trattare, i dodici nomi dei mesi, e i trentun numeri dei giorni del mese, assicurandolo che al numero o al nome giusto, i suoi occhi gli si apriranno da soli, o che egli sentirà quale numero sia quello giusto. Nella gran maggioranza dei casi i pazienti si decidono davvero per una data determinata, e abbastanza spesso (come nel caso della signora Cäcilie M.) si è potuto dimostrare in base ad annotazioni esistenti che la data riconosciuta era esatta. Altre volte e con altri pazienti è risultato che la data cosí trovata era sicura in base al contesto dei fatti ricordati. Ad esempio, la paziente osservava dopo che le si presentava la data ricavata con il "conteggio": "Ma questo è il compleanno del babbo", continuando poi: "Sí, certamente, proprio perché era il compleanno del babbo, mi aspettavo l'evento di cui abbiamo parlato."

Posso solo sfiorare qui questo argomento. La conclusione che ho tratto da tutte queste osservazioni è che le esperienze patogeneticamente importanti sono fedelmente ritenute dalla memoria insieme con tutte le loro circostanze accessorie, anche quando sembrano dimenticate e quando al malato manca la capacità di rammentarsene.[2]

[1] [Vedi S. Freud, *Zur Auffassung der Aphasien* (Vienna 1891).]

[2] Come esempio per la tecnica sopra descritta dell'esplorazione in stato non di sonnambulismo, e cioè con coscienza non allargata, voglio narrare un caso da me analizzato proprio in questi ultimi giorni. Ho in cura una donna di trentotto anni, che soffre di nevrosi d'angoscia (agorafobia, accessi di angoscia della morte e simili). Come molti di questi malati essa non ammette volentieri di avere contratto il male nella sua vita matrimoniale e vorrebbe ricondurlo alla prima giovinezza. Cosí mi narra di avere avuto a diciassette anni il primo accesso di vertigine con angoscia e senso di svenimento, per la strada nella sua piccola città natale, e che questi accessi si sarebbero poi periodicamente ripetuti fino a convertirsi pochi anni fa nel male attuale. Suppongo che questi primi accessi di vertigine, ai quali sempre piú veniva mescolandosi l'angoscia, fossero isterici e decido di addentrarmi nella loro analisi. In un primo tempo essa sa soltanto che il primo accesso la sorprese mentre era uscita per fare acquisti nei negozi della via principale. "Che cosa voleva comperare?" — "Svariate cose, credo, per un ballo al quale ero invitata." — "Quando doveva aver luogo questo ballo?" — "Mi sembra, due giorni dopo." — "Ma allora deve essere accaduto qualcosa già alcuni giorni prima, qualcosa che la agitava, che le faceva impressione." — "Non ne so niente, sono passati ventun anni." — "Non importa, Lei ricorderà egualmente. La premerò sulla testa, e quando

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Dopo questa lunga ma inevitabile digressione, ritorno alla storia di Miss Lucy R. Essa dunque nelle esperienze d'ipnosi non diventava sonnambula, ma rimaneva tranquillamente sdraiata in stato di lieve influenzamento suggestivo con gli occhi stabilmente chiusi, i tratti del volto un po' rigidi, immobile. Le chiesi se ricordava in quale occasione fosse sorta la sensazione dell'odore di dolce bruciato.

smetterò di premere, Lei penserà a qualcosa o vedrà qualcosa, quella cosa poi la dirà." Eseguisco; ma essa tace. "Allora, non Le è venuto in mente niente?" — "Ho pensato a una cosa, ma non può esserci una connessione." — "La dica egualmente." — "Ho pensato a un'amica, una ragazza giovane, che è morta; ma è morta quando io avevo diciotto anni, cioè un anno dopo." — "Vedremo, insistiamo su questo punto. Mi parli di questa sua amica." — "La sua morte mi ha molto turbata, perché ci vedevamo spesso. Alcune settimane prima era morta un'altra ragazza giovane; fu una cosa che fece grande sensazione in città; ma allora era proprio quando avevo diciassette anni." — "Lo vede, le ho ben detto che ci si può fidare delle cose che vengono in mente sotto la pressione della mano. Si ricorda ora a cosa stesse pensando quando Lei ebbe l'accesso di vertigine in istrada?" — "Non pensavo a niente, soltanto un senso di vertigine." — "Questo non è possibile, questi stati non si producono senza un'idea che li accompagni. Premerò di nuovo, e il pensiero di allora Le ritornerà." — "Dunque che cosa Le è venuto in mente?" — "Mi è venuto in mente: 'Adesso io sono la terza.'" — "Che cosa significa questo?" — "Quella volta dell'accesso di vertigine devo aver pensato: 'Adesso muoio anch'io come le altre due ragazze.'" — "Era quindi questa, l'idea; Lei ha pensato, durante quell'accesso, all'amica. La sua morte, quindi, le deve aver fatto una grande impressione." — "Certamente sí, mi ricordo adesso; quando seppi ch'era morta, fu per me terribile dover andare a un ballo, mentre lei era morta. Ma ero stata tanto contenta di andare a quel ballo e mi ero tanto data da fare nei preparativi; non volevo neanche pensare al triste avvenimento." (Si noti qui la rimozione intenzionale dalla coscienza. che rende patogeno il ricordo dell'amica.)

L'attacco è ora in qualche modo spiegato, ma io credo ancora un fattore occasionale che abbia provocato il ricordo proprio in quel momento, e formulo a questo proposito una ipotesi che è per caso felice. "Lei si ricorda con precisione per quale strada è passata quella volta?" — "Certamente, la via principale con le sue vecchie case; la vedo davanti a me." — "Bene, e dove abitava l'amica?" — "In quella stessa via, ero appena passata davanti a casa sua, due case dopo mi è venuto l'accesso." — "Allora è stata la casa a rammentarle l'amica morta, mentre Lei le passava davanti, e il contrasto, di cui Lei allora non voleva saper nulla, l'ha nuovamente afferrata."

Non mi accontento ancora. Forse c'era in giuoco anche qualche altra cosa, che ha destato o rafforzato la disposizione isterica nella ragazza fino allora normale. Le mie supposizioni si orientano verso le mestruazioni, come un fattore idoneo a ciò, e le chiedo: "Sa Lei quando in quel mese ci sono state le mestruazioni?" Essa si irrita: "Anche questo devo sapere? So soltanto che in quell'epoca erano molto rare e irregolari. A diciassette anni, le ebbi una volta sola." — "Allora faremo il conto per vedere quando sia stata quest'unica volta." Nel conteggio essa si decide con sicurezza per un mese e rimane in dubbio fra due giorni immediatamente precedenti una data che corrisponde a una festa fissa. "Vi è qualche rapporto con l'epoca del ballo?" Essa risponde a bassa voce: "Il ballo c'è stato... in quel giorno di festa. E adesso mi ricordo anche che mi ero impressionata per il fatto che le sole mestruazioni che ho avuto in quell'anno abbian dovuto venire proprio prima del ballo. Era il primo ballo al quale fossi invitata."

Ora si può senza difficoltà ricostruire il nesso tra gli avvenimenti, e vedere l'intimo meccanismo di questo attacco isterico. Questo risultato è stato effettivamente ottenuto con parecchia fatica e ha richiesto da parte mia piena fiducia nella tecnica e alcune intuizioni orientatrici per ridestare questi particolari, di un evento dimenticato, dopo ventun anni, in una paziente incredula, e in stato propriamente vigile. Ma tutto alla fine concordava.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

– Oh sí, questo lo so con precisione. È stato circa due mesi fa, due giorni prima del mio compleanno. Ero con le bambine nella stanza adibita ad aula e stavo giocando con loro a cucinare, quando fu portata una lettera che il postino aveva appena recapitato. Riconobbi dal timbro postale e dalla calligrafia che la lettera era di mia mamma, da Glasgow, e volevo aprirla e leggerla. Ma le bambine si precipitarono su di me e mi strapparono la lettera di mano gridando: 'No, non la devi leggere adesso, è certamente per il tuo compleanno, la conserveremo noi per te.' Mentre le bambine giocavano cosí attorno a me, si diffuse improvvisamente un odore intenso. Le bambine avevano dimenticato sul fuoco il dolce che stavano cucinando, e quello si era bruciato. Da allora questo odore mi perseguita, è in complesso sempre presente e diventa piú forte quando sono agitata.

– Vede questa scena chiaramente davanti a sé?

– Sí, proprio cosí come l'ho vissuta, potrei toccarla.

– Che cosa poteva dunque agitarla tanto in questo fatto?

– Mi commuoveva la tenerezza delle bambine verso di me.

– Non erano cosí sempre?

– Sí, ma proprio mentre ricevevo la lettera della mamma.

– Non comprendo in qual modo la tenerezza delle piccole e la lettera della madre potessero costituire un contrasto, cui Lei sembra accennare.

– È che avevo l'intenzione di andare a trovare mia madre, e non avevo cuore di lasciare queste care bambine.

– Mi parli di sua madre. Forse è molto sola e le ha chiesto di andarla a trovare? o era malata in quell'epoca e Lei aspettava sue notizie?

– No, è malaticcia, ma non proprio malata, e ha con sé una persona di compagnia.

– Perché allora doveva lasciare le bambine?

– Non ce la fecevo piú a stare in quella casa. Pare che la governante, la cuoca e la francese credessero che io mi dessi delle arie per la mia posizione; esse si sono coalizzate in un piccolo intrigo contro di me, calunniandomi in tutti i modi col nonno (delle bambine), ed io non ho trovato nei due uomini l'aiuto che attendevo quando mi sono lamentata con loro. Allora ho offerto al signor direttore (il padre delle bambine) le mie dimissioni; egli mi rispose molto gentilmente consigliandomi di riflettere ancora per due settimane prima di comunicargli la mia decisione definitiva. Ero allora proprio in quel

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

periodo di incertezze: credevo di lasciare la casa. Ma poi sono rimasta.

– C'era qualcosa di speciale che la vincolasse alle bambine oltre alla loro tenerezza verso di Lei?

– Sí, avevo promesso sul letto di morte alla loro madre, che era una lontana parente della mia, che mi sarei dedicata alle piccole con tutte le mie forze, che non le avrei abbandonate e che avrei fatto loro da madre. A questa promessa venivo meno licenziandomi.

Cosí dunque l'analisi della sensazione olfattiva soggettiva sembrava compiuta; essa era già stata effettivamente una sensazione oggettiva, intimamente associata ad un evento, una piccola scena in cui si erano contrapposti affetti contrastanti: il rincrescimento di lasciare queste bambine, e le mortificazioni che pure la sollecitavano a prendere quella decisione. La lettera della madre le aveva ovviamente ricordato i motivi della decisione, dato che essa intendeva recarsi da lí presso la madre. Il conflitto degli affetti aveva elevato a trauma questo momento, e come simbolo del trauma le era rimasta la sensazione olfattiva che vi era collegata. Occorreva ancora la spiegazione del fatto per cui di tutte le percezioni sensorie di quella scena essa avesse scelto come simbolo proprio quell'odore. Ero già però preparato a addurre come spiegazione la sua malattia nasale cronica. Alla mia domanda diretta disse anche che proprio in quell'epoca soffriva di nuovo di un raffreddore cosí forte da impedirle quasi di sentire odori. Nel suo stato di agitazione aveva però percepito l'odore del dolce bruciato, che era riuscito a superare l'anosmia di natura organica.

Non mi accontentai però del chiarimento cosí raggiunto. Pareva sí tutto abbastanza plausibile, ma mi mancava qualche cosa, un motivo sufficiente per cui questa serie di eccitamenti e questo contrasto di affetti avevano dovuto portare proprio all'isteria. Perché il tutto non era rimasto sul terreno della vita psichica normale? In altre parole, donde proveniva la giustificazione della conversione qui in atto? Perché essa non si ricordava della scena stessa anziché della sensazione ad essa collegata che lei aveva preferito quale simbolo del ricordo? Tali domande avrebbero potuto essere inessenziali e superflue se si fosse trattato di una isterica consumata, cui il meccanismo della conversione è abituale. Ma questa ragazza aveva contratto l'isteria soltanto in occasione di questo trauma o per lo meno di questa piccola dolorosa faccenda.

Ora io sapevo già dall'analisi di casi consimili che quando l'isteria

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

rappresenta un'acquisizione nuova, è indispensabile una condizione psichica, e cioè che una rappresentazione sia *intenzionalmente rimossa dalla coscienza*,[1] restando esclusa dall'elaborazione associativa. In questa rimozione intenzionale io ravviso anche il motivo della conversione, parziale o totale che sia, della somma di eccitamento. La somma di eccitamento esclusa dall'associazione psichica trova cosí tanto piú facilmente la via erronea per una innervazione somatica. Causa della rimozione stessa può essere soltanto un'impressione spiacevole, l'incompatibilità dell'unica idea da rimuovere con l'insieme delle rappresentazioni dominanti dell'Io. La rappresentazione rimossa però si vendica diventando patogena.

Dal fatto che Miss Lucy R. fosse caduta nella conversione isterica proprio in quel momento, trassi quindi la conclusione che fra i presupposti di quel trauma ve ne dovesse essere uno che essa intenzionalmente voleva lasciare nell'oscurità, sforzandosi di dimenticarlo. Considerando insieme anche la tenerezza per le bimbe e la suscettibilità verso le altre persone della casa, tutto ciò ammetteva una sola interpretazione. Ebbi il coraggio di comunicare questa interpretazione alla paziente. Le dissi:

— Non credo che queste siano tutte le ragioni del suo sentimento verso le due bambine; suppongo piuttosto che Lei, forse senza rendersene conto, sia innamorata del suo padrone, del direttore, e nutra in sé la speranza di poter occupare effettivamente il posto della madre; aggiunga che Lei è diventata tanto sensibile nei riguardi della servitú con la quale ha vissuto insieme in pace per anni. Lei teme che questa gente si accorga in qualche modo delle sue speranze e la schernisca per questo.

La sua risposta fu come sempre laconica: — Sí, credo che sia cosí.

— Se però sapeva di amare il direttore, perché non me lo ha detto?

— Ma io non lo sapevo, o meglio non lo volevo sapere, volevo togliermelo dalla testa, non pensarci mai piú, e credo anche di esserci riuscita in quest'ultimo tempo.[2]

[1] [Il significato dell'avverbio "intenzionalmente", che accompagna talora le prime apparizioni del termine "rimosso", è chiarito da Freud all'inizio di *Le neuropsicosi da difesa* (1894), ove sottolinea che "la scissione del contenuto di coscienza [...] è indotta da uno sforzo di volontà la cui motivazione è comunque individuabile". Perciò l'avverbio indica soltanto l'esistenza di un motivo e non implica un'intenzione cosciente.]

[2] Non mi è mai riuscito di ottenere altra e migliore descrizione dello strano stato d'animo per cui si sa qualcosa e nello stesso tempo non lo si sa. Evidentemente lo si può capire solo se ci si è trovati personalmente in uno stato simile. Dispongo di un ricordo di questo genere, molto notevole, che ho vivissimo davanti agli occhi. Quando mi sforzo di ricordarmi di ciò che allora mi è accaduto, lo sforzo mi frutta assai poco. Ho visto

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

— Perché non voleva confessare a sé stessa questo sentimento? si vergognava di amare un uomo?

— Oh no, non sono irragionevolmente pudibonda, e poi non si è responsabili dei propri sentimenti. Mi era penoso soltanto perché si tratta del padrone di cui sono al servizio, nella cui casa vivo, e rispetto al quale non mi sento completamente indipendente come verso un altro. E poi perché sono una ragazza povera mentre egli è un uomo ricco di famiglia distinta; mi si prenderebbe in giro se lo si potesse sospettare.

Ora non trovo piú resistenze per la spiegazione dell'origine di questa simpatia. Essa narra di avere vissuto nella casa i primi anni semplicemente accudendo alle proprie mansioni, senza concepire desideri impossibili. Una volta però il signore, serio, occupatissimo, e in genere sempre riservato verso di lei, cominciò con lei una conversazione sulle esigenze dell'educazione dei bambini. Divenne piú tenero e cordiale del solito, le disse come egli contasse su di lei per la cura delle sue orfanelle, e intanto la guardava in modo particolare... In quel momento cominciò ad amarlo e a compiacersi tra sé volentieri della lieta speranza che aveva concepito da quella conversazione. Soltanto quando poi non accadde piú nulla, quando, contro la sua attesa e la sua speranza, non vi fu un'altra ora di intimo scambio di idee, essa aveva deciso di togliersi la cosa dalla mente. Essa mi dà ragione quando le osservo che quel suo sguardo durante la conversazione era probabilmente dedicato alla memoria della moglie defunta, e si rende perfettamente conto che il suo sentimento è assolutamente senza speranze.

Mi attendevo da questo colloquio un cambiamento radicale nel suo stato, ma all'inizio non fu cosí. Continuava a essere depressa e di malumore; una cura idropatica che le avevo contemporaneamente prescritta la rinfrancava un po' al mattino, l'odore del dolce bruciato non era scomparso completamente, era solo diventato piú raro e piú debole; veniva, come essa diceva, soltanto quando era molto agitata. La persistenza di questo simbolo mnestico mi fece sospettare che

quella volta una cosa che assolutamente non corrispondeva a quanto mi aspettavo, e non mi lasciai menomamente influenzare dalla cosa veduta nella determinazione che avevo preso, mentre proprio quella percezione avrebbe dovuto annullare il mio proposito. Non ebbi coscienza della contraddizione e cosí pure non avvertii per nulla quella repulsione che pure era indubbiamente responsabile del fatto che quella percezione non giungesse a imporsi psichicamente. Ero colpito da quella cecità a occhi aperti che tanto meraviglia nell'atteggiamento delle madri per le loro figlie, degli uomini per le loro mogli, dei sovrani per i loro favoriti.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

esso, oltre alla scena principale, avesse assunto la rappresentazione di molti piccoli traumi secondari, e cosí indagammo su tutto ciò che poteva avere connessione con la scena del dolce bruciato, ripassando il tema degli attriti domestici, del contegno del nonno eccetera. Cosí la sensazione dell'odore di bruciaticcio andò sempre piú scomparendo. In tale periodo si ebbe anche un'interruzione del trattamento, causata dalla ripresa della malattia al naso, che portò allora alla scoperta della carie dell'etmoide.

Quando ritornò mi riferí pure che il Natale le aveva portato numerosi doni da parte dei due signori e perfino della servitú, come se tutti fossero desiderosi di riconciliarsi con lei e di cancellare in lei il ricordo dei contrasti dei mesi scorsi. Questa evidente cortesia però l'aveva lasciata indifferente.

Quando la interpellai ancora un'altra volta sull'odore del dolce bruciato, ricevetti la risposta che era quasi scomparso, ma che invece la tormentava un altro odore, simile, come di fumo di sigaro. Un odore che c'era stato certamente anche prima, ma come coperto dall'odore del dolce. Adesso era emerso da solo.

Non ero molto soddisfatto dell'esito della mia terapia. Si era dunque verificato ciò che si rimprovera sempre alla terapia meramente sintomatica; si era tolto un sintomo, solo perché un nuovo sintomo potesse prenderne il posto. Mi accinsi tuttavia subito a eliminare analiticamente anche questo nuovo simbolo mnestico.

Questa volta però non sapeva donde provenisse la sensazione olfattiva soggettiva, in quale importante occasione cioè fosse stata una sensazione oggettiva. "Da noi si fuma continuamente – disse – e non so proprio se l'odore che sento indichi un'occasione particolare." Insistetti allora perché tentasse di ricordare sotto la pressione della mia mano. Ho già detto [p. 270] che i suoi ricordi avevano una vivacità plastica, che era una "visiva". Infatti, in base alle mie insistenze, emerse in lei un'immagine, dapprima incerta e solo frammentaria. Era la sala da pranzo della casa, dove attende con le bambine il ritorno dei signori dalla fabbrica per la colazione.

– Adesso siamo tutti seduti attorno al tavolo: i signori, la francese, la governante, le bambine ed io. Ma questo è come tutti i giorni.

– Ebbene, continui a guardare l'immagine, si svilupperà e diverrà piú specifica.

– Sí, c'è un ospite, il capo contabile, un vecchio signore, che ama le bambine come proprie nipoti, ma viene cosí spesso a pranzo che anche qui non c'è nulla di particolare.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

– Abbia pazienza, e continui a guardare l'immagine, succederà certamente qualcosa.

– Non succede niente. Ci alziamo da tavola, le bambine si devono congedare e salgono con noi come tutti i giorni al secondo piano.

– Ebbene?

– Eppure è un'occasione particolare, riconosco la scena. Mentre le bambine si congedano, il capo contabile le vuole baciare. Il padrone salta su ed urla addirittura: 'Non si baciano le bambine.' Sento una fitta al cuore, e dato che i signori stanno già fumando, mi resta nella memoria il fumo dei sigari.

Questa fu dunque la seconda scena, piú profonda, che aveva agito come trauma lasciando dietro di sé un simbolo mnestico. Ma donde proveniva l'efficacia di questa scena? Le domandai:

– Che cosa viene prima nel tempo, questa scena o quell'altra del dolce bruciato?

– L'ultima scena è la prima, ha preceduto l'altra di quasi due mesi.

– Perché ha sentito una fitta al cuore per questo scatto del padre? L'osservazione non era poi diretta contro di Lei.

– Ma non era giusto strapazzare cosí un vecchio signore, che è un caro amico e che per di piú era ospite. Queste cose si possono dire anche in modo pacato.

– Allora l'ha ferita soltanto il modo brusco del suo padrone? Si è forse vergognata per lui, oppure ha pensato: 'Se ha potuto essere tanto violento per una simile piccolezza con un vecchio amico e ospite, come sarebbe con me poi se io fossi sua moglie?'

– No, non è questo.

– Ma era però per il modo violento?

– Sí, per il fatto del baciare le bambine, è una cosa che non gli è mai andata.

Ed ora di nuovo sotto la pressione della mia mano emerge il ricordo di una scena ancora piú remota, che aveva costituito il vero trauma agente e che aveva conferito effetto traumatico anche alla scena con il capo contabile. Era accaduto, anche questa volta alcuni mesi prima, che fosse venuta in visita una signora amica, la quale nel congedarsi aveva baciato le due bambine sulla bocca. Il padre che assisteva si controllò e non disse nulla alla signora, ma dopo la sua partenza la sua ira si era sfogata sulla povera istitutrice. Le aveva dichiarato che la rendeva responsabile se qualcuno baciava le bambine sulla bocca, che era suo compito non permetterlo e che lascian-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

dolo fare essa era venuta meno ai suoi doveri. Se la cosa si fosse ripetuta egli avrebbe affidato l'educazione delle bambine ad altre mani. Era il periodo in cui essa si credeva ancora amata e in cui attendeva una ripetizione del primo intimo colloquio. Questa scena aveva spezzato le sue speranze. Si era detta: "Se per una piccolezza simile, nella quale per di piú sono del tutto innocente, può aggredirmi e minacciarmi in questo modo, vuol dire che mi sono sbagliata, e che egli non ha mai avuto per me un sentimento di tenerezza. Questo gli avrebbe fatto avere maggiori riguardi." Evidentemente è stato il ricordo di questa scena penosa che le si era presentata quando il capo contabile aveva fatto il gesto di baciare le bambine e ne era stato sgridato dal padre.

Quando Miss Lucy venne nuovamente a trovarmi due giorni dopo quest'ultima analisi, dovetti domandarle che cosa le fosse accaduto di bello. Era come trasformata, sorrideva e teneva alta la testa. Per un momento pensai di avere malgrado tutto interpretato male la situazione e che l'istitutrice delle bambine era diventata la sposa del direttore. Ma essa respinse le mie ipotesi:

– Niente è accaduto. È che lei non mi conosce, mi ha vista soltanto malata e depressa. In genere sono sempre cosí serena. Quando mi sono svegliata ieri mattina, l'incubo era scomparso e da allora sto bene.

– E che ne pensa ora delle sue speranze nella casa?

– Sono completamente lucida, so di non averne e non sarò per questo infelice.

– E andrà ora d'accordo con le persone della casa?

– Credo che tutto sia dipeso principalmente dalla mia suscettibilità.

– E ama ancora il direttore?

– Certamente, lo amo, ma questo non mi fa piú soffrire. Uno può ben pensare e sentire per conto suo quello che vuole.

Le esaminai allora il naso e trovai quasi completamente ripristinata la sensibilità al dolore e ai riflessi; distingueva anche gli odori ma in modo incerto e solo quando erano piuttosto intensi. Devo però lasciare in sospeso la questione della misura in cui la malattia del naso abbia avuto parte in questa anosmia.

Tutta la cura era durata nove settimane. Quattro mesi dopo incontrai per caso la paziente in una delle nostre villeggiature. Era serena e mi confermò che continuava a star bene.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Epícrisi

Non vorrei sottovalutare il caso clinico qui narrato, anche se si tratta solo di una piccola isteria di lieve entità con pochi sintomi. Ma mi sembra istruttivo il fatto che anche una malattia di questo genere, modesta come nevrosi, ha bisogno per prodursi di tante premesse psichiche, e ad una piú attenta considerazione sono tentato di presentare questa storia clinica come modello di un tipo particolare di isteria, quella che anche una persona non ereditariamente tarata può contrarre in base a determinate esperienze idonee. Con ciò, naturalmente, non parlo di un'isteria che sia indipendente da qualsiasi disposizione; una tale isteria probabilmente non esiste; ma noi parliamo di una tale specie di disposizione soltanto quando la persona è già diventata isterica, in quanto prima non vi è nulla che l'attesti. La disposizione nevropatica, come la si intende di solito, è un'altra cosa; essa è già determinabile prima della malattia in base all'entità della tara ereditaria o alla somma delle anomalie psichiche individuali. Per quel che mi risulta, in Miss Lucy R., questi due fattori non erano affatto riscontrabili. Si può perciò chiamare la sua una isteria acquisita, ed essa non presuppone altro che la capacità (probabilmente assai diffusa) di contrarre l'isteria: capacità che siamo ancora lungi dal saper caratterizzare. In casi simili, l'accento principale non può che cadere sulla natura del trauma, naturalmente in combinazione con la reazione della persona al trauma stesso. Condizione indispensabile per l'acquisizione dell'isteria, sembra essere il fatto che si determini un rapporto di incompatibilità fra l'Io e una rappresentazione che a esso si presenti. Spero di poter mostrare in altro luogo[1] come varie turbe nevrotiche siano originate dai diversi procedimenti che questo "Io" impiega per liberarsi da tale incompatibilità. Il modo isterico della difesa – per il quale appunto si richiede una particolare attitudine – sta dunque nella conversione dell'eccitamento in un'innervazione corporea, e il vantaggio di questo è che la rappresentazione incompatibile risulta rimossa dalla coscienza dell'Io. In cambio la coscienza dell'Io contiene la reminiscenza corporea prodottasi con la conversione – nel nostro caso le sensazioni olfattive soggettive – e soffre per l'affetto che piú o meno chiaramente si collega appunto a queste reminiscenze. La

[1] [Freud abbozzò la distinzione dei procedimenti dell'isteria, delle ossessioni e della paranoia nella *Minuta D a Fliess* (1896), e la pubblicò poi in *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

situazione cosí creatasi non è piú d'ora in poi modificabile, perché mediante la rimozione e la conversione è eliminata la contraddizione che avrebbe spinto a liquidare l'affetto. Cosí il meccanismo che produce l'isteria da un lato corrisponde a un atto di viltà morale, e dall'altro lato risulta un congegno protettivo a disposizione dell'Io. Vi sono parecchi casi per i quali si deve ammettere che la difesa contro l'incremento di eccitamento, mediante la produzione di isteria, è stata effettivamente in quel dato momento la cosa piú opportuna; piú spesso naturalmente si deve invece concludere che una maggiore misura di coraggio morale avrebbe costituito un vantaggio per l'individuo.

Il momento veramente traumatico quindi è quello nel quale la contraddizione si impone all'Io e l'Io stesso decreta il bando alla rappresentazione contraddicente. Con tale bando quella rappresentazione non viene però annullata, ma soltanto sospinta nell'inconscio; quando questo processo si produce per la prima volta, si forma con ciò un nucleo e centro di cristallizzazione per la formazione di un gruppo psichico distinto dall'Io, attorno al quale si raccoglie successivamente tutto ciò che avrebbe per presupposto l'accettazione della rappresentazione contraddicente. La scissione della coscienza in tali casi di isteria acquisita è quindi voluta, intenzionale, o per lo meno promossa per lo piú da un atto volontaristico. Di fatto accade una cosa diversa da quella che l'individuo si propone; egli vorrebbe eliminare una rappresentazione come se non si fosse mai prodotta, ma riesce soltanto a isolarla psichicamente.

Nella storia della nostra paziente, il momento traumatico corrisponde a quella scenata che il direttore le fece per i baci alle bambine. Questa scenata per il momento rimane però senza effetto visibile; forse cominciarono con essa la depressione e la suscettibilità, ma io non ne so nulla; i sintomi isterici sono insorti solo in seguito a momenti che si possono chiamare "ausiliari",[1] e che si potrebbero caratterizzare dicendo che in essi i due gruppi psichici temporaneamente separati confluiscono come nella coscienza dilatata del sonnambulismo. Il primo di questi momenti, nei quali si è prodotta la conversione, è stata per Miss Lucy R. la scena a tavola, quando il capo contabile voleva baciare le bambine. Qui è intervenuto anche il ricordo traumatico, ed essa si è comportata come se

[1] [Freud discute questi momenti traumatici "ausiliari" nelle *Neuropsicosi da difesa* (1894) § 1.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

non si fosse liberata di tutto ciò che si riferiva alla sua inclinazione per il proprio padrone. (In altri casi clinici questi diversi fattori coincidono; la conversione avviene immediatamente sotto l'effetto del trauma.)

Il secondo momento ausiliario riproduce abbastanza precisamente il meccanismo del primo. Una forte impressione ristabilisce temporaneamente l'unità della coscienza e la conversione procede per la medesima via che le si era dischiusa la prima volta. È interessante il fatto che il sintomo insorto come secondo ha coperto il primo, cosicché quest'ultimo non viene percepito chiaramente fino a che non sia stato eliminato l'altro. Mi sembra notevole anche l'inversione dell'ordine di successione che anche l'analisi è costretta a seguire. In tutta una serie di casi mi è accaduta una cosa analoga: i sintomi sorti piú tardi coprivano quelli di data piú antica, e solo quello a cui l'analisi perveniva per ultimo, conteneva la chiave di tutto.

La terapia è consistita qui nel costringere il gruppo psichico separato a riunificarsi con la coscienza dell'Io. Il successo, strano a dirsi, non si è prodotto parallelamente al lavoro di analisi; solo quando l'ultimo elemento fu liquidato, si è avuta improvvisa la guarigione.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

4. KATHARINA ... (Freud)

Nelle vacanze dell'anno 189* feci una gita negli Alti Tauri, per dimenticare per un poco la medicina e in particolare le nevrosi. Vi ero quasi riuscito, quando un giorno lasciai la strada principale per salire su un monte un poco discosto, famoso per la vista e per il suo ben tenuto rifugio. Arrivato lassú dopo un faticoso cammino, una volta rifocillato e riposato, me ne stavo seduto immerso nella contemplazione di un incantevole panorama, talmente dimentico di me stesso da non comprendere subito di essere io la persona interpellata quando udii la domanda: "Lei è un dottore?" La domanda però era rivolta a me e proveniva da una ragazza di circa diciott'anni che mi aveva servito il pasto con espressione piuttosto accigliata e che l'ostessa aveva chiamato "Katharina". A giudicare dal suo vestire e dal contegno non doveva essere una cameriera, piuttosto la figlia o una parente della padrona.

Quando mi fui ripreso, risposi: "Sí, sono un dottore. Come lo sa?" – "Il signore si è registrato nel libro degli ospiti e allora ho pensato, se il signor dottore avesse ora un po' di tempo... sa, sono malata di nervi e sono già stata una volta da un dottore a L., mi ha dato anche qualche cosa, ma non sono ancora migliorata."

Dunque rieccomi con le nevrosi, giacché di altro non si poteva trattare nel caso di questa ragazza alta e robusta dall'aria afflitta. Mi interessava il fatto che le nevrosi potessero prosperare cosí bene a piú di duemila metri e continuai quindi a interrogare. Riporto qui il colloquio che si svolse allora fra di noi, cosí come mi è rimasto impresso nella memoria, lasciando alla paziente il suo modo di parlare dialettale.[1]

– Di che cosa soffre dunque?

– Ho affanno nel respirare, non sempre, ma qualche volta mi prende che credo di soffocare.

A prima vista, questo non sembrava un sintomo nervoso, ma subito mi parve verosimile che si trattasse solo di una terminologia sostitutiva per indicare un accesso d'angoscia. Dal complesso di sen-

[1] [Non è stato possibile rendere in italiano le inflessioni dialettali di "Katharina".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sazioni dell'angoscia essa arbitrariamente rilevava il solo elemento della dispnea.

– Si sieda qua. Mi descriva come è questo stato di 'mancanza di fiato'.

– Mi prende all'improvviso. Poi mi viene sugli occhi come una pressione, la testa mi diventa tanto pesante e sento un ronzio da non resistere, e mi viene la vertigine che mi sembra di cadere, e poi mi sento come schiacciare il petto e mi manca il respiro.

– E in gola non sente niente?

– La gola mi si stringe come se dovessi soffocare!

– E le càpita qualche cosa d'altro alla testa?

– Sí, mi sento martellare nella testa che mi sembra di scoppiare.

– Già, e quando le accade non ha paura?

– Credo sempre che adesso devo morire, e sí che sono coraggiosa, vado dappertutto da sola, nella cantina e giú per tutto il monte, ma quando è un giorno che càpita questo, allora non ho il coraggio di andare in nessun posto, credo sempre che c'è qualcuno dietro di me e mi afferra all'improvviso.

Si trattava realmente di un accesso d'angoscia, e precisamente preceduto dal sintomo dell'aura[1] isterica, o per meglio dire, un attacco isterico il cui contenuto era l'angoscia. Ma non poteva esserci anche un altro contenuto?

– Pensa qualche cosa, sempre la stessa, o vede qualche cosa davanti a sé, quando ha l'attacco?

– Sí, vedo sempre una faccia talmente orribile che mi guarda da fare spavento, e di quella poi ho paura.

Ecco forse una via per penetrare rapidamente sino al nocciolo della faccenda.

– Riconosce la faccia? Voglio dire, è una faccia che ha visto una volta realmente?

– No.

– Sa da dove provengono gli attacchi?

– No.

– Quando li ha avuti per la prima volta?

– Per la prima volta due anni fa, quand'ero ancora con la zia sull'altro monte, essa aveva lí prima il rifugio, adesso siamo qui da un anno e mezzo; ma ritorna sempre di nuovo.

Dovevo far qui un tentativo di analisi? Veramente non osavo tra-

[1] [Le sensazioni che preannunciano un attacco isterico o epilettico.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

piantar l'ipnosi a quelle altezze, ma forse si riesce nella semplice conversazione. Dovevo aver fortuna e indovinare. Avevo tante volte trovato nelle ragazze giovani l'angoscia come conseguenza dell'orrore che coglie l'animo virginale quando per la prima volta si affaccia al mondo della sessualità.[1] Dissi dunque:

– Se Lei non lo sa, le voglio dire io da che cosa penso che le siano venuti i suoi attacchi. Lei una volta, quella volta di due anni fa, ha visto o udito qualche cosa che l'ha molto imbarazzata, e che preferirebbe non avere visto.

Ed essa di rimando: – Gesú, sí è vero, ho sorpreso lo zio con quella ragazza, con la Franziska, la mia cugina!

– Che storia è questa della ragazza? Non me la vuole raccontare?

– A un dottore si deve dire tutto, penso. Allora, sa, lo zio, era il marito di mia zia, quella che ha visto qui, aveva allora con la zia l'osteria sul ...kogel,[1] adesso sono separati e la colpa è mia se sono separati, perché si è saputo da me che se l'intendeva con la Franziska.

– Già, come è giunta a scoprirlo?

– È stato cosí. Due anni fa una volta alcuni signori sono venuti su e hanno chiesto da mangiare. La zia non era in casa e la Franziska era introvabile, era lei che cucinava sempre. Anche lo zio non si trovava. Li cerchiamo dappertutto; allora il ragazzo, l'Alois, mio cugino, dice: 'Vedrai che la Franziska è dal babbo.' Allora abbiamo riso tutti e due, ma non abbiamo pensato niente di male. Andiamo verso la stanza dove abitava lo zio, ed è chiusa. La cosa mi sembrava strana. Dice l'Alois: 'Nel corridoio c'è una finestra, da lí si può guardare dentro la stanza.' Andiamo in corridoio. Ma l'Alois non vuole andare alla finestra, dice che ha paura. Allora dico io: 'Stupidino, ci vado io, io non ho mica paura.' Non pensavo a niente di male. Guardo dentro, la stanza era abbastanza buia, ma ecco che vedo lo zio e la Franziska e lui è sopra di lei.

[1] Voglio qui riferire il caso in cui per la prima volta ho riconosciuto questa relazione causale. Avevo in cura, per una nevrosi complicata, una giovane donna che, tanto per cambiare, non voleva ammettere di avere contratto la sua malattia nella propria vita coniugale. Obiettava di avere già da ragazza sofferto accessi d'angoscia, che finivano con deliqui. Io rimasi fermo nel mio punto di vista. Dopo aver acquistato maggiore confidenza, un giorno mi disse improvvisamente: "Adesso le voglio anche riferire da dove sono venuti i miei stati d'angoscia da ragazza giovane. Dormivo allora in una stanza accanto a quella dei miei genitori, la porta era aperta e un lume da notte ardeva sul tavolo. Allora ho visto qualche volta come il babbo andasse nel letto dalla mamma e ho sentito qualche cosa che mi ha eccitato molto. Da allora mi sono venuti gli attacchi."

[2] [Il nome dell'"altro monte".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

– E poi?

– Sono subito andata via dalla finestra, mi sono appoggiata al muro, mi è venuto l'affanno del respirare che ho da allora, ho perduto i sensi, mi si son chiusi gli occhi e nella testa ho sentito un martellare e un ronzio.

– Lo ha detto subito lo stesso giorno alla zia?

– Oh no, non ho detto niente.

– Perché si è spaventata cosí quando ha visto i due insieme? Ha capito qualche cosa? Si è immaginata qualche cosa su ciò che stava là accadendo?

– Oh no, non capivo niente allora, avevo soltanto sedici anni. Non so di che cosa mi sia cosí spaventata.

– Signorina Katharina, se adesso Lei riuscisse a ricordare ciò che è accaduto dentro di Lei quando ha avuto il primo attacco, ciò che Lei ha immaginato quella volta, le sarebbe di molto aiuto.

– Già, se potessi, ma ero cosí spaventata che ho dimenticato tutto.

(Tradotto nel linguaggio della nostra "Comunicazione preliminare" [p. 239], ciò significa: "L'affetto stesso crea lo stato ipnoide i cui prodotti poi sono esclusi dalla connessione associativa con la coscienza dell'Io.")

– Dica, signorina, la testa che Lei vede sempre quando ha l'affanno del respiro, è forse la testa della Franziska come Lei l'ha vista quella volta?

– Oh no, quella non era cosí orribile, e poi è una testa d'uomo.

– O forse dello zio?

– Non ho visto la sua faccia cosí chiaramente, era troppo buio nella stanza, e poi perché avrebbe dovuto fare allora una faccia cosí terribile?

– Ha ragione.

(Dunque qui a un tratto la via sembra sbarrata. Forse si trova qualche cosa nel seguito del racconto.)

– E che cos'altro è accaduto?

– Bene, quei due devono avere sentito rumore. Sono venuti presto fuori. Io stetti male tutto il tempo, ho dovuto continuare a pensarci, poi due giorni dopo era domenica e c'era molto da fare, ho lavorato tutto il giorno e lunedí mattina ho avuto di nuovo la vertigine e ho vomitato e sono rimasta a letto e per tre giorni ho continuato a vomitare.

Avevamo [Breuer e io] spesso paragonato la sintomatologia isterica

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

a una pittografia divenuta intelligibile dopo la scoperta di alcune iscrizioni bilingui. In questo alfabeto il vomitare significa nausea. Perciò le dissi: "Se tre giorni dopo ha vomitato, credo che quella volta che ha guardato dentro nella stanza, avrà sentito nausea."

– Sí, avrò sí sentito nausea, – disse sopra pensiero. – Ma di che cosa?

– Forse ha visto qualche cosa di nudo? Com'erano le due persone nella stanza?

– Faceva troppo buio per vedere qualche cosa e quei due erano vestiti. Eh, se sapessi di che cosa ho sentito nausea quella volta!

Questo non lo sapevo nemmeno io. Ma la esortai a continuare a raccontare ciò che le venisse in mente, nella sicura aspettativa che le sarebbe venuto in mente proprio quello di cui avevo bisogno per chiarire il caso.

Essa ora dice di avere alla fine riferito la sua scoperta alla zia, che la trovava cambiata e già sospettava che vi fosse sotto un segreto; e che poi c'erano state scenate assai spiacevoli fra lo zio e la zia; i figli vennero cosí a sentire cose che aprirono loro gli occhi su molti fatti e che sarebbe stato meglio non avessero udito, finché la zia si era decisa a trasferirsi con i suoi figli e con la nipote in quest'altra osteria, lasciando solo lo zio con la Franziska che nel frattempo era diventata gravida. Ma poi, con mia sorpresa, lascia cadere questo filo, cominciando a narrare due serie di storie piú antiche che risalgono a due o tre anni prima del momento traumatico. La prima serie contiene episodi in cui quello stesso zio aveva insidiato sessualmente lei stessa, quando aveva appena quattordici anni. Come una volta aveva fatto con lui d'inverno una gita a valle pernottando in una locanda. Lui era rimasto a bere e a giocare a carte nella sala, mentre lei aveva sonno ed era presto salita al piano di sopra nella camera destinata a entrambi. Non dormiva profondamente quando lo zio era salito, poi si era addormentata di nuovo e improvvisamente si era svegliata "sentendo il suo corpo" nel letto. Era saltata su, e lo aveva rimproverato: "Che cosa fa, zio? Perché non resta nel suo letto?" Egli cercò di persuaderla: "Va là, sciocchina, sta quieta, che non sai quanto è bello." – "Io non voglio il suo bello, non mi lascia neanche dormire." Era rimasta in piedi presso la porta, pronta a fuggire nel corridoio, finché egli la smise e si addormentò. Allora lei si era coricata nel proprio letto e aveva dormito fino al mattino. Dal tipo di difesa che essa riferisce, sembra risulti che non aveva chiara-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mente riconosciuto l'attacco come una aggressione sessuale; interrogata se avesse saputo quali intenzioni fossero quelle dell'uomo, essa rispose: "Allora no, lo capii molto piú tardi." Si era opposta perché le era sgradevole essere disturbata nel sonno, e "perché era una cosa che non stava bene".

Ho dovuto riferire per esteso questo episodio, perché ha una grande importanza per la comprensione di tutto il seguito. Essa poi narra ancora altre esperienze di un'epoca un po' piú recente, e come dovette difendersi contro di lui un'altra volta in una locanda; mentre era ubriaco fradicio, e altro ancora. Alla mia domanda, se in quelle occasioni avesse sentito qualche cosa di simile alla recente difficoltà di respiro, risponde con decisione di avere ogni volta sentito una pressione sugli occhi e sul petto, ma in modo assai meno forte che nella scena della scoperta.

Immediatamente dopo la conclusione di questa serie di ricordi, comincia a narrarne una seconda, in cui si trattava di episodi nei quali aveva rivolto la sua attenzione a qualche cosa che accadeva fra lo zio e la Franziska. Come una volta, con tutta la famiglia, avesse passato la notte, vestita, in un fienile, e come si fosse svegliata all'improvviso in seguito a un rumore; credette di notare che lo zio, che giaceva fra lei e la Franziska, si stesse scostando e la Franziska si mettesse giú distesa. Come un'altra volta in un'osteria del paese di N. avessero pernottato lei e lo zio in una camera, e la Franziska in un'altra camera accanto. Nel cuore della notte si era svegliata all'improvviso e aveva visto una lunga figura bianca presso la porta nell'atto di abbassare la maniglia: "Gesú, zio, è Lei? Che cosa fa vicino alla porta?" – "Sta quieta, ho solo cercato qualcosa." – "Ma si esce dall'altra porta." – "Mi sono sbagliato" ... ecc.

Le chiedo se avesse allora avuto dei sospetti. "No, non ho pensato niente, mi ha sempre soltanto impressionato, ma poi non ci ho piú ripensato." – Aveva provato angoscia anche in quelle occasioni? Crede di sí, ma questa volta non è tanto sicura.

Dopo aver terminato queste due serie di racconti, si interrompe. È come trasformata, il volto prima accigliato, sofferente, si è ravvivato, gli occhi guardano con freschezza, appare alleviata e sollevata. Io nel frattempo sono giunto alla comprensione del suo caso; ciò che essa mi ha narrato per ultimo con apparente disordine, spiega alla perfezione il suo contegno durante la scena della scoperta. Essa recava allora dentro di sé due serie di esperienze che ricordava ma che non

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

comprendeva, e che non utilizzava per alcuna deduzione; vedendo la coppia durante l'amplesso aveva immediatamente stabilito la connessione tra la nuova impressione e quelle due serie di reminiscenze; aveva cominciato a capire e contemporaneamente a difendersi da tale comprensione. Era seguíto un breve periodo di elaborazione, di "incubazione", e poi si erano presentati i sintomi della conversione, il vomito quale elemento sostitutivo per la ripugnanza morale e fisica. L'enigma con ciò era risolto, essa non aveva sentito nausea alla vista dei due, ma al ricordo che quella vista aveva ridestato in lei, e tutto considerato poteva trattarsi solo del ricordo dell'aggressione notturna, quando essa "sentí il corpo dello zio". Le dissi dunque, dopo che ella ebbe terminato la sua confessione:

– Adesso so quel che Lei ha pensato quella volta guardando dentro nella stanza. Lei ha pensato: 'Adesso fa con quella ciò che allora di notte e le altre volte aveva voluto fare con me.' È di questo che Lei ha sentito ripugnanza, perché si è ricordata dell'impressione quando si era svegliata di notte sentendo il suo corpo.

– Può essere – risponde – che io abbia sentito ripugnanza di ciò e che allora abbia pensato questo.

– Mi dica un po' esattamente, tanto Lei adesso è una ragazza adulta e sa tante cose...

– Adesso sí.

– Mi dica esattamente, che cosa ha sentito quella notte del corpo di lui?

Ma essa non dà una risposta piú precisa, sorride imbarazzata e come colta in fallo, come una persona che deve ammettere che si è giunti al fondo delle cose, per cui non c'è piú molto da dire. Io posso immaginarmi quale sia stata la sensazione tattile che essa aveva imparato piú tardi a interpretare; l'espressione del suo volto pare anche mi dica che essa suppone che io pensi la cosa giusta, ma non posso insistere oltre con lei; devo già esserle grato di essere assai piú spontanea nella conversazione che non le pudibonde signore della mia pratica in città, per le quali *naturalia sunt turpia*.

Cosí dunque il caso sarebbe chiarito; ma un momento: donde viene l'allucinazione della testa che si ripete nell'attacco incutendole terrore? Glielo chiedo ora. Come se anche essa avesse ampliato le sue capacità di comprensione durante questo colloquio, risponde prontamente: "Sí, adesso lo so, la testa è la testa dello zio, ora la riconosco, ma non di quell'epoca lí. Piú tardi, quando sono sorti

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tutti quei litigi, allora allo zio è venuta un'ira insensata contro di me; diceva sempre che ero io la colpa di tutto; se non avessi chiacchierato, non si sarebbe giunti alla separazione; mi ha sempre minacciata di farmi qualche cosa; quando mi vedeva da lontano, la faccia gli si contorceva dall'ira e si avventava contro di me con la mano alzata. Sono sempre scappata davanti a lui e ho sempre avuto una paura matta che mi acchiappasse in qualche posto di sorpresa. La faccia che vedo sempre adesso è la faccia sua quando era furibondo."

Questa informazione mi rammenta il fatto che il primo sintomo dell'isteria, il vomito, è scomparso; l'accesso d'angoscia è rimasto, acquistando un nuovo contenuto. Quindi si tratta di un'isteria in buona parte "abreagita". Infatti poco dopo essa aveva effettivamente comunicato la sua scoperta alla zia.

– E alla zia ha raccontato anche le altre storie, di quando egli la insidiava?

– Sí, non subito, ma in seguito, quando già si parlava di separazione. Allora la zia aveva detto: 'Questo lo teniamo da parte, se fa difficoltà in tribunale, diremo anche questo.'

Si può comprendere come proprio l'ultimo periodo, quando le scenate paurose in casa eran divenute frequenti, quando lo stato di lei aveva cessato di destare l'interesse della zia, tutta occupata da quelle liti, cioè il periodo dell'accumulo e della ritenzione, abbia lasciato il proprio simbolo mnestico.

Spero che lo sfogo con me abbia in qualche modo giovato alla fanciulla cosí prematuramente offesa nella sua sensibilità sessuale. Non l'ho piú riveduta.

Epícrisi

Non potrei obiettare nulla se qualcuno affermasse che questa storia di un'ammalata non è tanto un caso di isteria analizzato quanto un caso risolto tirando a indovinare. L'ammalata ammetteva sí come verosimile tutto ciò che io interpolavo nella sua narrazione, ma non fu in grado di riconoscerlo come qualcosa realmente vissuto. Penso che perciò sarebbe occorsa l'ipnosi. Supposto che io abbia indovinato giusto, e volendo ora tentare di ridurre questo caso allo schema di un'isteria acquisita, quale si è presentata nel caso precedente, è logico considerare le due serie di esperienze erotiche simili a momenti traumatici, e la scena della scoperta della coppia simile a un mo-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mento ausiliario. La somiglianza sta in ciò, che nelle prime si era prodotto un contenuto di coscienza il quale, escluso dall'attività pensante dell'Io, si è conservato, mentre nell'ultima scena una nuova impressione aveva imposto il collegamento associativo di questo gruppo isolato con l'Io. D'altra parte vi sono anche differenze che non si possono trascurare. La causa dell'isolamento non è, come nel caso precedente, la volontà dell'Io, ma l'ignoranza dell'Io, il quale non sa ancora utilizzare le esperienze sessuali. A tale riguardo il caso di Katharina è tipico; nell'analisi di ogni isteria fondata su traumi sessuali si trova che impressioni dell'epoca presessuale, rimaste senza effetto sul bambino, acquistano potenza traumatica successivamente quali ricordi, quando alla vergine o alla donna si è dischiusa l'intelligenza della vita sessuale.[1] Il distacco di gruppi psichici è per cosí dire un processo normale nell'evoluzione degli adolescenti, ed è comprensibile che il successivo accoglimento di tali gruppi nell'Io rappresenti un'occasione, spesso decisiva, per lo sviluppo di turbe psichiche. Inoltre vorrei esprimere qui anche il dubbio se la scissione della coscienza a causa di ignoranza sia effettivamente diversa da quella dovuta a rifiuto cosciente, e se anche gli adolescenti non posseggano conoscenze sessuali molto piú spesso di quanto non si creda e di quanto essi stessi pensino.

Un'ulteriore variante nel meccanismo psichico di questo caso sta nel fatto che la scena della scoperta, che abbiamo detto "ausiliaria", merita nel contempo anche la definizione di "traumatica". Essa agisce per il proprio contenuto, e non solo per effetto del risveglio delle vicende traumatiche anteriori, riunendo in sé i caratteri di un momento "ausiliario" e di uno traumatico. Questa coincidenza però non mi sembra un motivo sufficiente per rinunciare a una distinzione concettuale, alla quale in altri casi corrisponde anche una distinzione cronologica. Un'altra peculiarità del caso di Katharina sta nel fatto, del resto noto da gran tempo, che la conversione, la produzione dei fenomeni isterici, non ha luogo immediatamente dopo il trauma, ma dopo un intervallo di incubazione. Charcot amava chiamare questo intervallo il "periodo dell'elaborazione psichica".[2]

[1] [Vedi il *Progetto di una psicologia* (1895) cap. 2, § 4 sgg., e le *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896) § 1. Solo piú tardi Freud sottolineò la parte avuta nelle nevrosi dagli impulsi sessuali già presenti nell'infanzia.]

[2] [J.-M. CHARCOT, *Leçons du mardi de la Salpêtrière (1887-88)* (Parigi 1888) vol. 1, p. 99.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

L'angoscia della quale Katharina soffre nei suoi accessi è isterica, vale a dire è una riproduzione di quell'angoscia che si era manifestata in ciascuno dei traumi sessuali. Tralascio qui anche di commentare un processo che ho regolarmente verificato in un grandissimo numero di casi, il processo cioè per cui l'aver sentore di un rapporto sessuale provoca in individui vergini un affetto d'angoscia.[1]

[1] [*Nota aggiunta nel 1924*] Dopo tanti anni posso permettermi di infrangere la discrezione cui mi ero originariamente attenuto e dirò che Katharina non era la nipote ma la figlia dell'ostessa: la fanciulla dunque si era ammalata sotto le tentazioni sessuali che provenivano da suo padre. Le deformazioni come quella da me effettuata in questo caso, si dovrebbero assolutamente evitare nel racconto di casi clinici. Non si tratta evidentemente di un particolare indifferente per la comprensione, come lo sarebbe, ad esempio, indicare quale luogo dell'avvenimento una montagna invece di un'altra.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

5. SIGNORINA ELISABETH VON R. (Freud)

Nell'autunno del 1892 un collega mio amico mi invitò a visitare una signorina che da piú di due anni soffriva di dolori alle gambe e che camminava male. Aggiunse all'invito che egli riteneva si trattasse di un caso di isteria, benché non fosse riscontrabile alcuno dei comuni sintomi della nevrosi. Conosceva la famiglia un po' e sapeva che gli ultimi anni le avevano portato molta infelicità e poche cose liete. Dapprima era morto il padre della paziente, poi la madre aveva dovuto sottoporsi a una grave operazione agli occhi, e subito dopo una sorella sposata era rimasta vittima di una vecchia affezione cardiaca in seguito a un parto. Di tutte le preoccupazioni e di tutta l'assistenza ai malati alla nostra paziente era toccato il peso maggiore.

Non procedetti molto nella comprensione del caso dopo aver visto la prima volta la signorina ventiquattrenne. Pareva intelligente e psichicamente normale e sopportava la sofferenza, che le guastava vita sociale e divertimenti, con aria serena; la *belle indifférence* delle isteriche, dovetti pensare.[1] Camminava col corpo curvo in avanti, ma senza sostegno; la sua andatura non corrispondeva ad alcun tipo noto come patologico, e non era comunque tale da dare nell'occhio. Ma essa si lamentava di grandi dolori nel camminare, di stancarsi subito sia camminando sia anche stando in piedi: dopo breve tempo doveva fermarsi, i dolori allora diminuivano senza tuttavia scomparire del tutto. Il dolore era di natura indeterminata, si poteva all'incirca definire come una stanchezza dolorosa. Quale focolaio di dolori, venne indicata una zona abbastanza grande, mal delimitata, della superficie anteriore della coscia destra, donde i dolori partivano con maggiore frequenza, in cui raggiungevano la loro maggiore intensità, e dove anche la cute e la muscolatura erano particolarmente sensibili alla pressione e alla pizzicatura (le punture d'ago venivano invece sopportate con una certa indifferenza). Non solo in questa zona, ma praticamente in tutta l'estensione di ambedue le gambe era determinabile la stessa iperalgesia della cute e dei muscoli. I muscoli

[1] [Espressione di Charcot, secondo quanto afferma Freud alla fine del suo scritto su *La rimozione* (1915).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

erano forse ancora piú dolenti della pelle; comunque le due forme di sensibilità dolorosa erano particolarmente sviluppate nelle cosce. La forza motoria delle gambe non poteva dirsi esigua, i riflessi erano d'intensità media, tutti gli altri sintomi mancavano, cosicché non vi era alcun punto d'appoggio per supporre un'affezione organica di una certa serietà. La sofferenza si era sviluppata gradualmente da due anni a questa parte, ma era variabile nella sua intensità.

Non mi fu facile giungere a una diagnosi, ma mi decisi a confermare quella del mio collega per due motivi. Per prima cosa era strano il carattere vago di tutte le indicazioni dell'ammalata, pur intelligentissima, sugli aspetti dei suoi dolori. Un malato che soffre di dolori organici, se non è anche malato di nervi, li descriverà con precisione e calma, dicendoli ad esempio lancinanti, occorrenti a certi intervalli particolari, estendentisi da questo a quel punto, e provocati, secondo il suo parere, da queste o quelle influenze. Il nevrastenico[1] che descrive i propri dolori, dà nel farlo l'impressione di essere impegnato in un lavoro intellettuale difficile, superiore di gran lunga alle sue forze. I tratti del suo volto sono tesi e sconvolti, come sotto il dominio di un affetto penoso; la sua voce diventa piú acuta; egli lotta cercando l'espressione; respinge qualsiasi definizione che il medico gli propone per i suoi dolori, anche se questa viene poi a risultare indubbiamente esatta; egli è evidentemente dell'opinione che il linguaggio sia troppo povero per poter tradurre in parole le sue sensazioni, che queste stesse sensazioni siano qualche cosa di unico, di non mai accaduto, che non si può neanche descrivere in modo esauriente, e perciò egli non si stanca di aggiungere sempre nuovi particolari e, quando deve smettere, è certamente dominato dall'impressione di non essere riuscito a farsi capire dal medico. Ciò proviene dal fatto che i suoi dolori hanno attirato su di loro tutta la sua attenzione. Nella signorina von R. il contegno era opposto, e se ne doveva dedurre, dato che nondimeno essa attribuiva ai dolori una certa importanza, che la sua attenzione fosse fissata su qualcos'altro, di cui i dolori erano soltanto un fenomeno accessorio, verosimilmente dunque su pensieri e sentimenti ad essi connessi.

Ancora piú determinante per l'interpretazione dei dolori doveva però essere un secondo momento. Quando si stimola una zona dolorosa in un malato organico o in un nevrastenico, la sua fisionomia esprime chiaramente il disagio o il dolore fisico; il malato inoltre

[1] Cioè un ipocondriaco, una persona affetta da nevrosi d'angoscia.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

trasalisce, si sottrae all'esame, si difende. Quando invece con la signorina von R. si pizzicava o si spremeva la pelle e la muscolatura iperalgesica delle gambe, il suo volto assumeva un'espressione strana, piú di piacere che di dolore, emetteva un grido – mi sembrava circa come per un solletico voluttuoso, – arrossiva in volto, buttava la testa all'indietro, chiudeva gli occhi, il torso le si piegava all'indietro; tutto ciò non molto accentuato, tuttavia chiaro, e poteva conciliarsi solo con l'idea che la sofferenza fosse un'isteria e che lo stimolo avesse colpito una zona isterogena.

L'espressione del volto non corrispondeva al dolore apparentemente provocato dalle pizzicature dei muscoli e della pelle, e concordava probabilmente di piú con il contenuto dei pensieri che stavano dietro a questo dolore, e che nella malata si destavano per la stimolazione dei punti del corpo che vi erano associati. Avevo piú volte osservato espressioni facciali ugualmente significative – in seguito a stimolazione di zone iperalgesiche – in casi sicuri di isteria. Gli altri gesti corrispondevano chiaramente a un lievissimo accenno di attacco isterico.

Per la localizzazione inusitata della zona isterogena non vi era in un primo tempo alcuna spiegazione. Il fatto che l'iperalgesia riguardasse principalmente la muscolatura, dava pure da pensare. L'affezione che provoca piú frequentemente la sensibilità diffusa e locale dei muscoli alla pressione, è la loro infiltrazione reumatica, il comune reumatismo muscolare cronico, della cui idoneità a mascherare affezioni nervose già ho parlato.[1] La consistenza dei muscoli dolenti nella signorina von R. non contraddiceva questa ipotesi; nelle masse muscolari si trovavano molteplici indurimenti, che sembravano una modificazione organica dei muscoli nel senso indicato, e ad essa la nevrosi si appoggiava, facendone risaltare l'importanza in modo esagerato.

La terapia prese effettivamente le mosse dall'ipotesi che si trattasse di una malattia mista. Consigliammo la continuazione di un trattamento sistematico di massaggi e faradizzazione dei muscoli sensibili, senza riguardo al dolore che cosí si provocava, e io mi riservai, per poter rimanere in rapporto con la malata, il trattamento delle gambe mediante franklinizzazione. Alla sua domanda se doveva costringersi a camminare, rispondemmo decisamente di sí.

Ottenemmo cosí un lieve miglioramento. In particolare, la malata

[1] [Vedi p. 232, n. 1.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

parve apprezzare le scosse dolorose dell'apparecchio a induzione, e quanto piú forti erano le scosse, tanto piú sembravano regredire i dolori a lei propri. Il mio collega nel frattempo preparava il terreno per un trattamento psichico, e quando io stesso, dopo quattro settimane di cura apparente, proposi un tale trattamento dando alla paziente alcuni chiarimenti sul procedimento e i suoi effetti, trovai pronta comprensione e solo lieve resistenza.

Il lavoro che allora iniziai risultò però uno dei piú difficili che mi fossero mai capitati, e le difficoltà di fornirne adesso una relazione sono degne di quelle superate allora. Per lungo tempo inoltre non seppi trovare la connessione fra la storia del male e il male stesso, che pure doveva essere stato provato e determinato da quella serie di esperienze.

Quando s'intraprende un trattamento catartico di questo tipo, ci si chiede dapprima: sono note all'ammalata l'origine e la causa occasionale del suo male? In caso affermativo non occorre una tecnica particolare per indurla a riprodurre la storia delle sue sofferenze; l'interesse che le si dimostra, la comprensione che le si fa intuire, la speranza di guarigione che le si dà, determinano la paziente a rivelare il proprio segreto. Nel caso della signorina Elisabeth era per me verosimile fin da principio che ella fosse consapevole dei motivi della propria sofferenza, che ella dunque avesse solo un segreto e non un corpo estraneo nella coscienza. Guardandola, non si poteva non pensare alle parole del poeta:

> *Das Mäskchen da weissagt verborgnen Sinn.*
>
> [La mascherina fa qui presagire qualcosa d'arcano.] [1]

Potevo dunque subito rinunciare all'ipnosi; con la riserva tuttavia di servirmi dell'ipnosi in seguito, se nel corso della confessione fossero risultate connessioni per chiarire le quali non fosse bastata la sua memoria. Cosí, in questa prima analisi completa di un'isteria da me intrapresa, arrivai a un procedimento che in seguito ho eretto a metodo e introdussi deliberatamente, un procedimento di svuotamento strato per strato, che ci piaceva paragonare alla tecnica del dissotterrare una città sepolta. Mi facevo anzitutto narrare ciò che era noto alla paziente, badando con attenzione ai punti in cui un

[1] [Goethe, *Faust*, parte prima, scena del Giardino di Marta (verso lievemente adattato da Freud).] Risulterà però che in ciò mi ero sbagliato.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nesso rimaneva enigmatico, in cui sembrava mancare un anello nella catena delle cause, e penetravo poi negli strati piú profondi della memoria, facendo agire in quei punti l'esplorazione ipnotica o una tecnica equivalente. Il presupposto di tutto il lavoro era naturalmente l'attesa che si potesse dimostrare una determinazione completamente sufficiente. Dei mezzi per l'indagine piú profonda si discorrerà tra poco.

La storia delle proprie sofferenze, narrata dalla signorina Elisabeth, era prolissa, intessuta com'era di ogni sorta di esperienze dolorose. Durante la narrazione non era in ipnosi, ma io la facevo stare sdraiata con gli occhi chiusi, senza tuttavia oppormi a che ogni tanto li aprisse, o cambiasse posizione, si mettesse a sedere ecc. Quando un brano del racconto la commuoveva piú profondamente, mi sembrava che spontaneamente si abbandonasse a uno stato piú o meno simile all'ipnosi. Allora giaceva immobile tenendo gli occhi ben chiusi.

Riferirò ora quello che risultò lo strato piú superficiale dei suoi ricordi. Teneramente attaccata ai genitori, quale minore delle loro tre figlie, aveva passato la giovinezza in una tenuta in Ungheria. La salute della madre era molto disturbata da un male agli occhi e anche da stati nervosi. Cosí accadde che essa si attaccasse in modo particolarmente intenso al padre, un gioviale uomo di mondo il quale soleva dire che questa figlia teneva il posto di un figlio e di un amico, con cui poter scambiare i propri pensieri. Quantunque la formazione intellettuale della fanciulla traesse profitto da questo rapporto, al padre non sfuggí che in tal modo la sua costituzione spirituale si allontanava da quell'ideale che si vorrebbe veder realizzato in una ragazza. Egli la chiamava scherzosamente "sfacciata e prepotente", la metteva in guardia contro l'eccessiva sicurezza dei suoi giudizi, contro la sua tendenza a dire alle persone la verità senza riguardi, e spesso esprimeva l'opinione che le sarebbe stato difficile trovare marito. Effettivamente essa era molto scontenta del suo stato di ragazza, era piena di progetti ambiziosi, voleva studiare o perfezionarsi nella musica, si ribellava al pensiero di dover sacrificare in un matrimonio le sue inclinazioni e la sua libertà di giudizio. Nel frattempo viveva compiacendosi dell'orgoglio di suo padre e della considerazione e posizione sociale di cui godeva la sua famiglia, e difendeva gelosamente tutto ciò che aveva rapporto con questi beni. L'altruismo con cui sapeva all'occorrenza mettersi in secondo piano dietro alla madre e alle sorelle maggiori, faceva tuttavia accet-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tare pienamente ai genitori anche i lati piú bruschi del suo carattere.

L'età delle ragazze consigliò alla famiglia il trasferimento nella capitale, dove Elisabeth poté per un po' rallegrarsi di una vita ancora piú serena e piú piena, nell'ambito familiare. Ma venne poi il colpo che distrusse la felicità di questa casa. Il padre aveva nascosto, o forse ignorato egli stesso, una malattia cronica al cuore; un giorno fu portato a casa privo di conoscenza dopo un primo attacco di edema polmonare. Seguí per un anno e mezzo l'assistenza al malato, durante la quale Elisabeth si assicurò il primo posto al capezzale. Dormiva nella camera del padre, si svegliava di notte alla sua chiamata, lo accudiva di giorno e si costringeva ad apparire serena, mentre egli sopportava il suo stato senza speranza con amabile rassegnazione. A quest'epoca dell'assistenza deve connettersi l'inizio della malattia di lei, perché essa poteva ricordarsi che nell'ultimo semestre del suo lavoro d'infermiera era rimasta a letto per un giorno e mezzo a causa dei dolori alla gamba destra. Affermava però che quei dolori erano passati presto senza destare in lei alcuna preoccupazione né attenzione particolare. Effettivamente soltanto due anni dopo la morte del padre essa si sentí malata e non riuscí piú a camminare a causa dei dolori.

Il vuoto che la morte del padre aveva causato nella vita di questa famiglia composta di quattro donne, l'isolamento sociale, la fine di tante relazioni piacevoli e interessanti, le condizioni di salute della madre, ora peggiorata, tutto ciò contribuiva a deprimere la nostra paziente, facendo però contemporaneamente nascere in lei il vivo desiderio che i suoi potessero presto trovare qualche cosa che sostituisse la felicità perduta, spingendola a concentrare i suoi affetti e le sue cure sulla madre ancora viva.

Passato il primo anno di lutto, la sorella maggiore sposò un uomo dotato e attivo, in buona posizione, che, per le sue capacità intellettuali, sembrava destinato a un grande avvenire, ma che nei rapporti personali mostrava una sensibilità morbosa, un'ostinazione egoistica nei suoi capricci, e che per primo nell'ambiente familiare osò venir meno ai riguardi per la vecchia signora. Ciò era piú di quanto Elisabeth potesse sopportare; si sentí chiamata a dare battaglia al cognato ogni volta che se ne offrisse l'occasione, mentre le altre donne prendevano alla leggera le esplosioni del suo temperamento irritabile. Per lei fu una delusione dolorosa che la ricostruzione dell'antica felicità familiare fosse in tal modo turbata, e non poteva perdonare alla sorella sposata il fatto che essa con docilità femminile

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cercasse continuamente di evitare di prendere la parte dell'uno o dell'altro. Tutta una serie di scenate erano cosí rimaste nella memoria di Elisabeth, dense di rimproveri in parte inespressi verso il suo primo cognato. Il maggiore rimprovero era però quello di aver trasferito, per amore di una promozione promessagli, la sua famigliola in una lontana città dell'Austria, contribuendo cosí all'isolamento della madre. In tale occasione Elisabeth aveva chiaramente sentito la propria impotenza, la propria incapacità di offrire alla madre un surrogato della felicità perduta, e l'impossibilità di realizzare il proposito concepito alla morte del padre.

Il matrimonio della seconda sorella parve promettere cose piú liete per l'avvenire della famiglia, perché questo nuovo cognato, benché di levatura mentale inferiore, era un uomo come piaceva a queste donne sensibili, educate nel rispetto di tutti i riguardi dovuti, e il suo contegno riconciliò Elisabeth con l'istituto del matrimonio e con il pensiero dei sacrifici che esso comporta. Inoltre, la seconda coppia rimase vicina alla madre e il loro figlio divenne il beniamino di Elisabeth. Purtroppo l'anno stesso nel quale nacque il bambino fu turbato da un altro avvenimento. La malattia agli occhi della madre richiese una cura di oscurità di piú settimane, alla quale Elisabeth partecipò. Poi si rese necessaria un'operazione; l'agitazione per l'operazione imminente coincise con i preparativi per il trasferimento del primo cognato. Alla fine l'operazione, eseguita da mano maestra, fu superata e le tre famiglie si ricongiunsero in una località di villeggiatura, ed Elisabeth, esausta dalle preoccupazioni degli ultimi mesi, avrebbe ora dovuto rimettersi del tutto durante questo periodo, il primo privo di sofferenze e timori, concesso alla famiglia dopo la morte del padre.

Proprio nell'epoca di questa villeggiatura estiva cade però l'inizio dei dolori di Elisabeth e delle sue difficoltà a camminare. I dolori, dopo essersi fatti sentire lievemente per un certo periodo, si manifestarono con veemenza la prima volta dopo un bagno caldo preso nello stabilimento idroterapico. Una lunga passeggiata di qualche giorno prima, propriamente una marcia di una mezza giornata, fu allora messa in relazione con l'insorgere di questi dolori, tanto che fu facile pensare che Elisabeth si fosse dapprima "eccessivamente stancata" e poi "raffreddata".

Da questo momento in poi, Elisabeth fu l'ammalata di famiglia. Un consiglio del medico la indusse a trascorrere il resto di quella estate per una cura di bagni a Gastein, dove si recò con la madre,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ma non senza che fosse sorta una nuova preoccupazione. La seconda sorella era di nuovo incinta e la nuova gravidanza si annunciò come molto difficile, tanto che Elisabeth aveva esitato a partire per Gastein. Dopo appena due settimane di soggiorno a Gastein, madre e sorella vennero richiamate perché l'ammalata, ora costretta a letto, si era aggravata.

Fu un viaggio tormentoso, durante il quale si mescolarono per Elisabeth i dolori e i presagi piú neri; poi alla stazione alcuni indizi fecero presagire il peggio; infine, entrate nella stanza della paziente, la certezza di essere arrivate troppo tardi per congedarsi da una viva.

Elisabeth soffrí non solo per la perdita di questa sorella teneramente amata, ma quasi altrettanto per i pensieri che questa morte provocò in lei e per i cambiamenti cui diede origine. La sorella era rimasta vittima di un male al cuore aggravato dalla gravidanza. Si fece corpo l'idea che la cardiopatia fosse l'eredità paterna della famiglia. Ci si ricordò poi che la defunta aveva avuto nei primi anni dell'adolescenza una corea con lieve affezione cardiaca. Ci si rimproverava, e si rimproverava ai medici, di avere permesso il matrimonio, e non si poté risparmiare all'infelice vedovo l'accusa di avere messo in pericolo la salute della propria moglie con due gravidanze consecutive. La triste impressione che, proprio nel caso in cui s'erano prodotte le condizioni cosí rare per un matrimonio felice, tale felicità avesse dovuto avere una simile fine, occupò da allora in poi incontrastata i pensieri di Elisabeth. Inoltre essa vedeva di nuovo crollare tutto ciò che aveva desiderato per la madre. Il cognato vedovo, inconsolabile, si allontanò dalla famiglia della moglie: pare che la famiglia di lui, da cui si era estraniato durante il breve e felice matrimonio, abbia approfittato del momento per attrarlo nuovamente nella propria orbita. Non si trovò alcun mezzo per mantenere l'unione precedente: una coabitazione con la madre era impossibile per via della cognata nubile, mentre, rifiutandosi di lasciare alle due donne il bambino, unica eredità della morta, egli diede loro per la prima volta l'occasione di accusarlo di durezza di cuore. Infine – e ciò non fu la cosa meno penosa – Elisabeth ebbe un vago sentore di una lite, di cui poteva solo sospettare il motivo, scoppiata fra i due cognati. Pare comunque che il vedovo avesse sollevato, in questioni patrimoniali, pretese che l'altro cognato considerava ingiustificate, e che anzi, avuto riguardo al dolore recente della madre, egli definiva un odioso ricatto.

Questa dunque era la storia dei patimenti di questa fanciulla am-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

biziosa e bisognosa di affetto. Piena di rancore contro il proprio destino, esacerbata per il fallimento di tutti i suoi piccoli piani per ripristinare i bei tempi della propria casa — i suoi cari o morti, o lontani, o distaccati; — senza inclinazione a cercare rifugio nell'amore di un uomo estraneo, viveva da un anno e mezzo quasi completamente isolata da ogni relazione sociale, dedicandosi solo alla cura della propria madre e ai propri dolori.

Volendo trascurare l'esistenza di sofferenze maggiori, e immedesimandosi con la vita psichica di una ragazza, non si poteva negare alla signorina Elisabeth una calda simpatia umana. Ma, dal punto di vista dell'interesse medico, che dire di questa storia dolorosa; delle relazioni esistenti fra la storia e i disturbi locomotori; delle prospettive di spiegazione e di guarigione del caso, quali eventualmente potevano risultare dalla conoscenza di questi traumi psichici?

Per il medico, la confessione della paziente costituí in primo luogo una grave delusione. Era infatti una storia clinica fatta di forti commozioni banali, che non spiegavano né perché la colpita doveva ammalarsi di isteria, né perché l'isteria avesse assunto proprio la forma dell'abasia dolorosa. Non chiariva né il processo causale né la determinazione della presente isteria. Si poteva forse supporre che la paziente avesse stabilito un'associazione fra le sue penose impressioni psichiche e i dolori fisici che per caso aveva provato contemporaneamente, e che ora nella sua vita mnestica impiegasse l'impressione somatica come simbolo di quella psichica. Ma rimaneva oscuro il motivo di tale sostituzione, e il momento in cui essa si sarebbe effettuata. Certo, queste erano domande che i medici fino a ora non erano abituati a porsi. Ci si accontentava di dire che la paziente era appunto un'isterica per costituzione, la quale sotto la pressione di eccitamenti intensi, *di qualsiasi natura essi fossero*, poteva sviluppare sintomi isterici.

Questa confessione sembrava offrisse aiuto ancora minore per la guarigione del caso che per la sua spiegazione. Non si poteva comprendere quale influsso benefico potesse avere per la signorina Elisabeth tornare a raccontare a un estraneo, che dimostrava per essa un moderato interessamento, quella storia dei patimenti degli ultimi anni, ben nota a tutti i membri della sua famiglia. Né c'era da rilevare alcun effetto terapeutico a causa della confessione. La paziente, durante questo primo periodo della cura, non faceva mai a meno di ripetere al medico: "Ma io sto ancora sempre male, ho gli stessi dolori di prima" e, quando essa cosí dicendo mi guardava con aria

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

maliziosa e maligna, io non potevo fare a meno di ricordarmi del giudizio espresso sulla figlia prediletta dal vecchio signor von R.: che essa era spesso "sfacciata" e "cattiva". Dovevo tuttavia ammettere che essa aveva ragione.

Se a questo stadio avessi rinunciato al trattamento psichico della paziente, il caso della signorina Elisabeth von R. sarebbe certamente rimasto del tutto privo d'importanza per la teoria dell'isteria. Ma continuai la mia analisi, perché avevo la sicurezza che si sarebbe potuto trarre dagli strati piú profondi della coscienza la comprensione tanto della genesi quanto della determinazione del sintomo isterico. Decisi dunque d'indirizzare alla paziente in istato di coscienza allargata la domanda diretta: a quale impressione psichica era collegato il primo apparire dei dolori alle gambe?

A tale scopo si sarebbe dovuto mettere la paziente in ipnosi profonda. Ma purtroppo dovetti rilevare che i procedimenti da me adottati a riguardo non provocavano nella paziente uno stato di coscienza diverso da quello in cui mi aveva reso la sua confessione. E potevo esser contento che questa volta rinunciasse a dirmi con tono di trionfo: "Vede, non dormo, non sono ipnotizzabile." Mi venne allora l'idea, nella situazione difficile in cui mi trovavo, di ricorrere a quell'artificio della pressione sulla testa, sulla cui origine mi sono diffuso nelle precedenti osservazioni sul caso di Miss Lucy [pp. 264 sgg.]. Lo misi in atto invitando la paziente a comunicarmi subito ciò che le si fosse presentato alla mente o le avesse traversato la memoria nel momento della pressione. Essa tacque a lungo e confessò poi, dietro le mie insistenze, di aver pensato a una serata in cui un giovanotto l'aveva accompagnata a casa di ritorno da un ricevimento, ai discorsi tra lei e lui e ai sentimenti provati nel rincasare per curare il padre.

Questa prima menzione del giovanotto apriva un nuovo pozzo da cui ora cominciai gradualmente a estrarre il materiale. Si trattava qui di un segreto, giacché essa non aveva confidato a nessuno, a parte un'amica comune, le sue relazioni e le speranze che in esse riponeva. Si trattava del figlio di una famiglia amica da gran tempo e che abitava vicino alla precedente abitazione di lei. Il giovanotto, orfano anch'egli, si era legato con grande devozione al padre di lei, si era fatto guidare dai suoi consigli per la propria carriera e aveva esteso la sua venerazione dal padre alle signore della famiglia. Numerosi ricordi di letture comuni, scambi d'idee, sue espres-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sioni che le erano state riferite, avevano progressivamente rafforzato in lei la convinzione che egli l'amasse e la capisse e che un matrimonio con lui non avrebbe imposto quei sacrifici che essa temeva dal matrimonio. Purtroppo egli era soltanto di poco piú anziano di lei, ed era ben lontano dall'avere una situazione indipendente; tuttavia era ben decisa ad attendere.

Con la grave malattia del padre e le sue assorbenti mansioni d'infermiera, questi incontri si diradarono sempre di piú. La serata da essa ricordata come prima cosa, aveva segnato appunto il momento culminante del suo sentimento, ma anche allora non si era giunti a una spiegazione tra loro. Quella volta, spinta dai suoi e anche dal padre, essa si era lasciata indurre ad abbandonare il capezzale del malato per andare a un ricevimento in cui lo avrebbe potuto incontrare. Voleva tornare a casa presto, ma fu indotta a rimanere, e aveva ceduto quando egli le aveva promesso di accompagnarla. Non aveva mai sentito tanto affetto per lui come durante questo tragitto percorso in sua compagnia, ma quando in quello stato di beatitudine era tornata a casa tardi, aveva trovato le condizioni del padre peggiorate e si era fatta i piú aspri rimproveri per avere sacrificato tanto tempo al proprio svago. Fu l'ultima volta che lasciò il padre malato per una sera intera. Rivide il suo amico soltanto di rado; dopo la morte del padre, egli parve tenersi in disparte per rispetto al suo dolore, poi la vita lo aveva portato per altre vie; essa aveva dovuto gradualmente familiarizzarsi con l'idea che il suo interesse per lei era stato coperto da altri sentimenti e che egli per lei era perduto. Questo fallimento del primo amore la faceva soffrire ancora ogni volta che pensava a lui.

In questa relazione e nell'episodio narrato, suo culmine, dovevo dunque cercare l'origine dei primi dolori isterici. Il contrasto tra la beatitudine a cui allora si era abbandonata e la miseria del padre, ritrovata a casa, costituiva un conflitto, un caso d'incompatibilità. Il risultato del conflitto fu che la rappresentazione erotica venne rimossa dall'associazione, e l'affetto ad essa collegato venne impiegato per esaltare o ravvivare un dolore somatico che si era prodotto contemporaneamente (o poco prima). Si trattava quindi del meccanismo di una *conversione a scopo di difesa*, di cui mi sono occupato in modo particolare altrove.[1]

[1] *Le neuropsicosi da difesa* (1894). [In questo scritto comparve per la prima volta il termine "difesa" (*Abwehr*), che non appare invece nella "Comunicazione preliminare"; in questo periodo "rimozione" e "difesa" erano usati come equivalenti: vedi sopra il chiarissimo accenno nella prefazione del 1895, p. 171. Vedi anche p. 359.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Veramente qui resterebbero da fare svariate osservazioni. Devo rilevare che non ero riuscito a dimostrare, sulla scorta della sua memoria, che la conversione si fosse compiuta proprio nel momento del ritorno a casa. Andai quindi alla ricerca di esperienze analoghe relative all'epoca dell'assistenza, richiamando una serie di episodi tra i quali spiccava, per il fatto di essersi spesso ripetuto, quello di saltar giú dal letto a piedi nudi nella stanza fredda, per una chiamata del padre. Ero incline ad attribuire a questi momenti un'importanza particolare dato che, oltre al dolore nelle gambe, la malata lamentava una tormentosa sensazione di freddo. Anche qui, tuttavia, non mi riuscí di cogliere una scena che potesse essere indicata con sicurezza come quella della conversione. Ero perciò incline ad ammettere qui una lacuna nella spiegazione, finché mi ritornò in mente il fatto che all'epoca dell'assistenza al malato i dolori isterici alle gambe non esistevano ancora. La sua memoria parlava soltanto di un unico accesso di dolore, che si era prolungato per un giorno o due, e che allora non aveva affatto colpito la sua attenzione [p. 295]. La mia indagine si rivolse dunque a questa prima manifestazione dei dolori. Si riuscí a ravvivarne con certezza il ricordo: era venuto in visita proprio allora un parente che essa non poté accogliere perché era a letto e che anche in una visita successiva, due anni dopo, ebbe la sfortuna di trovarla ancora a letto. La ricerca di una determinazione psichica per questi primi dolori falliva però sempre, per quante volte essa fosse ripetuta. Credetti di dover supporre che quei primi dolori si fossero prodotti veramente senza motivo psichico, in forma di lieve disturbo reumatico, e potei anche stabilire che questo male organico, modello della successiva riproduzione isterica, doveva comunque collocarsi in un'epoca anteriore all'episodio del ritorno a casa in compagnia del giovane. Che questi dolori di origine organica si fossero prolungati in misura piú lieve e richiamando minore attenzione per un certo tempo, era pur sempre possibile, data la natura delle cose. Che l'analisi collochi la conversione di un eccitamento psichico in dolore fisico in un'epoca in cui tale dolore certamente non venne sentito e non venne ricordato, è un fatto che rimane oscuro, ma spero di risolvere questo problema con considerazioni ulteriori e con altri esempi [vedi oltre, pp. 320 sgg.].[1]

[1] Non posso escludere, ma nemmeno dimostrare, che questi dolori interessanti soprattutto le cosce fossero di natura *nevrastenica*.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Con la scoperta del motivo della prima conversione iniziò un secondo periodo, fruttuoso, della cura. Anzitutto l'ammalata mi sorprese, poco dopo, annunciandomi di sapere ormai perché i dolori partissero sempre proprio da quel determinato punto della coscia destra e fossero lí piú violenti. Era questo, infatti, proprio il punto in cui ogni mattina veniva poggiata la gamba del padre, mentre essa rinnovava le bende che avvolgevano la gamba tutta gonfia. Era una cosa che aveva dovuto prodursi un centinaio di volte ed era strano ch'essa fino a oggi non avesse pensato a questo nesso. Mi forní in tal modo l'attesa spiegazione del formarsi di una zona isterogena *atipica*. Inoltre le gambe dolenti cominciarono regolarmente nelle nostre analisi a "partecipare al discorso" [vedi p. 431]. Intendo riferirmi alla strana circostanza seguente: di solito l'ammalata, all'inizio del nostro lavoro, era libera dal dolore; quando invece con una domanda o con una pressione sul capo provocavo un ricordo, si faceva subito notare una sensazione dolorosa, per lo piú con tale vivacità da far sussultare l'ammalata e da farle portar la mano sul punto dolente. Il dolore in tal modo destato permaneva per tutto il tempo durante il quale la malata era dominata dal ricordo, raggiungeva il suo culmine quando stava per pronunciare la parte essenziale e decisiva della sua comunicazione, e scompariva con le ultime parole della comunicazione stessa. Gradualmente appresi a utilizzare questo dolore risvegliato come una bussola; quando essa taceva ma ammetteva di sentire ancora dolori, sapevo che non aveva detto tutto e insistevo per la continuazione della confessione sino a che il dolore non fosse trascinato via dalle parole. Soltanto allora risvegliavo un nuovo ricordo.

In questo periodo dell'"abreazione" lo stato della paziente, sia dal punto di vista somatico, sia da quello psichico, migliorò in modo cosí notevole che solevo dire, e solo a metà per ischerzo, che io portavo via ogni volta una certa quantità di motivi di dolore, e che quando avessi portato via tutto, sarebbe guarita. Giunse presto a non avere piú dolori per la maggior parte del tempo, si lasciò indurre a camminare parecchio e ad abbandonare l'isolamento che aveva fino allora osservato. Nel corso dell'analisi seguivo di volta in volta le spontanee oscillazioni del suo stato e le mie impressioni, quando una parte della sua storia non mi pareva sufficientemente esplorata. In questo lavoro feci alcune osservazioni interessanti i cui insegnamenti trovai in seguito confermati presso altri pazienti.

Anzitutto, per ciò che riguarda le oscillazioni spontanee, il fatto che effettivamente non se ne verificava mai una che non fosse pro-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

vocata per via associativa da una qualche vicenda della giornata. Una volta aveva udito parlare, nella cerchia dei suoi conoscenti, di una malattia che le rammentava un particolare della malattia del padre; un'altra volta era stata a trovarla il bambino della sorella defunta, ridestando con la sua somiglianza il dolore per quella perdita; un'altra volta ancora, una lettera della sorella lontana lasciava chiaramente vedere l'influsso del cognato privo di riguardi e aveva ridestato un dolore, che richiedeva la comunicazione di una scena familiare non ancora narrata. Dato che non riferiva mai due volte lo stesso episodio causa di dolore, la mia aspettativa di esaurire in questa maniera la provvista sembrava abbastanza giustificata e non ero per nulla restio a lasciare ch'essa incontrasse situazioni atte a provocare nuovi ricordi non ancora riaffiorati, per esempio mandandola a visitare la tomba di sua sorella o lasciandola partecipare a un ricevimento dove poteva nuovamente incontrare l'amico della giovinezza.

Riuscii, inoltre, a farmi un'idea del modo in cui si viene formando un'isteria che poteva dirsi "monosintomatica". Trovai infatti che la gamba destra diventava dolorosa durante le nostre ipnosi quando i ricordi riguardavano l'assistenza al padre, i rapporti con i compagni di giuoco della giovinezza e altre cose relative al primo periodo dell'epoca patogena, mentre il dolore compariva nell'altra gamba, quella sinistra, appena risvegliavo un ricordo della sorella perduta, dei due cognati, in breve un'impressione della seconda metà della sua storia di sofferenze. Reso attento da questo comportamento costante, proseguii le indagini ed ebbi l'impressione che la specificità andasse assai oltre e che ogni nuovo motivo psichico per sensazioni dolorose fosse collegato a un diverso luogo dell'area dolorifica delle gambe. Il punto doloroso della coscia destra si riferiva all'assistenza al padre: a partire da quel punto, la zona dolorifica si era estesa per apposizione in seguito all'azione di nuovi traumi, cosicché a rigore non si trattava di un unico sintomo di natura corporea collegato con piú complessi mnestici di natura psichica, ma di una pluralità di sintomi simili, che all'osservazione superficiale apparivano come fusi in un sintomo solo. Tuttavia non ho approfondito l'indagine nel senso di una delimitazione delle zone dolorifiche corrispondenti alle singole occasioni psichiche, perché trovai che la paziente non prestava attenzione a questi rapporti.

Mi interessai invece di piú alla maniera in cui tutto il complesso di sintomi dell'abasia poteva essersi costituito su queste zone dolorifiche; e a tal fine ponevo svariate domande, come: "Da dove pro-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

vengono i dolori del camminare? dello stare in piedi? dello star distesa?", alle quali rispondeva, in parte spontaneamente, in parte sotto la pressione della mia mano. Risultarono cosí due cose. Da un lato essa mi raggruppava tutte le scene collegate con impressioni dolorose, a seconda che in esse fosse stata seduta o in piedi, ecc. Cosí, per esempio, era *in piedi* presso una porta quando il padre venne portato a casa colpito da un attacco di cuore [p. 295], e nello spavento rimase *in piedi* come impietrita. A questo primo "spavento in piedi" fecero poi seguito altri ricordi, fino a quella scena terribile in cui di nuovo rimase in piedi come stregata presso il letto della sorella morta [p. 297]. Tutta la catena di reminiscenze doveva mettere in evidenza un valido legame dei dolori con lo stare in piedi, giustificando anche l'associazione; soltanto non si doveva trascurare l'esigenza che in tutte queste occasioni doveva essere rintracciabile anche quell'altro momento che aveva indirizzato l'attenzione – e in seguito la conversione – proprio sullo stare in piedi (o sul camminare, o sullo star seduta ecc.). La spiegazione di questa direzione dell'attenzione poteva difficilmente ricercarsi in altre circostanze, se non nel fatto che il camminare, lo stare in piedi e il giacere sono appunto collegati a prestazioni e a stati di quelle parti del corpo in cui sono situate le zone dolorifiche, vale a dire le gambe. La connessione fra l'astasia-abasia e il primo caso di conversione in questa storia clinica era quindi facilmente comprensibile.

Fra le scene che, stando a questa rassegna, avrebbero reso doloroso il camminare, se ne imponeva una, una passeggiata fatta in quel tal luogo di cura in numerosa compagnia e che apparentemente sarebbe stata troppo lunga. I particolari del fatto furono comunicati solo con esitazione, lasciando insoluti parecchi enigmi. Era in uno stato d'animo particolarmente tenero, si era accompagnata volentieri a quel gruppo di amici, la giornata era bella, non troppo calda, la mamma era rimasta in casa, la sorella maggiore era già partita, la minore non si sentiva bene ma non aveva voluto guastarle il divertimento, il marito di lei aveva dapprima dichiarato di voler restare presso la moglie, ma poi per far piacere a lei (Elisabeth) era andato con loro. Questa scena pareva aver molto a che fare con la prima manifestazione dei dolori, perché essa rammentava di essere ritornata dalla passeggiata assai stanca e con forti dolori, ma non sapeva dire con sicurezza se avesse sentito dolori anche prima. Feci presente che se avesse avuto dolori di qualche rilievo difficilmente si sarebbe decisa a fare quella lunga camminata. Alla domanda, da che cosa po-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tevano essere provenuti i dolori durante quella passeggiata, ricevetti la risposta, non del tutto chiara, che le era stato doloroso il contrasto fra la sua solitudine e la felicità coniugale della sorella malata, che il comportamento del proprio cognato le aveva posto di continuo davanti agli occhi.

Un'altra scena, molto vicina nel tempo alla precedente, era rilevante agli effetti del legame fra i dolori e lo star seduta. Fu alcuni giorni dopo; la sorella e il cognato erano già partiti, essa era in uno stato d'animo eccitato e nostalgico, si era alzata al mattino presto, ed era salita per una piccola collina fino a un punto nel quale si erano recati tante volte insieme e che offriva una vista meravigliosa; e si era seduta là, a inseguire i propri pensieri, su un sedile di pietra. I suoi pensieri riguardavano di nuovo il suo isolamento, il destino della famiglia, e il vivo desiderio, cosí confessò questa volta apertamente, di poter essere felice come lo era la sorella. Era ritornata da quella meditazione mattutina con forti dolori, e la sera dello stesso giorno aveva fatto quel bagno dopo il quale i dolori si erano prodotti in modo definitivo e permanente [p. 296].

Risultò inoltre in modo certo che i dolori nel camminare e nello stare in piedi solevano al principio calmarsi quando essa si poneva *distesa*. Solo quando alla notizia della malattia della sorella era partita di sera da Gastein e durante la notte, tormentata contemporaneamente dalla preoccupazione per la sorella e da atroci dolori, era rimasta sdraiata e insonne nella vettura ferroviaria, si era stabilito anche il collegamento fra lo star distesa e il dolore, e vi fu anzitutto un periodo durante il quale lo star distesa era per lei piú doloroso del camminare e dello stare in piedi.

In tal modo in primo luogo la regione dolorifica si era estesa per apposizione, inquantoché ogni nuovo tema attivo, patogeno, aveva occupato una nuova zona delle gambe; e in secondo luogo ognuna delle scene capaci d'impressionare aveva lasciato dietro di sé una traccia, determinando un "investimento" permanente, costantemente accumulantesi, delle varie funzioni delle gambe, e un legame tra queste funzioni e le sensazioni dolorose; tuttavia allo sviluppo dell'astasia-abasia anche un terzo meccanismo era stato in modo indubbio partecipe. Quando la malata concludeva la narrazione di tutta una serie di avvenimenti col lamento di avere allora risentito con dolore il suo "star sola", e, in un'altra serie, che riguardava i suoi falliti tentativi di creare una nuova vita familiare, non si stancava di ripetere che in questi era doloroso il sentimento della pro-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pria *impotenza* e l'impressione di "non esser capace di andare avanti", io dovetti concedere anche alle sue riflessioni un influsso sullo sviluppo dell'abasia; dovetti supporre cioè che avesse addirittura cercato un'espressione *simbolica* per i suoi pensieri dolorosi e che l'avesse trovata nell'intensificazione della propria sofferenza fisica. Che sintomi somatici dell'isteria potessero prodursi per una simbolizzazione di questo genere, l'abbiamo già affermato nella nostra "Comunicazione preliminare" [p. 177]; nell'epícrisi di questa storia clinica citerò alcuni esempi indubbiamente probanti [pp. 327 sgg.]. Nella signorina Elisabeth von R. il meccanismo psichico della simbolizzazione non stava in primo piano, esso non aveva creato l'abasia; tutto stava però a indicare che la già esistente abasia aveva subíto per tale via un rafforzamento notevole. Quindi quest'abasia, nello stadio dello sviluppo in cui io la trovai, era da equipararsi non solo a una paralisi funzionale di tipo psichico associativo, ma anche a una paralisi funzionale di tipo simbolico.

Prima di proseguire nella storia della mia paziente, voglio aggiungere ancora una parola sul suo comportamento durante questo secondo periodo della cura. Mi servivo durante tutta questa analisi del metodo consistente nel provocare mediante pressione sulla testa immagini e idee, di un metodo dunque che rimane inapplicabile senza la piena collaborazione e la volontaria attenzione della paziente. Essa si comportava infatti, talvolta, cosí come meglio non potevo desiderare, e in quei periodi era veramente sorprendente con quanta prontezza e con quanta precisione nell'ordine cronologico si presentassero le singole scene appartenenti a un determinato tema. Era come se leggesse in un lungo libro illustrato le cui pagine le fossero passate davanti agli occhi. Altre volte pareva vi fossero inibizioni, di cui allora non sospettavo ancora la natura. Quando esercitavo la mia pressione, essa sosteneva che non le veniva in mente nulla; ripetevo la pressione, la esortavo ad attendere, e ancora non voleva venire nulla. Le prime volte che si presentò una tale ritrosia, mi lasciai decidere a interrompere il lavoro: la giornata non sembrava favorevole; sarebbe stato per un'altra volta. Due osservazioni però mi determinarono a mutare atteggiamento. In primo luogo, che questo insuccesso del metodo si verificava soltanto quando avevo trovato Elisabeth serena e libera da dolori, mai quando ero incappato in una cattiva giornata; in secondo luogo, che l'affermazione di non vedere nulla davanti a sé, spesso era da lei pronunciata dopo una lunga pausa, durante la quale l'espressione tesa e intenta del suo volto pur

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mi tradiva un processo psichico in lei. Mi decisi dunque a supporre che il metodo non fallisse mai, che sotto la pressione della mia mano Elisabeth avesse ogni volta un'idea in mente o un'immagine dinanzi agli occhi, ma che non sempre fosse disposta a darmene comunicazione, cercando invece di reprimere nuovamente ciò che era emerso. Circa i motivi di questo suo silenzio, ne potevo immaginare due: o Elisabeth esercitava sulla sua idea una critica, che non avrebbe dovuto esercitare, nel senso che la trovava troppo poco importante, o non adatta come risposta alla domanda posta; oppure rifuggiva dal comunicarla perché... una tale comunicazione le era troppo sgradevole. Procedetti quindi come se fossi completamente persuaso della sicurezza della mia tecnica. Non le davo piú retta quando affermava che non le era venuto in mente nulla, l'assicuravo che doveva esserle venuto in mente qualche cosa: forse essa non vi aveva prestato sufficiente attenzione, e in tal caso avrei volentieri ripetuto la pressione; oppure aveva ritenuto che l'idea non fosse quella giusta. Ma questo non la riguardava, essa era tenuta a restare completamente obiettiva e a dire ciò che le fosse passato per il capo, fosse o no la cosa adatta; del resto sapevo benissimo che le era venuto in mente qualche cosa e che essa me la nascondeva, ma non si sarebbe mai liberata dei suoi dolori se mi avesse tenuto segreto un qualche cosa. Con queste insistenze ottenni che effettivamente nessuna pressione rimanesse piú senza risultato. Dovevo supporre di avere riconosciuto con esattezza come stavano le cose e acquistai durante questa analisi una fiducia assoluta nella mia tecnica. Accadeva spesso che essa mi facesse una comunicazione soltando dopo la terza pressione, ma che poi aggiungesse spontaneamente: "Questo avrei potuto dirglielo anche la prima volta." – "E perché allora non lo ha detto subito?" – "Pensavo che non fosse la cosa giusta", oppure: "Pensavo di poterlo evitare, ma si è ripresentato ogni volta." Durante questo pesante lavoro cominciai ad attribuire un significato piú profondo alla resistenza che la paziente manifestava nella riproduzione dei suoi ricordi, e raggruppare accuratamente le occasioni nelle quali essa si tradiva in modo particolarmente evidente.[1]

Passo ora alla descrizione del terzo periodo della nostra cura. La paziente stava meglio, era psichicamente sollevata ed era diventata capace di agire, ma i dolori evidentemente non erano aboliti, conti-

[1] [È la prima menzione del fatto clinico della "resistenza", discusso oltre, pp. 406 sgg.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nuavano di tanto in tanto a ripresentarsi con l'antica violenza. All'imperfezione dell'esito terapeutico faceva riscontro l'incompletezza dell'analisi: non sapevo ancora bene in quale momento e ad opera di quale meccanismo i dolori fossero sorti. Durante la riproduzione delle piú svariate scene nel secondo periodo e durante l'osservazione della resistenza al racconto della paziente, si era creato in me un certo sospetto; ma non osavo ancora fondarmi su di esso per procedere. Un'osservazione casuale fu a tale proposito decisiva. Durante il lavoro con la paziente udii una volta passi d'uomo nella stanza accanto, e una voce dal suono gradevole, che sembrava chiedere qualche cosa; la mia paziente si era subito alzata e mi aveva pregato di troncare per quel giorno; aveva udito che era arrivato suo cognato e che egli chiedeva di lei. Fino a quel momento era stata libera da dolori, ma dopo questa interruzione il suo volto e la sua andatura tradirono il repentino manifestarsi di dolori violenti. Fui confermato nel mio sospetto e decisi di provocare il chiarimento decisivo.

Posi dunque la domanda circa le circostanze e le cause del primo manifestarsi dei dolori. Per risposta i pensieri di lei si orientarono sulla villeggiatura in quel luogo di cura prima del viaggio a Gastein, e apparvero di nuovo alcune scene che già prima erano state trattate in forma tuttavia non esauriente. Il suo stato d'animo in quell'epoca; l'esaurimento dopo le preoccupazioni per la vista della madre e dopo l'assistenza prestàtale all'epoca dell'operazione agli occhi; il suo sconforto e il senso di non potere mai, come ragazza sola, godere qualcosa della vita o fare qualche cosa nella vita. Fino ad allora essa si era creduta forte abbastanza per poter fare a meno dell'aiuto di un uomo, adesso s'impossessava di lei il sentimento della sua debolezza femminile, una nostalgia di amore, nella quale, per dirla con le sue stesse parole, la rigidezza del suo carattere cominciava a sciogliersi. In tale stato d'animo il matrimonio felice della sua seconda sorella le fece la piú profonda impressione: in che modo commovente egli pensasse a lei, come si capissero con uno sguardo, come sembrassero sicuri l'uno dell'altra! Certo era increscioso che la seconda gravidanza seguisse cosí da presso la prima, e la sorella sapeva che ciò era la causa della sua sofferenza, ma con quanta dedizione essa sopportava questa sofferenza dato che ne era lui la causa. Alla passeggiata che era cosí intimamente collegata ai dolori di Elisabeth, il cognato dapprima non aveva voluto partecipare, preferendo rimanere presso la moglie malata. Questa però con uno sguardo lo aveva convinto ad andare perché pensava che avrebbe fatto piacere a Elisabeth.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Elisabeth era rimasta per tutto il tempo in sua compagnia, avevano parlato insieme delle cose piú disparate, piú intime, ed essa si era trovata cosí d'accordo con tutto ciò che egli aveva detto, che il desiderio di possedere un uomo che gli somigliasse divenne prepotente in lei. Poi, pochi giorni piú tardi, era seguita la scena di quando, il mattino successivo alla loro partenza, si era recata in quel belvedere passeggiata preferita degli assenti. Là si era seduta su una pietra a sognare di nuovo di una felicità nella vita simile a quella che era toccata alla sorella, e di un uomo che sapesse affascinarle il cuore come questo cognato. Si alzò con dolori, che però passarono ancora una volta; solo al pomeriggio, dopo il bagno caldo preso allo stabilimento, si erano imposti i dolori che da allora non l'avevano piú abbandonata. Cercai di indagare sui pensieri che l'avevano occupata in tale occasione; risultò però soltanto che lo stabilimento idroterapico le ricordava le sorelle partite, perché esse avevano abitato in quel medesimo edificio.

Da tempo dovevo aver capito di che si trattasse, mentre la paziente, immersa in ricordi soavi e dolorosi insieme, pareva non accorgersi a quale spiegazione stesse arrivando e proseguiva nella riproduzione delle sue reminiscenze. Venne l'epoca di Gastein, la preoccupazione con la quale attendeva ogni lettera, infine la notizia che la sorella stava male, la lunga attesa finché giungesse la sera, quando soltanto era possibile lasciare Gastein. Il viaggio nella tormentosa incertezza, nella notte insonne: tutte circostanze che erano accompagnate da una violenta recrudescenza dei dolori. Domandai se durante il viaggio si fosse immaginata la triste eventualità che poi risultò verificata. Rispose di avere accuratamente evitato quel pensiero, ma che la madre fin da principio, a suo parere, si era aspettata il peggio. Seguí poi il ricordo dell'arrivo a Vienna, delle impressioni che ricevettero dai parenti in attesa, del breve viaggio da Vienna al vicino luogo di villeggiatura dove la sorella abitava, dell'arrivo là di sera, del tratto attraverso il giardino percorso in fretta, sino alla porta del piccolo padiglione... il silenzio nella casa, l'opprimente oscurità, il fatto che il cognato non le ricevesse; poi eccole davanti al letto, vedevano la morta; e in quell'istante dell'orrenda certezza che la sorella amata fosse morta senza prendere congedo da loro, senza avere i suoi ultimi giorni confortati dalle loro cure... in quell'istante dunque era sfrecciato attraverso il cervello di Elisabeth un altro pensiero, che ora si ripresentava inevitabilmente, come un lampo nell'oscurità: "Adesso egli è nuovamente libero, e io posso diventare sua moglie."

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Adesso sí che tutto era chiaro. La fatica dell'analisi era stata ampiamente premiata: Le idee della "difesa" da una rappresentazione incompatibile, il formarsi dei sintomi isterici mediante conversione dell'eccitamento psichico in somatico, la formazione di un gruppo psichico separato per l'atto volontario che conduce alla difesa, tutto ciò mi si presentò in quel momento davanti agli occhi, in modo tangibile. Era stato proprio cosí. Questa ragazza aveva nutrito una tenera inclinazione per il cognato, contro la cui accettazione nella propria coscienza tutta la sua natura morale si era ribellata. Era riuscita a risparmiarsi la dolorosa certezza di amare il marito della propria sorella, creandosi in compenso dolori fisici, e nei momenti in cui quella certezza aveva cercato di imporsi (durante la passeggiata con lui, durante la fantasia mattutina, nel bagno, e dinanzi al letto della sorella) erano sorti, per una conversione nel somatico, quei dolori. Nell'epoca in cui la presi in cura, il distacco del gruppo di rappresentazioni relative a questo amore dalla sua coscienza, si era già compiuto; penso che altrimenti non avrebbe mai acconsentito a un trattamento di questo tipo; la resistenza che essa aveva opposto ripetutamente alla riproduzione di scene traumaticamente efficaci, corrispondeva effettivamente all'energia con la quale la rappresentazione incompatibile era stata cacciata dall'associazione.

Per il terapeuta tuttavia si presentò allora un brutto periodo. Il riprendere coscienza di quella rappresentazione rimossa ebbe per la povera ragazza un effetto accasciante. Dette in un forte grido quando io riassunsi in poche parole i dati di fatto: "Lei era dunque da lungo tempo innamorata di suo cognato." In quell'istante essa si lamentò dei dolori piú orribili, e fece ancora un disperato tentativo per respingere la spiegazione. Disse che non era vero, glielo avevo suggerito io, non poteva essere, di una cattiveria simile essa non era capace. E che una cosa simile non se la sarebbe mai perdonata. Fu facile dimostrarle che le sue comunicazioni non ammettevano altra interpretazione, ma ci volle molto prima che i miei due argomenti di consolazione, e cioè che uno non è responsabile dei propri sentimenti e che il suo comportamento, ossia proprio il suo essersi ammalata era una prova sufficiente della sua natura morale, facessero impressione su di lei.

Dovetti ora tentar varie strade per procurare sollievo alla paziente. Anzitutto volli darle occasione di liberarsi dell'eccitamento per tanto tempo accumulato scaricandolo mediante "abreazione". Analizzammo le prime impressioni nei suoi rapporti col cognato, l'inizio di

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

quella inclinazione mantenuta inconscia. Apparvero qui tutti quei piccoli sintomi premonitori e presagi che una passione pienamente sviluppata sa utilizzare cosí bene retrospettivamente. Nella sua prima visita in casa egli l'aveva scambiata per la sposa a lui destinata, salutandola prima della sorella, maggiore ma piú modesta. Una sera avevano chiacchierato cosí vivacemente e parvero comprendersi cosí bene che la sposa l'interruppe con l'osservazione detta metà sul serio: "In fondo voi due sareste andati molto bene insieme." Un'altra volta ad un ricevimento, dove non si sapeva ancora nulla del fidanzamento, si discorreva del giovanotto, e una signora aveva criticato un difetto della sua figura, che poteva far pensare a una malattia giovanile delle ossa. La fidanzata era rimasta zitta, ma Elisabeth era scattata per difendere, con uno zelo rimasto poi incomprensibile a lei stessa, la figura diritta del suo futuro cognato. Lavorando cosí per aprirci la strada fra queste reminiscenze, divenne chiaro che il sentimento di tenerezza per il proprio cognato era in lei latente da molto tempo, forse fin dall'inizio della loro conoscenza, e che esso si era per tanto tempo mascherato dietro una semplice simpatia per un parente, quale, per il suo sviluppatissimo senso della famiglia, poteva apparire del tutto comprensibile.

Questa abreazione le fece decisamente bene; ma ancora piú sollievo avrei potuto darle interessandomi amichevolmente di situazioni presenti. Con tale intenzione sollecitai un colloquio con la signora von R.; e trovai una signora comprensiva e di sentimenti delicati, anche se abbattuta dai recenti colpi del destino. Da lei seppi che l'accusa di un volgare ricatto rivolta dal cognato piú anziano contro il vedovo e che per Elisabeth era stata tanto dolorosa, aveva dovuto essere ritirata in base a informazioni piú precise. La figura del giovane poté restare limpida; s'era trattato di un malinteso, dovuto alla differenza facilmente comprensibile fra il modo di considerare il denaro da parte di un uomo d'affari, per il quale il denaro è uno strumento di lavoro, e il modo di vedere di un burocrate: ecco ciò che rimaneva di questa vicenda apparentemente cosí spiacevole. Pregai la madre di fornire d'ora in avanti a Elisabeth tutte le delucidazioni che potevano esserle necessarie e di offrirle in seguito l'occasione di aprire il proprio animo, al modo in cui io l'avevo abituata.

Naturalmente mi interessava anche sapere quale prospettiva avesse di divenire realtà il desiderio ora diventato cosciente nella ragazza. Qui le cose erano meno favorevoli! La madre disse di avere da tempo compreso l'inclinazione di Elisabeth per il proprio cognato, pur

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

avendo ignorato che si fosse manifestata fin da quando la sorella era in vita. Per chi li vedeva insieme quando – come ormai di rado – s'incontravano, non poteva esservi alcun dubbio sull'intenzione della ragazza di piacergli. Tuttavia mi disse che né lei, la madre, né le persone di famiglia erano molto favorevoli a un'unione matrimoniale fra i due. La salute del giovane non era molto solida ed egli aveva subíto una nuova scossa per la morte della moglie amata; non era nemmeno tanto sicuro che si fosse spiritualmente ripreso tanto da pensare a un nuovo matrimonio. Forse per questo era tanto riservato; e forse anche perché egli, non essendo sicuro di essere accettato, voleva evitare eventuali pettegolezzi. Dato questo ritegno da ambedue le parti, la soluzione a cui Elisabeth aspirava doveva certamente fallire.

Comunicai alla fanciulla tutto ciò che avevo saputo dalla madre, ed ebbi la soddisfazione di farle del bene col chiarimento sull'affare di denaro; la esortai d'altra parte a sopportare con tranquillità quell'incertezza circa l'avvenire, che non poteva essere fugata. Ora però l'estate avanzata sollecitava a por termine alla cura. Ella stava nuovamente meglio, e tra di noi non si faceva piú parola dei suoi dolori da quando ci eravamo occupati della causa a cui i dolori si erano potuti far risalire. Avevamo entrambi la sensazione di avere finito, quantunque io mi dicessi che l'abreazione dei sentimenti di tenerezza trattenuti non era stata effettuata in modo completo. La considerai guarita, e le segnalai come potesse progredire anche autonomamente nella soluzione, una volta che questa era stata avviata; essa non mi contraddí. Partí con sua madre per incontrare la sorella maggiore e la famiglia di lei in una villeggiatura comune.

Devo ancora riferire brevemente il decorso ulteriore della malattia nella signorina Elisabeth von R. Alcune settimane dopo il nostro congedo ricevetti una lettera disperata della madre, con cui mi si comunicava che Elisabeth, al primo tentativo di parlarle delle sue faccende di cuore, si era ribellata con la massima indignazione, che da allora aveva nuovamente avuto forti dolori, era arrabbiata contro di me perché avevo tradito il suo segreto e si mostrava del tutto inaccessibile: la cura era radicalmente fallita. Che fare ora? Di me non ne voleva piú sapere. Non risposi; ora che si era sottratta alla mia tutela, vi era da aspettarsi che avrebbe nuovamente tentato di respingere l'inframmettenza della madre, rientrando nel proprio isolamento. Eppure avevo una specie di sicurezza che tutto, a forza di scosse, sarebbe tornato a posto, e che la mia fatica non sarebbe stata

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

spesa invano. Due mesi dopo erano di nuovo a Vienna, e il collega al quale dovevo la presentazione della paziente mi portò la notizia che Elisabeth stava perfettamente bene, si comportava come se fosse sana, anche se aveva temporaneamente ancora qualche dolore. Da allora mi mandò varie volte ambasciate simili, promettendo ogni volta di venirmi a trovare, ma è caratteristico del rapporto personale che si crea in queste cure, che non lo abbia mai fatto. A quanto il mio collega mi assicura, si può considerare guarita; i rapporti fra il cognato e la famiglia non sono cambiati.

Nella primavera del 1894 ebbi notizia che essa avrebbe partecipato a un ballo al quale potevo farmi invitare, e non mi lasciai sfuggire l'occasione di vedere la mia paziente di un tempo volare in rapida danza. Dopo di allora si è sposata, per propria inclinazione, con un estraneo.

Epícrisi

Non sono stato sempre psicoterapeuta, e ho fatto la mia esperienza medica con le diagnosi locali e con l'elettroprognosi, al modo stesso di altri neuropatologi, cosí che sento ancora io stesso un'impressione curiosa per il fatto che le storie cliniche che scrivo si leggono come novelle e che esse sono, per cosí dire, prive dell'impronta rigorosa della scientificità. Devo consolarmi pensando che di questo risultato si deve evidentemente rendere responsabile piú la natura dell'oggetto che non le mie preferenze; la diagnostica locale e le reazioni elettriche in realtà non valgono nello studio dell'isteria, mentre una rappresentazione particolareggiata dei processi psichici, quale in genere ci è data dagli scrittori, mi permette, con l'impiego di poche formule psicologiche, di raggiungere una certa quale comprensione dell'andamento di un'isteria. Storie cliniche come queste vogliono essere giudicate come psichiatriche, ma presentano rispetto a queste ultime un vantaggio, e cioè l'intimo rapporto fra la storia delle sofferenze e i sintomi della malattia, rapporto che nelle biografie di altre psicosi cerchiamo ancora invano.

Mi sono sforzato di inserire i chiarimenti che posso dare sul caso della signorina Elisabeth von R., nel riferire la storia della sua guarigione; forse non è superfluo ripeterne qui riuniti i punti essenziali. Ho descritto il carattere della paziente, i cui tratti si ritrovano in tante isteriche e veramente non possono esser attribuiti a una degenerazione: il talento, l'ambizione, la sensibilità morale, l'eccessivo bi-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sogno di amore che in un primo tempo trova la sua soddisfazione nella famiglia, il suo spirito di indipendenza che va molto al di là del comune ideale femminile e che si esprime in larga misura nella caparbietà, combattività e riservatezza. Secondo le informazioni del mio collega, non erano dimostrabili nelle due famiglie tare ereditarie di un qualche rilievo; la madre di lei soffriva, è vero, da molti anni di depressione nevrotica non meglio studiata; i fratelli e le sorelle della madre però, il padre e i familiari di lui potevano annoverarsi fra le persone equilibrate, non nervose. Nessun caso grave di neuropsicosi si era verificato nei parenti piú vicini.

Su questa natura avevano ora agito emozioni dolorose, e prima di tutto l'influsso deprimente di una lunga assistenza all'amato padre malato.

Vi sono buone ragioni perché l'assistenza ai malati assuma un ruolo cosí importante nell'anamnesi delle isterie. Molti fattori che agiscono in tali situazioni sono infatti evidentissimi: la perturbazione delle condizioni fisiche per il sonno interrotto, la trascuranza della propria persona, la ripercussione sulle funzioni vegetative di una preoccupazione sempre assillante; la cosa piú importante, però, sta a mio parere altrove. Chi ha la mente occupata dalle centomila incombenze dell'assistenza a un malato, le quali si susseguono per settimane e mesi in una serie senza fine, da una parte si abitua a reprimere tutti i segni della propria commozione, e dall'altra è presto distolto dal prestare attenzione alle proprie impressioni, perché gli mancano sia il tempo sia la forza di soddisfarle. Cosí chi assiste un malato accumula una quantità di impressioni cariche di elementi affettivi che difficilmente sono percepite con sufficiente chiarezza e che a ogni modo non vengono alleggerite da abreazioni. Egli si procura il materiale per una isteria da ritenzione.[1] Se il malato guarisce, tutte queste impressioni perdono naturalmente valore; ma se muore, interviene il periodo del lutto, nel quale sembra prezioso solo ciò che ha riferimento alla persona perduta, comprese quelle impressioni che attendono di essere liquidate, e dopo un breve periodo di esaurimento scoppia l'isteria il cui germe era stato immesso durante l'assistenza al malato.

Questo medesimo fatto della liquidazione successiva dei traumi raccolti durante l'assistenza al malato, lo si può talora riscontrare

[1] [Vedi oltre p. 357 e nota.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

anche in casi in cui non si ha l'impressione complessiva di uno stato morboso, ma dove tuttavia si mantiene il meccanismo dell'isteria. Cosí conosco una donna di grande talento, che soffre di lievi stati nervosi, di cui tutta la personalità rivela l'isterica, anche se non ha mai dovuto ricorrere a medici né ha mai dovuto interrompere l'adempimento dei suoi doveri. Questa donna ha già assistito tre o quattro dei suoi cari fino alla morte, e ogni volta fino al proprio completo esaurimento fisico, e non si è neppure ammalata dopo aver condotto a termine questi tristi compiti. Poco tempo dopo la morte del malato però comincia in lei il lavoro di riproduzione, che le presenta nuovamente davanti agli occhi le scene della malattia e della morte. Ogni giorno essa rivive nuovamente ogni impressione, piange su di esse e se ne consola... si potrebbe dire, a suo comodo. Questa liquidazione si svolge in mezzo alle sue occupazioni giornaliere, senza che le due attività interferiscano l'una nell'altra. Il tutto le passa davanti in ordine cronologico. Non so se il lavoro mnestico di una giornata copra esattamente una giornata del passato. Suppongo che dipenda dalle possibilità che i suoi ordinari compiti di direttrice di casa le lasciano.

Oltre a questo "pianto di recupero", che si collega con breve intervallo al decesso, questa donna effettua periodiche commemorazioni ogni anno all'epoca delle singole catastrofi, e qui la sua viva riproduzione visiva e la sua manifestazione affettiva si attengono fedelmente alla data. La trovo, per esempio, in lacrime e le chiedo affettuosamente che cosa sia oggi accaduto. Respinge la domanda quasi irritata: "Ah no, solo che oggi c'è stato di nuovo il dottor N. e ci ha fatto capire che non c'è piú speranza. Io quella volta non ho avuto tempo di piangere." Essa si riferisce all'ultima malattia di suo marito, morto tre anni prima. Sarebbe molto interessante per me sapere se in queste solennità commemorative, annualmente ricorrenti, essa ripeta le stesse scene o se ogni volta le si presentino altri dettagli per l'abreazione, come suppongo nell'interesse della mia teoria.[1] Ma

[1] Venni una volta a sapere con sorpresa che un tale "abreagire di recupero" — ma per impressioni diverse da quelle di un'assistenza a un malato — può formare il contenuto di una nevrosi altrimenti enigmatica. Una bella ragazza diciannovenne, la signorina Mathilde H., che vidi una prima volta con una paralisi incompleta delle gambe, ma che mesi dopo ebbi in cura perché aveva cambiato carattere, era divenuta depressa sino al punto di perdere il gusto di vivere, priva di ogni riguardo verso la madre, irritabile e intrattabile. Il quadro complessivo della paziente non consentiva l'ipotesi di una comune malinconia. Era facilissimo porla in sonnambulismo profondo ed io mi servii di questa sua particolarità per impartirle ogni volta ordini e suggestioni, che erano da lei ascoltati in sonno profondo, con l'accompagnamento di molte lacrime, ma che per il

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

non posso apprendere nulla di sicuro a questo riguardo, perché questa donna, di intelligenza pari alla forza del carattere, si vergogna della violenza con cui tali reminiscenze agiscono su di lei.

Ripeto ancora una volta che questa donna non è malata, e che questo abreagire tardivo, nonostante ogni somiglianza, non è un processo isterico; ci si può domandare da che cosa dipenda il fatto che in un caso dopo l'assistenza a un malato si abbia un'isteria e in un altro caso no. Non può trattarsi di disposizione personale, giacché nella signora a cui qui mi riferisco questa disposizione c'era e in misura assai notevole.

Ritorno alla signorina Elisabeth von R. Durante l'assistenza a suo padre si era dunque formato in lei, per la prima volta, un sintomo isterico, e precisamente un dolore in un punto determinato della coscia destra. Il meccanismo di questo sintomo può essere spiegato abbastanza bene in base all'analisi. Ci fu un momento in cui la cerchia delle rappresentazioni concernenti i suoi doveri verso il padre malato venne a conflitto col contenuto del suo desiderio erotico di allora. Aveva deciso in favore dei suoi doveri, rimproverandosi aspramente, e si era cosí creata il dolore isterico.

Secondo la concezione offerta dalla teoria della conversione isterica, il processo si potrebbe descrivere in questo modo: Essa aveva rimosso la rappresentazione erotica dalla sua coscienza trasformandone il carico affettivo in sensazione somatica di dolore. Non si poté chiarire se questo primo conflitto le si fosse presentato un'unica volta o ripetutamente; l'ultima ipotesi è la piú probabile. Un con-

resto mutavano di poco il suo stato. Un giorno in ipnosi diventò loquace e mi comunicò che causa della sua depressione era la rottura del suo fidanzamento avvenuta parecchi mesi prima. Da una conoscenza piú approfondita del fidanzato erano venuti emergendo sempre piú aspetti poco gradevoli tanto per la madre che per lei stessa, d'altra parte i vantaggi materiali dell'unione erano troppo tangibili per rendere facile la decisione della rottura: cosí entrambe avevano esitato per lungo tempo, e lei stessa era entrata in uno stato di indecisione per cui subiva tutto con apatia; finalmente la madre aveva detto per lei il no decisivo. Qualche tempo dopo, essa si era destata da un sogno, aveva cominciato a occuparsi intensamente con pensieri riguardanti la decisione già presa, soppesando fra sé il pro e il contro, e questo processo in lei continuava tuttora. Essa viveva in quel periodo di dubbio, e provava ogni giorno quello stato d'animo e quei pensieri, che sarebbero stati adottati per quel giorno del passato; mentre la sua irritabilità verso la madre era pure motivata da circostanze valide soltanto allora; nei riguardi di questa attività mentale la sua vita presente le appariva un'esistenza apparente, come una cosa sognata. Non riuscii piú a fare parlare la ragazza, insistetti con i miei incoraggiamenti nel sonnambulismo profondo, e continuai a vederla ogni volta scoppiare in lacrime, senza che mai mi desse risposta, finché un giorno, circa nell'anniversario del fidanzamento, tutto lo stato di depressione scomparve, ciò che mi fu accreditato come grande successo di cura ipnotica.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

flitto del tutto simile – anche se di piú alto significato morale e ancor meglio individuato dall'analisi – si era ripetuto dopo qualche anno, portando a un'esaltazione degli stessi dolori e alla loro diffusione oltre i limiti della localizzazione iniziale. Era stata di nuovo una cerchia di rappresentazioni erotiche a venire a conflitto con tutte le sue idee morali, perché l'inclinazione si riferiva al cognato, e tanto durante la vita della sorella quanto dopo la sua morte l'idea di desiderare proprio quell'uomo era stata per lei inaccettabile. Su questo conflitto, che rappresenta il punto centrale della storia della malata, l'analisi fornisce informazioni esaurienti. L'inclinazione della paziente per il cognato poteva esser germogliata da lungo tempo; il suo sviluppo era stato favorito dall'esaurimento fisico dovuto alla nuova assistenza prestata, e dall'esaurimento morale dovuto ad anni di disillusioni; la sua intima ritrosia aveva cominciato allora a dissolversi e aveva confessato a sé stessa il bisogno dell'amore di un uomo. Durante le settimane trascorse insieme (in quel luogo di cura), questa inclinazione erotica era giunta, contemporaneamente ai dolori, al suo culmine. L'analisi ha messo in rilievo come in quello stesso tempo si fosse prodotto nella paziente uno stato psichico particolare, la cui connessione con l'inclinazione amorosa e con i dolori sembra rendere possibile una comprensione del processo nel senso della teoria della conversione.

Devo infatti osare l'affermazione che la paziente in quell'epoca, salvo qualche rara occasione, e anche allora solo per pochi istanti, non abbia avuto una chiara coscienza della propria inclinazione per il cognato, per quanto forte essa fosse. Diversamente, avrebbe dovuto anche divenire cosciente del contrasto fra questa inclinazione e le proprie idee morali, soffrendo tormenti psichici simili a quelli che io la vidi soffrire dopo la nostra analisi. La sua memoria non sapeva nulla di sofferenze siffatte; essa se le era risparmiate, ma quindi anche i suoi sentimenti stessi non le erano divenuti chiari; in quel tempo, come pure al tempo dell'analisi, l'amore per il cognato era presente nella sua coscienza come un corpo estraneo, senza essere entrato in rapporto con la sua rimanente vita rappresentativa. Si era prodotto, nei riguardi di questa inclinazione, lo strano stato del sapere e del contemporaneo non sapere, lo stato di gruppo psichico distaccato. Ma quando si afferma che di questa inclinazione essa non aveva "chiara coscienza", non si vuol dire nient'altro, non si vuole cioè indicare una qualità inferiore o un grado mi-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nore di coscienza, ma solo il distacco delle libere connessioni mentali associative dal rimanente contenuto rappresentativo.

Come però ha potuto accadere che un gruppo di rappresentazioni tanto interessante venisse tenuto cosí isolato? In genere, infatti, con l'intensità affettiva di una rappresentazione aumenta anche la sua partecipazione all'associazione.

Si può rispondere a questa domanda tenendo conto di due fatti, che si possono considerare come accertati: 1) i dolori isterici sono sorti contemporaneamente, 2) la paziente ha opposto una forte resistenza al tentativo di stabilire l'associazione fra il gruppo psichico separato e il rimanente contenuto della coscienza, e ha sentito un grande dolore psichico quando tale connessione fu ciononostante compiuta. La nostra concezione dell'isteria pone in relazione questi due elementi con il fatto della scissione della coscienza, sostenendo che in 2) è indicato il *motivo* della scissione della coscienza, e in 1) il suo *meccanismo*. Il motivo è stato quello della difesa, l'opposizione dell'Io complessivo all'accettazione di un tale gruppo di rappresentazioni; il meccanismo è stato quello della conversione, per cui in luogo dei dolori psichici, che la paziente si era risparmiata, si sono manifestati dolori fisici, mutamento questo ove il guadagno consisteva nel fatto che essa si era sottratta a uno stato psichico insopportabile, a spese tuttavia di un'anomalia psichica (e cioè la scissione della coscienza) e di una sofferenza fisica, cioè i dolori sui quali si era costruita un'astasia-abasia.

È vero che io non so indicare come ci si possa procurare una conversione siffatta; evidentemente non si agisce allo stesso modo di quando si compie, con intenzione, un atto volontario: si tratta di un processo che, sotto la spinta del motivo di difesa, si svolge in un individuo quando questi, nella propria organizzazione o in una sua modificazione momentanea, ne possiede la disposizione necessaria.

È legittimo aggredire piú da vicino la teoria chiedendo: "Ma cosa qui si trasforma in dolore fisico?" La risposta prudente potrebbe essere: "Qualche cosa che avrebbe potuto, e dovuto, diventare dolore psichico." Ma se si vuol arrischiare di piú, tentando una specie di presentazione algebrica del meccanismo della rappresentazione, si può attribuire al complesso di rappresentazioni riguardanti questa inclinazione rimasta inconscia un certo ammontare affettivo, e indicare quest'ultima quantità come ciò che viene convertito. Una conseguenza diretta di tale concezione sarebbe che, per effetto di questa conversione, l'"amore inconscio" avrebbe talmente perduto di in-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tensità, da essere ridotto a rappresentazione debole; la sua esistenza come gruppo psichico staccato sarebbe allora resa possibile soltanto per tale indebolimento. Il caso attuale tuttavia non è idoneo a offrire una particolare evidenza in una materia cosí delicata come questa. Esso corrisponde probabilmente a una conversione soltanto incompleta; altri casi consentono di ritenere che possono darsi anche conversioni complete, e che allora la rappresentazione incompatibile è effettivamente "rimossa", cosí come si può rimuovere soltanto una rappresentazione assai poco intensa. I pazienti, dopo la completa riunione associativa, assicurano che dalla formazione del sintomo isterico non si sono piú occupati, nei loro pensieri, della rappresentazione incompatibile.

Ho affermato sopra [p. 317] che la paziente, in certe occasioni, sia pure in modo soltanto fugace, aveva riconosciuto anche coscientemente l'amore per il proprio cognato. Uno di tali istanti fu, per esempio, quando al capezzale della sorella le era passato per la mente il pensiero: "Adesso egli è libero e puoi diventare sua moglie" [p. 309]. Devo ora considerare il significato di questi momenti per la concezione di tutta la nevrosi. Ebbene, ritengo che nella concezione stessa di una "isteria da difesa" sia già contenuta l'esigenza che si sia verificato almeno uno di tali momenti. La coscienza, infatti, non sa in anticipo quando sorgerà una rappresentazione incompatibile; la rappresentazione incompatibile, che in seguito viene esclusa insieme con le sue connessioni, per formare un gruppo psichico separato, deve essersi trovata inizialmente in relazione con tutta l'attività mentale, perché altrimenti non si sarebbe prodotto il conflitto che ne provoca l'esclusione.[1] Proprio questi momenti vanno quindi definiti come "traumatici": in essi si produce la conversione, i cui risultati sono la scissione della coscienza e il sintomo isterico. Nella signorina Elisabeth von R. tutto starebbe a indicare una pluralità di tali momenti (le scene della passeggiata, della meditazione mattutina, del bagno, o la scena al letto della sorella); forse si sono verificati anche nuovi momenti di questo tipo durante la cura. La pluralità di tali momenti traumatici viene infatti resa possibile in quanto un'esperienza, simile a quella che aveva introdotto originariamente la rappresentazione incompatibile, porta nuovo eccitamento al gruppo psichico distaccato interrompendo cosí tempora-

[1] Diversamente accade in un'isteria ipnoide, dove il contenuto del gruppo psichico separato non sarebbe mai stato nella coscienza dell'Io.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

neamente il successo della conversione. L'Io è costretto a occuparsi di questa rappresentazione, che improvvisamente si accende di nuova luce, e deve poi ripristinare la condizione precedente mediante una nuova conversione. La signorina Elisabeth, che era in costanti relazioni con il proprio cognato, doveva essere particolarmente esposta al sorgere di nuovi traumi. Un caso la cui storia traumatica si fosse conclusa nel passato sarebbe stato preferibile per questa mia esposizione.

Devo ora occuparmi di un punto che ho già indicato [p. 301] come una difficoltà per la comprensione di questa storia clinica. In base all'analisi, supponevo che una prima conversione fosse avvenuta nella paziente durante l'assistenza al padre, e precisamente quando i suoi doveri di infermiera erano entrati in conflitto con il suo desiderio erotico, e ritenevo inoltre che questo processo fosse il modello di quello successivo, che aveva portato allo scoppio della malattia nel luogo di cura alpino. Risulta però dalle comunicazioni della paziente, che all'epoca dell'assistenza al padre e nel tempo successivo, da me definito "primo periodo", essa *non aveva affatto sofferto di dolori e di debolezza locomotoria*. Durante la malattia del padre, è vero, era stata costretta a letto, una volta, per pochi giorni, con dolori ai piedi, ma è rimasto dubbio se questo accesso dovesse già ascriversi all'isteria. Non fu possibile dimostrare nell'analisi una relazione causale fra questi primi dolori e una qualsiasi impressione psichica; è possibile, anzi verosimile, che quella volta si trattasse di comuni dolori muscolari reumatici. Volendo pure supporre che questo primo attacco di dolori fosse il risultato di una conversione isterica in conseguenza della ripulsa dei suoi pensieri erotici di allora, rimane però il fatto che i dolori sono scomparsi dopo pochi giorni, cosí che il comportamento della paziente nella realtà era stato dunque diverso da quello che parve mostrare durante l'analisi. Durante la riproduzione del cosiddetto primo periodo, essa accompagnò tutte le narrazioni della malattia e della morte del padre, e delle impressioni vissute nei rapporti col primo cognato ecc., con espressioni di dolore, mentre all'epoca in cui aveva vissuto quelle impressioni non aveva sentito alcun dolore. Non è questa una contraddizione capace di ridurre di molto la fiducia nel valore di chiarificazione di un'analisi del genere?

Credo di poter risolvere la contraddizione supponendo che i dolori – prodotto della conversione – non siano sorti mentre la paziente viveva le impressioni del primo periodo, ma successivamente, cioè

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nel secondo periodo, quando essa riproduceva queste impressioni nei propri pensieri. La conversione si sarebbe verificata non sulle impressioni originali, ma sui ricordi di esse. Penso anzi che un processo simile non costituisca un'eccezione nell'isteria, ma figuri normalmente nella formazione dei sintomi isterici. Dato però che un'affermazione del genere non è di per sé evidente, cercherò di renderla piú credibile riferendo altre esperienze.

Mi è accaduto una volta che durante un trattamento analitico analogo si venisse formando nella paziente un nuovo sintomo isterico, cosicché potei procedere alla sua eliminazione il giorno dopo la sua insorgenza. Voglio riferire qui la storia di questa paziente nei suoi elementi essenziali; è abbastanza semplice e tuttavia non priva d'interesse.

La signorina Rosalia H., ventitreenne, impegnata da alcuni anni nello studio del canto, si lamenta che la sua bella voce non le obbedisca in certi toni. Si verifica come un senso di soffocamento e di strozzamento nella gola, cosicché il suono esce come sforzato; il suo maestro non le ha perciò ancora potuto permettere di esibirsi come cantante davanti al pubblico; benché questa imperfezione riguardi soltanto i toni medi, non la si può spiegare con un difetto dell'organo vocale; talora il disturbo non c'è per nulla, cosicché il maestro si dichiara pienamente soddisfatto, altre volte, in seguito alla piú lieve agitazione, o anche senza motivo apparente, la sensazione di strozzamento si ripresenta e il libero spiegamento della voce è ostacolato. Non fu difficile riconoscere in questa sensazione fastidiosa la conversione isterica: non ho fatto accertare se si verificasse effettivamente una contrattura in certi muscoli delle corde vocali.[1] Nell'analisi ipnotica che intrapresi con la ragazza, appresi quanto segue della sua storia, e di conseguenza, della causa dei suoi disturbi. Orfana da giovane, era stata presa in casa da una zia con molti figli e diventò cosí partecipe di una vita familiare estre-

[1] Ho osservato un altro caso, in cui una contrattura dei masseteri rendeva impossibile alla cantante l'esercizio della sua arte. La giovane donna era stata indotta da penose vicende familiari a calcare le scene. Mentre stava cantando a Roma durante una prova, in stato di grande agitazione, ebbe a un tratto la sensazione di non poter chiudere la bocca e cadde al suolo priva di sensi. Il medico chiamato compresse le mascelle di forza; ma da allora la paziente rimase incapace di aprire le mascelle piú che per la larghezza di un dito e dovette abbandonare la professione appena scelta. Quando parecchi anni dopo venne in cura da me, le cause di quell'agitazione erano evidentemente eliminate da tempo, dato che un "massaggio", in leggera ipnosi, bastò a spalancare la bocca. La signora da allora in poi ha cantato in pubblico.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mamente infelice. Il marito della zia, una personalità evidentemente patologica, maltrattava moglie e figli nel modo piú brutale, mortificandole specialmente con la manifesta preferenza sessuale verso le domestiche e le bambinaie di casa; ciò che diventava tanto piú scandaloso quanto piú i bambini si facevano grandi. Alla morte della zia, Rosalia divenne la protettrice della schiera di orfani perseguitati dal padre. Prese i suoi doveri sul serio, superò combattendo tutti i conflitti ai quali questa posizione la portava, ma dovette cosí impiegare un massimo sforzo per reprimere le manifestazioni del proprio odio e del proprio disprezzo verso lo zio.[1] Era sorta allora in lei la sensazione di costrizione alla gola; ogni volta che doveva trattenere una risposta, quando doveva costringersi a restar tranquilla dopo un'accusa rivoltante, sentiva il grattare in gola, la costrizione, il mancamento della voce, in breve tutte le sensazioni, localizzate nella laringe e nella faringe, che ora la disturbavano nel canto. Era comprensibile che cercasse una possibilità per rendersi indipendente sfuggendo alle eccitazioni e alle impressioni penose a cui era quotidianamente esposta nella casa dello zio. Un bravo maestro di canto si era occupato di lei disinteressatamente, assicurandole che la sua voce le consentiva di dedicarsi alla professione della cantante. Essa cominciò ora a prendere in segreto lezioni da lui, ma per il fatto che spesso si recava in fretta alla lezione di canto, con la costrizione in gola rimastale dopo le violente scenate domestiche, si instaurò una stabile connessione fra il cantare e la parestesia isterica, connessione che era già preparata dalle sensazioni organiche che si producono durante il canto. L'apparato, di cui nel canto avrebbe dovuto disporre liberamente, risultò investito da residui d'innervazione dopo quei numerosi episodi di agitazione repressa. Da allora aveva lasciato la casa dello zio e si era trasferita in una nuova città per stare lontana dalla famiglia, ma l'ostacolo non fu superato per questo.

La bella fanciulla, straordinariamente intelligente, non mostrava altri sintomi isterici.

Mi sforzai di eliminare questa "isteria da ritenzione"[2] mediante riproduzione di tutte le impressioni perturbanti e successiva abreazione. La lasciai inveire, tenere discorsi, dire in faccia allo zio l'intera verità, eccetera. Questa cura le fece anche molto bene, ma purtroppo essa viveva intanto qui [a Vienna] in condizioni davvero molto disa-

[1] [*Nota aggiunta nel 1924*] Anche qui [come a p. 289 n.] si trattava in realtà del padre, e non dello zio.

[2] [Vedi oltre p. 357 e nota.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

giate. Non aveva fortuna con i propri parenti. Era ospite presso un altro zio, che pure l'aveva accolta gentilmente; ma proprio per questo essa provocava il disappunto della zia. Questa donna sospettava nel marito un interesse eccessivo per la nipote e si era data da fare per rovinare completamente alla ragazza il soggiorno a Vienna. Lei stessa, nella propria giovinezza, aveva dovuto rinunciare a un'inclinazione per l'arte, e invidiava ora alla nipote di poter coltivare il proprio talento, benché qui la decisione non fosse stata provocata da inclinazione, ma dal bisogno di indipendenza. Rosalie[1] si sentiva cosí oppressa nella casa che, ad esempio, non aveva il coraggio di cantare o di suonare il pianoforte quando la zia poteva udirla, e da evitare accuratamente di suonare o cantare qualche cosa davanti allo zio – fratello della madre, del resto anziano – se c'era la possibilità che sopraggiungesse la zia. Mentre mi sforzavo di cancellare le tracce degli antichi perturbamenti, ne nascevano di nuovi dalle sue relazioni con coloro che le davano ospitalità, e questi alla fine compromisero anche il successo del mio trattamento e fecero interrompere la cura anzitempo.

Un giorno la paziente mi comparve dinanzi con un nuovo sintomo, che datava da appena ventiquattro ore. Si lamentava per un fastidioso formicolio nelle punte delle dita, che dal giorno precedente si manifestava ogni due ore circa obbligandola a fare con le dita movimenti molto particolari e rapidi. Non potei vedere l'accesso; altrimenti, osservando i movimenti delle dita avrei potuto certo indovinare il motivo; ma cercai subito di scoprire la radice del sintomo (in realtà del piccolo attacco isterico) mediante analisi ipnotica. Dato che tutto esisteva solo da cosí breve tempo, speravo di poter ottenere rapidamente la spiegazione e la guarigione. Con mia sorpresa la paziente riportò, senza esitazione e in ordine cronologico, tutta una serie di episodi a cominciare dalla prima infanzia, che avevano in comune il fatto che essa aveva subíto un torto senza potersi difendere, cosí risentendo uno spasimo nelle dita: per esempio, scene come se a scuola dovesse tenere stesa la mano perché il maestro le desse un colpo con la riga. Ma erano episodi banali, ai quali avrei volentieri negato il diritto di entrare nell'etiologia di un sintomo isterico. Non era cosí per una scena successiva risalente a quando era una ragazzina. Lo zio cattivo, che soffriva di reumatismi, aveva voluto che lei lo massaggiasse sulla schiena. Essa non ebbe il

[1] [Da qui in avanti, in tutte le edizioni tedesche, la forma del nome diventa Rosalie.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

coraggio di rifiutarsi. Lo zio stava a letto, ma improvvisamente buttò via la coperta, si alzò, tentò di afferrarla e di rovesciarla. Aveva naturalmente interrotto il massaggio, era fuggita in un istante e si era chiusa a chiave nella sua stanza. Evidentemente non ricordava volentieri questa esperienza, e non volle neppure dire se nel repentino scoprirsi dell'uomo essa avesse veduto qualche cosa. La sensazione nelle dita poteva qui spiegarsi con l'impulso represso a castigarlo, oppure poteva semplicemente essere dovuta al fatto che essa in quel momento era occupata col massaggio. Solo dopo aver riferito questa scena, giunse a parlare di quella vissuta il giorno prima, in seguito alla quale le sensazioni e le contrazioni nelle dita si erano presentate come simbolo mnestico ricorrente. Lo zio presso cui ora abitava l'aveva pregata di suonargli qualche cosa; essa si era seduta al pianoforte accompagnandosi col canto, ritenendo che la zia fosse uscita. Improvvisamente la zia era apparsa alla porta; Rosalie era balzata in piedi, aveva sbattuto il coperchio del pianoforte e buttato via lo spartito; si può anche indovinare quale ricordo fosse sorto in lei e quale successione di pensieri respingesse in quel momento: il pensiero cioè dell'amarezza per il sospetto ingiusto, che in fondo avrebbe dovuto spingerla ad abbandonare la casa, mentre a causa della cura era obbligata a rimanere a Vienna e non aveva dove potersi rifugiare. Il movimento delle dita che vidi nella riproduzione di questa scena, era uno scatto come per spingere via da sé – alla lettera e metaforicamente – qualche cosa, buttar via uno spartito o respingere una proposta.

Fu assai decisa nell'assicurare di non aver avvertito prima questo sintomo, che non derivasse dalle scene precedentemente raccontate. Che cosa si doveva dunque supporre se non che l'esperienza del giorno precedente avesse anzitutto destato il ricordo di fatti precedenti di analogo contenuto, e che poi avesse provocato la formazione di un simbolo mnestico per tutto il gruppo di ricordi? La conversione era stata alimentata, da un lato, dall'affetto vissuto recentemente, e dall'altro da quello ricordato.

Riflettendo meglio su questa situazione, si deve ammettere che un tale processo costituisce piuttosto la regola che non l'eccezione nella formazione di sintomi isterici. Quasi sempre, studiando la determinazione di stati simili, non si trova un unico episodio ma tutto un gruppo di episodi traumatici analoghi (vedi i begli esempi nel secondo caso clinico, quello della signora Emmy). Per alcuni di questi casi si poté notare che quel sintomo era già apparso per breve tempo

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

dopo il primo trauma, ed era poi scomparso finché, per un trauma successivo, era stato richiamato e stabilizzato. Fra la prima comparsa temporanea e la generale latenza dopo i primi episodi patogeni, tuttavia, non si può costatare nessuna differenza di principio, mentre nella stragrande maggioranza dei casi è sempre di nuovo risultato che i primi traumi non avevano lasciato dietro di sé alcun sintomo, mentre un analogo trauma successivo aveva provocato un sintomo, che però non avrebbe potuto formarsi senza la cooperazione degli episodi precedenti e per la cui liquidazione era poi effettivamente necessaria la considerazione di tutti gli episodi.

Tradotto nel linguaggio della teoria della conversione, questo fatto sicuramente innegabile della sommazione dei traumi e della preliminare latenza dei sintomi significa che la conversione può prodursi sia sulla base di un affetto attuale come su quella di un affetto ricordato; e questo chiarisce completamente la contraddizione che sembrano presentare nella signorina Elisabeth von R. la storia della malattia e l'analisi. È infatti indubbio che le persone sane sopportano in larga misura la permanenza nella propria coscienza di rappresentazioni il cui affetto non sia stato liquidato. Ciò che ho sostenuto or ora non fa che avvicinare il comportamento delle persone isteriche a quello delle persone sane. Si tratta evidentemente del momento quantitativo, vale a dire del grado di una simile tensione affettiva che può essere sopportato da un organismo. Anche l'isterico può sopportare un certo grado di tensione non liquidata; se tale grado, per sommazione determinatasi in occasioni simili, cresce oltre la tolleranza individuale, risulta data la spinta alla conversione. Non costituisce quindi un'asserzione stravagante, ma quasi un postulato, il dire che la formazione di sintomi isterici può prodursi anche a spese di affetti ricordati.

Mi sono ora occupato del *motivo* e del *meccanismo* di questo caso di isteria; ci rimane ancora da discutere la *determinazione* del sintomo isterico. Perché proprio i dolori nelle gambe hanno dovuto assumere la rappresentanza del dolore psichico? Le circostanze peculiari al caso indicano che questo dolore somatico non è stato creato dalla nevrosi ma è stato da essa soltanto utilizzato, esaltato e conservato. Voglio aggiungere subito che nella schiacciante maggioranza dei casi di algie isteriche che mi fu possibile osservare, c'era sempre qualche cosa di simile [vedi sopra p. 254]: c'era sempre stato all'inizio un dolore reale, d'origine organica. I dolori piú comuni, i dolori

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

piú diffusi fra gli uomini sono quelli che sembrano piú di frequente chiamati ad avere un ruolo nell'isteria, soprattutto i dolori periostali e nevralgici delle affezioni dentarie, le cefalee della piú diversa origine, come pure i dolori reumatici muscolari cosí spesso misconosciuti.[1] Ritengo che il primo accesso di dolore avuto dalla signorina Elisabeth von R., già durante l'assistenza al padre, avesse ancora una base organica. Infatti, quando ne cercai una causa psichica, non ottenni alcuna informazione; e sono incline, lo confesso, ad attribuire al mio metodo dell'evocazione di ricordi nascosti, quando esso venga maneggiato coscienziosamente, un significato di diagnosi differenziale. Questo dolore originariamente reumatico[2] divenne poi nella paziente simbolo mnestico dei suoi eccitamenti psichici dolorosi, e ciò, per quel che riesco a vedere, per piú di un motivo. Anzitutto e principalmente, certo, per il fatto che era stato presente nella coscienza circa contemporaneamente a quegli eccitamenti; secondariamente, perché si collegava o poteva collegarsi in molteplici modi con il contenuto delle rappresentazioni di allora. Esso era forse soprattutto soltanto una lontana conseguenza dell'assistenza al malato, e cioè della mancanza di moto e della peggiore nutrizione che l'ufficio di infermiera comportava. Ma di questo la paziente non aveva avuto chiara coscienza; piú importante certamente è il fatto ch'essa dovette sentire su di sé questo dolore in alcuni momenti importanti dell'assistenza, per esempio quando nel freddo invernale saltava fuori dal letto per accorrere alla chiamata del padre [p. 301]. Addirittura decisiva, per la direzione presa dalla conversione, dovette però essere l'altra specie del legame associativo [p. 302], il fatto che per una lunga serie di giorni una delle sue gambe dolenti era venuta a contatto con la gamba gonfia del padre durante il cambio delle bende. La zona della gamba destra caratterizzata da questo contatto rimase da allora in poi il focolaio e il punto di partenza dei dolori, costituendo una zona isterogena artificiale, la cui formazione è in questo caso specifico chiaramente osservabile.

Se qualcuno dovesse meravigliarsi di questo legame associativo tra dolore fisico e affetto psichico perché troppo variamente determinato, considerandolo artificioso, risponderei che tale meraviglia è altrettanto ingiustificata di quella provocata dal fatto che "al mondo soltanto i ricchi hanno tanto denaro".[3] Dove non vi è una tale ab-

[1] [Vedi p. 232, n. 1.] [2] Forse però di carattere nevrastenico-spinale.

[3] [Freud allude a un noto epigramma di Lessing su "Giovannino il furbo", nuovamente citato nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 168.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

bondanza di legami, là non si forma alcun sintomo isterico, là la conversione non trova una strada; e posso assicurare che l'esempio della signorina Elisabeth von R. per quanto riguarda la determinazione apparteneva ai piú semplici. Ho dovuto sciogliere i nodi piú complicati di questo tipo specialmente con la signora Cäcilie M.

Ho già esaminato nel corso della storia clinica [pp. 303 sgg.] come su questi dolori si sia costruita l'astasia-abasia della nostra paziente, dopo che già alla conversione era stato aperto un determinato cammino. Ma in quell'occasione ho anche espresso l'opinione che la paziente aveva creato, o esaltato, il disturbo funzionale mediante simbolizzazione, che aveva trovato, per la sua mancanza d'indipendenza e per la sua impotenza a cambiare qualcosa nei fatti, un'espressione somatica nell'abasia-astasia, e che frasi come: "non esser capace di andare avanti", "non avere appoggio", formavano il ponte per questo nuovo atto della conversione [p. 306].

Mi sforzerò di documentare questa concezione con altri esempi. La conversione sulla base di una contemporaneità, dove già si dia un legame associativo, sembra richiedere il minimo di disposizione isterica; la conversione per simbolizzazione pare invece richieda un grado piú elevato di alterazione isterica della personalità, come si poteva osservare nella stessa signorina Elisabeth soltanto nello stadio inoltrato della sua isteria. Gli esempi piú belli di simbolizzazione li ho osservati nella signora Cäcilie M., che posso dire abbia costituito il mio caso piú grave e piú istruttivo d'isteria. Ho già accennato che questa storia clinica non può purtroppo essere esposta per esteso.

La signora Cäcilie soffriva fra le altre cose di una nevralgia facciale assai violenta, che si manifestava all'improvviso due o tre volte all'anno, durava da cinque a dieci giorni, resisteva a ogni terapia per poi cessare di colpo. Essa era limitata al secondo e terzo ramo di uno dei trigemini e dato che era indubbia l'uraturia, e che un "reumatismo acuto" non del tutto chiaro aveva una certa parte nella storia della paziente, la diagnosi di nevralgia artritica era abbastanza ovvia. Tale diagnosi fu pure condivisa dai medici che, chiamati a consulto, poterono vedere i singoli accessi; la nevralgia doveva essere trattata con i metodi usuali: pennellatura elettrica, acque alcaline, purghe; ma rimaneva ogni volta inalterata, finché non sceglieva di lasciare il posto a un altro sintomo. In tempi precedenti – la nevralgia era vecchia di quindici anni – si era pensato che i denti fossero responsabili di alimentare questa nevralgia; furono condannati all'estrazione, e un bel

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

giorno fu effettuata in narcosi l'esecuzione di sette di questi criminali. La cosa non fu però tanto facile: i denti erano cosí saldi, che per i piú si dovettero lasciare le radici. Questa crudele operazione non ebbe alcun successo, né temporaneo né duraturo. La nevralgia infuriò quella volta per mesi. Anche all'epoca della mia cura, a ogni nevralgia veniva chiamato il dentista, che dichiarava ogni volta di trovare radici malate e si metteva al lavoro, ma di solito veniva interrotto ben presto, perché la nevralgia cessava all'improvviso e con essa anche il bisogno di farsi curare dal dentista. Negli intervalli, i denti non dolevano affatto. Un giorno, mentre di nuovo stava infuriando un attacco, venni richiesto dalla malata di farle un trattamento ipnotico, imposi un divieto assai energico ai dolori ed essi da quel momento in poi cessarono. Cominciai allora a nutrire dubbi sull'autenticità di questa nevralgia.

Circa un anno dopo questo successo di guarigione ipnotica, la malattia della signora Cäcilie prese una svolta nuova e sorprendente. Apparvero improvvisamente stati diversi da quelli che avevano caratterizzato gli ultimi anni, ma la malata, dopo qualche riflessione, affermò che già si erano dati in lei anche prima in vari momenti, per tutto il lungo periodo della sua malattia (trent'anni). Di fatto, si produsse ora una quantità sorprendente di episodi isterici, che la paziente seppe localizzare nel passato al loro giusto punto, e presto furono riconoscibili anche i collegamenti d'idee spesso molto involute che avevano determinato l'ordine di successione di questi episodi. Fu come una serie d'immagini col relativo commento. Pitres deve avere avuto in mente qualche cosa di simile quando descrisse il suo "*délire ecmnésique*".[1] La maniera nella quale veniva riprodotto uno di questi stati isterici appartenenti al passato, era assai strana. Dapprima si manifestava nella paziente in perfetta salute uno stato d'animo patologico di un colorito particolare, che la paziente regolarmente misconosceva attribuendolo a qualche fatto banale delle ultime ore; poi, in uno stato di crescente intorbidamento della coscienza, seguivano sintomi isterici: allucinazioni, dolori, crampi, lunghe declamazioni, e alla fine emergeva l'apparizione allucinatoria di un'esperienza del passato la quale poteva spiegare lo stato d'animo iniziale e fornire la determinazione dei sintomi. Con quest'ultima

[1] [A. PITRES, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme* (Parigi 1891) vol. 2, p. 290, definisce l'ecmnesia come "una forma di amnesia parziale, in cui è del tutto preservata la memoria di fatti relativi a un tempo precedente un particolare periodo, mentre quella dei fatti ad esso successivi è totalmente annullata".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

fase dell'attacco riprendeva la chiarezza di coscienza, i disturbi scomparivano come per incanto e regnava di nuovo il benessere... fino all'attacco successivo, mezza giornata dopo. Di solito venivo chiamato nel momento culminante del fenomeno, iniziavo l'ipnosi, provocavo la riproduzione della vicenda traumatica e affrettavo artificiosamente la fine dell'attacco. Ripetendo per centinaia di volte questi cicli con la paziente, ottenni i chiarimenti piú istruttivi sulla determinazione dei sintomi isterici. Inoltre l'osservazione insieme con Breuer di questo notevole caso costituí il principale motivo per la pubblicazione della nostra "Comunicazione preliminare".

In questo contesto, si giunse alla fine anche a riprodurre la nevralgia facciale, che io stesso avevo trattato quando compariva in un accesso attuale. Ero curioso di sapere se anche qui sarebbe risultata una motivazione psichica. Quando tentai di provocare la scena traumatica, la paziente si vide trasferita in un'epoca di grande irritabilità mentale verso il marito: raccontò di una conversazione avuta con lui, e di un'osservazione da parte di lui che essa aveva sentito come grave offesa, poi si portò tutt'a un tratto le mani alla guancia, gridò dal dolore e disse: "Questo è stato per me come uno schiaffo sulla faccia!" Con ciò però anche il dolore e l'accesso ebbero fine.

Nessun dubbio che qui si sia trattato di una simbolizzazione; essa aveva avuto l'impressione di ricevere veramente lo schiaffo sulla faccia. Chiunque si chiederà ora come l'impressione di uno "schiaffo in faccia" abbia potuto esteriorizzarsi in una nevralgia del trigemino, limitandosi al secondo e terzo ramo, e accentuandosi durante l'apertura della bocca e la masticazione (non durante il parlare!).

Il giorno dopo, la nevralgia si presentò nuovamente, solo che questa volta, si lasciò risolvere mediante la riproduzione di un'altra scena, il cui contenuto era di nuovo una presunta offesa. E cosí si andò avanti per nove giorni; pareva che, per anni, le offese, specialmente verbali, avessero provocato per il tramite della simbolizzazione nuovi accessi di questa nevralgia facciale.

Infine però si riuscí a risalire fino al primo accesso nevralgico, che risaliva a piú di quindici anni prima. Qui non c'era simbolizzazione, ma una conversione per contemporaneità; era una vista penosa, che le aveva fatto sorgere un rimprovero che l'aveva indotta a reprimere una diversa serie di pensieri. Si trattava dunque di un caso di conflitto e di difesa; la formazione della nevralgia in tale momento non si sarebbe potuta spiegare se non ammettendo ch'essa soffrisse allora

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di lievi dolori facciali o ai denti, fatto che non era improbabile, dato che era proprio ai primi mesi della prima gravidanza.

Cosí si spiega dunque come questa nevralgia fosse diventata, per la via ordinaria della conversione, il segno specifico di un determinato eccitamento psichico, e come essa avesse potuto in seguito venir ridestata per effetto di corrispondenze associative tratte dalla vita mentale, mediante conversione simbolizzante; in realtà lo stesso comportamento che abbiamo trovato nella signorina Elisabeth von R.

Voglio riferire un secondo esempio che può illustrare l'efficacia della simbolizzazione in altre condizioni. In un certo periodo la signora Cäcilie era tormentata da un acuto dolore nel calcagno destro, fitte a ogni passo, che le rendevano impossibile camminare. L'analisi ci portò in un'epoca nella quale la paziente si era trovata in luogo di cura all'estero. Era rimasta a letto per otto giorni nella propria stanza e doveva essere poi accompagnata dal medico di casa per la prima volta alla tavola comune. Il dolore era insorto nel momento in cui la paziente aveva preso il braccio di lui per lasciare la stanza; scomparve durante la riproduzione di questa scena, quando la malata asserí che allora era stata dominata dal timore di "fare un passo falso" in una società di estranei!

Questo dunque sembra un esempio calzante, e quasi comico, della formazione di sintomi isterici per il tramite della simbolizzazione a mezzo dell'espressione verbale. Considerando meglio le circostanze del momento, tuttavia, risulta preferibile un'altra interpretazione. La paziente soffriva in genere, a quell'epoca, di dolori ai piedi, e per questo era rimasta a letto tanto tempo. Si può soltanto ammettere che il timore dal quale fu presa durante i primi passi, abbia prescelto fra le sofferenze allora esistenti quell'unico dolore, nel calcagno destro, che era simbolicamente adatto, per trasformarlo in un'algia psichica e conferirgli una particolare durata.

Se in questi esempi il meccanismo della simbolizzazione sembra respinto in secondo piano, ciò che certamente corrisponde alla regola, dispongo però anche di esempi i quali sembrano dimostrare la formazione di sintomi isterici mediante sola simbolizzazione. Uno dei piú belli è il seguente, che riguarda ancora la signora Cäcilie. Fanciulla quindicenne, giaceva nel suo letto sotto la sorveglianza della sua severa nonna. Improvvisamente la ragazzina dette un grido: le era venuto, alla fronte, tra gli occhi, un dolore lancinante, che poi durò per settimane. Durante l'analisi di questo dolore, che si ri-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

produsse dopo quasi trent'anni, essa raccontò che la nonna l'aveva guardata in modo cosí "penetrante" che il suo sguardo le era entrato profondamente nel cervello. Temeva infatti che la vecchia donna l'avesse guardata con sospetto. Nel comunicarmi questo pensiero ruppe in una sonora risata e il dolore scomparve di nuovo. Qui non trovo null'altro che il meccanismo della simbolizzazione, il quale si situa in certo modo in una posizione intermedia fra il meccanismo dell'autosuggestione e quello della conversione.

L'osservazione della signora Cäcilie M. mi ha dato l'occasione di raccogliere addirittura una collezione di siffatte simbolizzazioni. Tutta una serie di sensazioni corporee che in genere si considerano di origine organica, erano in lei di derivazione psichica o per lo meno erano corredate di un significato psichico. Una certa serie di esperienze era accompagnata in lei dalla sensazione di una fitta nella regione cardiaca ([col significato:] "Mi ha dato una fitta al cuore"). La cefalea isterica sotto forma di chiodo in testa poté essere interpretata in lei in modo certo come un dolore nel pensare ("Mi son ficcata qualcosa in testa"), che veniva del resto eliminato allorché si risolveva il problema corrispondente. Alla sensazione dell'aura isterica nella gola corrispondeva il pensiero: "Questo lo devo mandar giú", quando l'impressione si produceva per un'offesa. Vi era tutta una serie di sensazioni e di idee che procedevano parallelamente, ed era ora la sensazione a provocare l'idea come interpretazione, ora l'idea che, mediante simbolizzazione, produceva la sensazione, mentre non di rado si rimaneva in dubbio su quale dei due elementi fosse stato il primario.

Non ho potuto trovare in alcun'altra paziente un uso cosí abbondante della simbolizzazione. Certo, la signora Cäcilie M. era una persona eccezionalmente dotata, in particolare di talento artistico, il cui spiccatissimo senso della forma si manifestava in poesie di compiuta bellezza. Ritengo, tuttavia, che quando l'isterica dà a una rappresentazione improntata da tonalità affettiva un'espressione somatica mediante simbolizzazione, l'elemento individuale e volontaristico sia assai meno rilevante di quanto si possa supporre. Prendendo alla lettera l'espressione linguistica, avvertendo come un fatto reale la "fitta al cuore" o lo "schiaffo in faccia" nel caso di una frase offensiva, essa non compie un abuso spiritoso, ma semplicemente riattiva impressioni alle quali l'espressione linguistica deve la propria giustificazione. Come potremmo altrimenti dire della persona

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

che è stata mortificata: "ha ricevuto una pugnalata al cuore", se l'offesa non fosse effettivamente accompagnata e resa riconoscibile da una sensazione precordiale similmente interpretabile? E non è forse verosimile che la frase "mandar giú qualche cosa", che si usa per un'offesa ricevuta senza rispondervi, derivi effettivamente da sensazioni di innervazioni che si manifestano nella faringe, quando ci si vieta di parlare, trattenendo la reazione all'offesa? Tutte queste sensazioni e innervazioni appartengono alla "espressione delle emozioni" che, come Darwin ci ha insegnato [p. 250], consiste in azioni originariamente sensate e utili; esse possono essere attualmente per lo piú cosí affievolite che la loro espressione linguistica ci appare puramente metaforica, ma è molto verosimile che tutto ciò s'intendesse una volta alla lettera, e l'isteria è nel giusto quando ripristina per le sue piú forti innervazioni il significato originario delle parole. Anzi, forse non è corretto dire ch'essa si crea tali sensazioni mediante la simbolizzazione; forse essa non ha affatto preso l'uso linguistico a modello, piuttosto l'isteria e l'uso linguistico attingono a una fonte comune.[1]

[1] In stati di alterazione psichica piuttosto profonda si verifica chiaramente anche una impronta simbolica nell'uso linguistico piú artificioso, di immagini e impressioni sensoriali. La signora Cäcilie M. ebbe un periodo nel quale ogni pensiero si traduceva in un'allucinazione, la cui risoluzione spesso esigeva una particolare arguzia. Essa si lamentò con me in quel periodo d'essere infastidita dall'allucinazione che i suoi due medici — Breuer e io — fossimo impiccati in giardino su due alberi vicini. L'allucinazione scomparve dopo che l'analisi mise in luce il seguente fatto. La sera prima s'era vista negare da Breuer una certa medicina che gli aveva chiesto; aveva allora riposto la sua speranza in me, ma mi aveva trovato altrettanto duro di cuore. Era perciò in collera con noi, e aveva pensato in cuor suo: "Uno vale l'altro, uno è il *pendant* dell'altro."

[Un breve riassunto del caso della signorina Elisabeth von R. fu dato da Freud nella seconda delle *Cinque conferenze sulla psicoanalisi* (1909).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Capitolo 3

Considerazioni teoriche

Breuer

Nella "Comunicazione preliminare" che introduce questi studi, abbiamo esposto le concezioni alle quali fummo condotti dalle nostre osservazioni, e credo, in sostanza, di doverle mantenere. La "Comunicazione preliminare" però è cosí breve e concisa, che in gran parte vi poteva essere solo accennato ciò che intendevamo. Sia quindi lecito, ora che le storie cliniche hanno fornito prove per le nostre concezioni, di esporre quest'ultime piú per esteso. Naturalmente anche qui non si vuole e non si può trattare *tutto* sull'isteria; ma quei punti che nella "Comunicazione preliminare" vennero insufficientemente motivati ed ebbero troppo poco rilievo saranno oggetto di una discussione un po' piú approfondita, piú chiara, e forse anche limitatrice.

In queste discussioni si parlerà poco del cervello e niente affatto delle molecole. I fatti psichici si devono trattare col linguaggio della psicologia, anzi non potrebbe essere altrimenti. Se invece di "rappresentazione" volessimo dire "eccitamento della corteccia", quest'ultima espressione avrebbe per noi un senso solo in quanto nel travestimento riconosciamo la persona ben nota, tacitamente ripristinando la "rappresentazione". Giacché, mentre le rappresentazioni sono continuamente oggetto della nostra esperienza e ci sono ben note in tutte le loro sfumature, l'"eccitamento della corteccia" per noi è piuttosto un postulato, un oggetto di conoscenza futura, sperata. Quella sostituzione di termini appare un'inutile mascherata. Si voglia dunque perdonare l'uso quasi esclusivo della terminologia psicologica.

Ancora di un'altra cosa devo chiedere venia in anticipo. Quando una scienza progredisce rapidamente, pensieri dapprima espressi da un singolo ben presto diventano di dominio pubblico. Cosí nessuno che oggi tenti di esporre le proprie vedute sull'isteria e sulla sua base

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

psichica riesce a evitare di pronunciare e ripetere una quantità di pensieri altrui, che appunto dal possesso individuale passano a quello collettivo. È pressoché impossibile costatare sempre chi li abbia espressi per primo, e vi è sempre il pericolo di ritenere prodotto proprio ciò che già è stato detto da altri. Cosí si voglia scusare se qui si fanno poche citazioni e non si distingue rigorosamente tra il proprio e l'altrui. Ben poco di quel che si verrà esponendo nelle pagine seguenti ha la pretesa dell'originalità.

1. *I fenomeni isterici sono tutti ideogeni?*

Abbiamo parlato nella "Comunicazione preliminare" del meccanismo psichico dei "fenomeni isterici", non dell'"isteria", perché per esso e per la teoria psichica dei sintomi isterici in genere non volevamo pretendere una validità illimitata. Non crediamo che tutti i fenomeni dell'isteria si determinino nella maniera da noi esposta e nemmeno che tutti siano ideogeni, vale a dire condizionati da rappresentazioni. Ci differenziamo in ciò da Moebius, che nel 1888 propose la definizione secondo cui sono isterici tutti quei fenomeni morbosi che sono causati da rappresentazioni.[1] In seguito questa affermazione è stata illustrata nel senso che solo una parte dei fenomeni morbosi corrisponderebbe nel contenuto alle rappresentazioni causali, e cioè quelli prodotti da suggestione estranea e autosuggestione; per esempio quando l'idea di non poter muovere il braccio ne determinava una paralisi. Un'altra parte dei fenomeni isterici sarebbe bensí causata da rappresentazioni, ma non corrisponderebbe loro nel contenuto; per esempio quando in una delle nostre osservazioni la paralisi del braccio veniva prodotta dalla vista di oggetti a forma di serpe [p. 205].

Moebius, con quella definizione, non vuole affatto propugnare un cambiamento nella nomenclatura, per cui d'ora in avanti solo i fenomeni morbosi ideogeni (determinati da rappresentazioni) sarebbero da chiamare isterici; egli pensa invece che tutti i fenomeni morbosi isterici siano ideogeni. "Perché molto spesso le rappresentazioni sono cause dei fenomeni isterici, noi crediamo che lo siano sempre." Egli chiama ciò un'induzione analogica; io lo chiamerei piuttosto una generalizzazione, la cui giustificazione deve essere ancora esaminata.

Ovviamente prima di ogni discussione si deve stabilire che cosa s'in-

[1] P. J. Moebius, *Über den Begriff der Hysterie*, Zbl. Nervenheilk., vol. 11, 66 (1888).

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tenda per isteria. Ritengo l'isteria un quadro clinico trovato empiricamente, proveniente dall'osservazione, esattamente come la tisi polmonare tubercolosa. Tali sindromi ottenute empiricamente vengono purificate, approfondite, spiegate dal progresso della nostra conoscenza; ma né devono né possono esserne dissolte. La ricerca etiologica ha mostrato che i diversi processi parziali della tisi polmonare sono condizionati da differenti cause di malattia: il tubercolo, dal *Bacillus Kochii*; lo sfacelo del tessuto, la formazione delle caverne, la febbre settica, da altri microbi. Cionondimeno la tisi turbercolosa rimane un'unità clinica e non sarebbe corretto distruggerla attribuendole soltanto le modificazioni di tessuto "specificamente tubercolose", determinate dal bacillo di Koch, e staccandone le altre. Cosí pure deve rimanere conservata l'unità clinica dell'isteria anche se risulta che i suoi fenomeni sono determinati da cause differenti, gli uni da un meccanismo psichico, gli altri senza un siffatto meccanismo.

Tale, secondo la mia convinzione, è effettivamente il caso. Soltanto una parte dei fenomeni isterici è ideogena, e l'accettazione della definizione di Moebius spacca in due l'unità clinica dell'isteria, anzi anche l'unità di un medesimo sintomo in un medesimo malato.

Sarebbe un'induzione del tutto analoga all'induzione analogica di Moebius supporre che, siccome molto spesso rappresentazioni e percezioni provocano l'erezione, esse sole lo facciano sempre e anche gli stimoli periferici provochino quel fenomeno vasomotorio soltanto per via indiretta, tramite la psiche. Sappiamo che sarebbe un errore, eppure alla base di quest'induzione starebbero certamente altrettanti fatti di quanti ne stanno alla base dell'asserzione di Moebius riguardante l'isteria. Per analogia con un grande numero di fenomeni fisiologici, come la secrezione della saliva e delle lacrime, la modificazione dell'attività cardiaca e simili, è da supporre come possibile e verosimile che un medesimo fenomeno possa essere provocato tanto da rappresentazioni quanto da stimoli periferici o altri, ma non psichici. Il contrario richiede dimostrazione e a questa manca ancora moltissimo. Anzi, pare certo che molti dei fenomeni chiamati isterici non vengano causati unicamente da rappresentazioni.

Osserviamo un caso banalissimo. Una donna, a ogni emozione, presenta sul collo, sul petto e sul volto un eritema dapprima maculato, poi confluente. Ciò è dovuto a rappresentazioni e quindi, secondo Moebius, è un fenomeno isterico. Lo stesso eritema si manifesta, seb-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

bene con diffusione minore, in caso di stimolo alla cute, per contatto, ecc. Ciò allora *non* sarebbe isterico. Cosí, un fenomeno certamente del tutto unitario una volta apparterrebbe all'isteria e un'altra volta no. Si può dubitare addirittura se questo fatto, l'eretismo dei vasomotori, si debba annoverare fra i fenomeni specificamente isterici, o se non si debba piuttosto attribuirlo al semplice "nervosismo". Ma, secondo Moebius, quella scissione di un fenomeno unitario dovrebbe comunque avvenire e solo l'eritema avente causa affettiva dovrebbe essere chiamato isterico.

Del tutto analogo è il caso dei dolori isterici che hanno tanta importanza pratica. Certamente questi spesso sono determinati direttamente da rappresentazioni; sono "allucinazioni di dolore". Se li studiamo un po' meglio, risulta che per la loro formazione una grande vivacità della rappresentazione non basta, ma occorre uno stato particolarmente anormale degli apparati di percezione e di conduzione del dolore, come per la formazione dell'eritema affettivo occorre l'anormale eccitabilità dei vasomotori. L'espressione "allucinazione di dolore" indica certamente la natura di questa nevralgia nel modo piú pregnante, ma ci costringe anche a estendere ad essa le vedute che ci siamo formate in generale nei riguardi dell'allucinazione. Non è qui il luogo di discuterle in dettaglio. Professo l'opinione che la "rappresentazione", l'immagine mnestica da sola, senza eccitamento dell'apparato di percezione, non raggiunga mai, anche nella sua maggiore vivacità e intensità, il carattere dell'esistenza obiettiva che costituisce l'allucinazione.[1]

[1] Questo apparato di percezione, incluse le sfere sensorie corticali, deve essere distinto dall'organo che conserva e riproduce le impressioni dei sensi quali immagini mnestiche. Infatti la condizione basilare della funzione dell'apparato percettivo è la piú rapida *restitutio in statum quo ante*; altrimenti non potrebbe aver luogo nessuna ulteriore percezione vera e propria. La condizione della memoria, per contro, è che una tale restituzione non abbia luogo, ma che ogni percezione crei modificazioni permanenti. Impossibile che un medesimo organo soddisfi alle due condizioni incompatibili fra di loro; lo specchio di un telescopio a riflessione non può essere nello stesso tempo lastra fotografica. In questo senso, che l'eccitamento dell'apparato di percezione (non nell'affermazione specifica dell'eccitamento dei centri subcorticali) dia all'allucinazione il carattere obiettivo, io concordo con Meynert. Ma se si vuole che l'organo di percezione venga eccitato dall'immagine mnestica, dobbiamo supporre un'eccitabilità di questo, modificata rispetto alla norma, che appunto rende possibile l'allucinazione. [La tesi secondo cui un singolo apparato non può svolgere sia la funzione della percezione sia quella della memoria, sarà adottata da Freud nella *Interpretazione dei sogni* (1899) p. 491; figura nel *Progetto di una psicologia* (1895) cap. 1, § 3, scritto pochi mesi dopo la pubblicazione degli *Studi sull'isteria*, e nella lettera a Fliess del 6 dicembre 1896, come pure in *Al di là del principio di piacere* (1920) § 4, e in *Nota sul "notes magico"* (1924). In tutti gli scritti menzionati, eccetto l'ultimo, Freud attribuisce esplicitamente l'idea a Breuer.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Ciò vale già per le allucinazioni sensorie e ancora piú per le allucinazioni di dolore. Al sano, infatti, non pare possibile procurare al ricordo di un dolore fisico nemmeno quella vivacità, lontana approssimazione della percezione reale, che pure si può raggiungere nelle immagini mnestiche ottiche e acustiche. Persino nello stato allucinato normale della persona sana, nel sonno, non si sognano mai dolori, credo, se non esiste una reale percezione di dolore. L'eccitamento "retrogrado" dell'apparato di percezione, proveniente dall'organo della memoria mediante rappresentazioni, è quindi, come norma, ancora piú difficile per il dolore che per le percezioni della vista e dell'udito.[1] Se nell'isteria si verificano con tanta facilità allucinazioni di dolore, dobbiamo statuire un'anormale eccitabilità dell'apparato percettore del dolore.

Ora, questa è posta in essere non soltanto da rappresentazioni ma anche da stimoli periferici, esattamente come l'eretismo dei vasomotori dianzi considerato.

Osserviamo giornalmente che, nella persona normale dal punto di vista nervoso, dolori periferici vengono determinati da fenomeni patologici, non di per sé dolorosi, in altri organi; cosí, il mal di capo da modificazioni relativamente insignificanti del naso e delle cavità nasali secondarie; nevralgie dei nervi intercostali e brachiali dal cuore, e cosí via. Se in un malato sussiste quell'anormale eccitabilità che abbiamo dovuto postulare quale condizione per l'allucinazione di dolore, essa per cosí dire è disponibile anche per le irradiazioni or ora menzionate. Le irradiazioni che si verificano anche nei non nervosi diventano piú intense, e se ne formano di tali che riscontriamo, bensí, soltanto nei nevropatici, ma che si basano sullo stesso meccanismo. Cosí, ritengo, il dolore all'ovaia dipende da condizioni dell'apparato genitale. Che ciò sia per tramite psichico esigerebbe dimostrazione, e questa non è data dal fatto che tale dolore, come qualunque altro, si può produrre quale allucinazione nell'ipnosi, o che il dolore all'ovaia può essere anche di origine psichica. Esso insomma si forma come l'eritema o come una delle secrezioni normali, sia per cause psichiche sia per cause puramente somatiche. Dobbiamo chiamare isterico solo il primo tipo: i casi di cui conosciamo l'origine psichica? Dovremmo allora separare il do-

[1] [Proprio il concetto della natura "retrograda" dell'allucinazione sarà adottato da Freud nel *Progetto di una psicologia* (1895) cap. 1, § 20, e nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 495 sgg., dove figura il termine "regressione".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

lore all'ovaia osservato comunemente dal complesso sintomatico isterico, cosa piuttosto difficile da ammettere.

Se, dopo un lieve trauma di un'articolazione, si sviluppa gradualmente una grave artralgia, in questo fenomeno vi è certamente un elemento psichico, ossia la concentrazione dell'attenzione sulla zona lesa, la quale esalta l'eccitabilità delle vie nervose interessate; ma ben difficilmente si può esprimere questo fenomeno dicendo che l'iperalgesia è determinata da rappresentazioni.

Non diversamente stanno le cose per quanto riguarda la *diminuzione* patologica della percezione. Non è per nulla dimostrato ed è inverosimile che l'analgesia generale o che l'analgesia di singole parti del corpo senza anestesia sia causata da rappresentazioni. E anche se dovessero confermarsi in pieno le scoperte di Binet e di Janet, in base a cui l'emianestesia sia determinata da un peculiare stato psichico, dalla scissione della psiche, ciò sarebbe certamente un fenomeno psicogeno ma non ideogeno e quindi, secondo Moebius, non sarebbe da chiamarsi isterico.

Se cosí, di un gran numero di fenomeni isterici caratteristici non possiamo presumere che siano ideogeni, appare giusto ridurre l'affermazione di Moebius. Non diciamo: "Sono isterici quei fenomeni morbosi che sono causati da rappresentazioni", ma soltanto: "Moltissimi dei fenomeni isterici, probabilmente piú di quanti attualmente sappiamo, sono ideogeni." Tuttavia la modificazione morbosa fondamentale, comune a tutti i casi e che permette tanto a rappresentazioni quanto anche a stimoli non psicologici di agire in senso patogeno, è un'anormale eccitabilità del sistema nervoso.[1] In che misura questa, a sua volta, sia di origine psichica, è un'altra questione.

Se dunque solo una parte dei fenomeni isterici è probabilmente ideogena, sono appunto questi che si possono chiamare specificamente isterici, e il loro studio, la scoperta della loro origine psichica costituisce il piú essenziale progresso recente nella teoria della malattia. Si pone ora l'ulteriore domanda: come si formano, qual è il "meccanismo psichico" di questi fenomeni?

Di fronte a questo interrogativo i due gruppi di sintomi ideogeni distinti da Moebius [p. 334] si comportano in modo essenzialmente

[1] La "labilità delle molecole" di H. Oppenheim [Berl. klin. Wschr., vol. 27, 553 (1890)]. Forse in seguito sarà possibile sostituire l'espressione assai vaga, nel testo di cui sopra, con una formula piú precisa e piú ricca di contenuto [vedi oltre pp. 385 sgg.].

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

diverso. Quelli nei quali il fenomeno morboso corrisponde come contenuto alla rappresentazione stimolante, sono relativamente comprensibili e chiari. Se la rappresentazione di una voce udita fa sí che questa non solo riecheggi sommessamente a un "udito interiore", come nella persona sana, ma venga percepita in modo allucinato quale percezione auricolare obiettiva e reale, ciò corrisponde a fenomeni noti della vita normale (sogno) ed è ben comprensibile supponendo un'eccitabilità anormale. Noi sappiamo che in ogni movimento volontario la rappresentazione del risultato da raggiungere provoca la corrispondente contrazione muscolare; e non è del tutto incomprensibile che la rappresentazione dell'impossibilità della contrazione impedisca il movimento (paralisi suggestiva).

La situazione è diversa nel caso di quei fenomeni che non hanno alcuna logica connessione con la rappresentazione causale (anche per essi la vita normale offre delle analogie, come ad esempio l'arrossire di vergogna). Come si verificano? Perché nella persona malata una rappresentazione provoca proprio quel determinato movimento o quella determinata allucinazione del tutto irrazionale e non corrispondente?

Ritenemmo, nella "Comunicazione preliminare", di poter dire qualche cosa su tale rapporto causale, in base alle nostre osservazioni. Ma nel corso dell'esposizione abbiamo introdotto senz'altro e utilizzato il concetto di "eccitamento che defluisce o deve venire abreagito".[1] Questo concetto, che riveste importanza fondamentale per il nostro tema e per la dottrina delle nevrosi in generale, sembra però richiedere e meritare un'indagine piú approfondita. Prima di accingermi ad essa, mi devo scusare per riandare qui ai problemi fondamentali del sistema nervoso. Questa "discesa verso le Madri"[2] ha sempre qualcosa di opprimente; ma il tentativo di scavare la radice di un fenomeno porta appunto inevitabilmente sempre ai problemi fondamentali, che non si possono evitare. Possa pertanto incontrare un giudizio indulgente l'astrusità delle considerazioni che seguono!

[1] [Non è citazione dalla "Comunicazione preliminare", dove non si dà una menzione esplicita dell'ipotesi.]

[2] [Accenno alle misteriose ricerche di Faust (Goethe, *Faust*, pt. 2, atto 1).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

2. *L'eccitamento tonico intracerebrale. Gli affetti*

A. Conosciamo due stati estremi del sistema nervoso centrale, il sonno senza sogno e lo stato pienamente vigile. Costituiscono la transizione fra di essi stati di minore lucidità in tutte le gradazioni. A noi qui non interessa la questione dello scopo e del fondamento fisico del sonno (condizioni chimiche o vasomotorie), ma della differenza essenziale fra i due stati.

Del sonno profondo, privo di sogni, nulla possiamo dire direttamente, perché appunto dallo stato di perfetta incoscienza rimane preclusa qualsiasi osservazione ed esperienza. Dello stato affine, del sonno accompagnato da sogni, sappiamo però che in esso intendiamo compiere movimenti volontari, come parlare, camminare, ecc., ma senza che vengano provocate volontariamente le corrispondenti contrazioni muscolari, come nella veglia; sappiamo poi che stimoli sensori forse vengono percepiti (dato che spesso entrano a far parte del sogno), ma non appercepiti, vale a dire non diventano osservazioni coscienti; sappiamo che rappresentazioni insorgenti non rendono attuali, come nella veglia, tutte le rappresentazioni collegate con esse, esistenti nella coscienza potenziale, ma che grandi masse di esse rimangono non eccitate (come quando parliamo con un defunto, senza ricordarci del suo decesso); che anche rappresentazioni incompatibili possono sussistere contemporaneamente senza mutuamente inibirsi come nella veglia; che dunque l'associazione avviene in modo difettoso e incompleto. Possiamo sicuramente supporre che nel sonno piú profondo tale abolizione delle connessioni fra gli elementi psichici sia ancora piú completa, assoluta.

Per contro, nella piena veglia, ogni atto di volontà provoca il movimento correlativo, le impressioni sensorie diventano osservazioni, le rappresentazioni si associano con tutto ciò che è in possesso della coscienza potenziale. Il cervello allora è un'unità che opera con completa coesione interna.

Forse è soltanto una circonlocuzione espressiva di questi fatti, il dire che nel sonno le vie di comunicazione e di conduzione del cervello non sono praticabili per l'eccitamento degli elementi psichici (cellule corticali?), mentre nella veglia lo sono completamente.

L'esistenza di questi due stati differenti delle vie di conduzione diventa certamente comprensibile solo con l'ipotesi che, durante la veglia, esse si trovino in eccitamento tonico (tetano intercellulare

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di Exner);[1] che questo eccitamento intracerebrale tonico ne condizioni la capacità di conduzione, e che il suo scemare e scomparire stabilisca appunto lo stato del sonno.

Noi dovremmo immaginarci una via di conduzione cerebrale non come un filo telefonico che sia elettricamente eccitato solo quando deve funzionare (cioè, qui, quando deve trasmettere un segnale); ma come una di quelle linee telefoniche attraverso le quali fluisce costantemente una corrente galvanica e che diventano ineccitabili quando questa scompare. Oppure, forse meglio, pensiamo a un impianto elettrico molto ramificato per illuminazione e trasmissione di forza motrice, ove si pretende che ogni lampadina o ogni macchina possano essere messe in funzione semplicemente stabilendo un contatto. Per rendere ciò possibile, cosí che tutto sia pronto al lavoro, deve sussistere anche durante il riposo in tutta la rete conduttrice una determinata tensione, e a tale scopo la dinamo deve spendere una determinata quantità di energia. Cosí pure esiste una certa misura di eccitamento nelle vie di conduzione del cervello in riposo, ma desto e pronto a lavorare.[2]

A favore di tale concetto sta il fatto che la veglia di per sé, anche senza prestazioni di lavoro, stanca e produce bisogno di sonno; implica già da sola un consumo di energia.

Immaginiamoci una persona in attesa spasmodica, ma non riguardante un particolare campo sensoriale. Abbiamo allora di fronte un

[1] [Vedi S. Exner, *Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen* (Vienna 1894) p. 93.]

[2] Sia concesso di accennare qui brevemente il concetto che sta alla base di quanto sopra esposto. Di solito ci immaginiamo le cellule nervose sensorie come apparati passivi di ricezione; a torto. Infatti già l'esistenza di un sistema di fibre associative dimostra che anche dalle cellule fluisce eccitamento nelle fibre nervose. In una fibra nervosa che *per continuitatem* oppure *contiguitatem* colleghi due cellule sensorie, deve esistere uno stato di tensione, se da ambedue le cellule affluisce in essa eccitamento. Questo stato sta all'eccitamento defluente, per esempio in una fibra periferica motoria, come la pressione idrostatica sta alla forza dell'acqua corrente o come la tensione elettrica sta alla corrente elettrica. Se tutte le cellule nervose si trovano in uno stato di eccitamento medio ed eccitano i loro neuriti, tutta l'immensa rete forma un serbatoio unitario di "tensione nervosa". Quindi, oltre all'energia potenziale che giace nella sostanza chimica della cellula, e a quella forma a noi ignota di energia cinetica che defluisce nello stato di eccitamento della fibra, noi dovremo supporre anche uno stato quiescente di eccitamento nervoso, l'eccitamento tonico o tensione nervosa.

[Questa nota e il passo corrispondente nel testo hanno permesso a Freud di attribuire a Breuer la distinzione fra forme di energia "libera" e "legata" e la conseguente distinzione fra il sistema primario e il sistema secondario dell'operare psichico. L'attribuzione al contributo teorico di Breuer figura nel saggio su *L'inconscio* (1915) § 5 in fine, e in *Al di là del principio di piacere* (1920) § 4, dove il riferimento è esplicito ma non si indicano i passi. Ma già prima il concetto, senza riferimento a Breuer, è discusso ampiamente nel *Progetto di una psicologia* (1895) cap. 3, § 1 in fine, e figura nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 546 sgg.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cervello in riposo ma pronto ad agire. Possiamo ben supporre che in esso tutte le vie di conduzione si trovino al massimo della loro capacità conduttiva: in eccitamento tonico. Il linguaggio in modo significativo chiama questo stato, appunto, tensione. L'esperienza insegna quanto questo stato provochi sforzo e fatica, benché in esso di fatto non venga prestato alcun lavoro motorio o psichico.

Si tratta di uno stato eccezionale che, appunto a causa del grande consumo di energia, non si sopporta a lungo. Ma anche lo stato normale della veglia lucida implica una misura, oscillante entro limiti non troppo ampi, di eccitamento intracerebrale; a tutte le gradazioni della veglia, fino alla sonnolenza e al sonno reale, corrispondono gradi di eccitamento piú bassi.

Una prestazione reale di lavoro del cervello implica certamente un consumo di energia maggiore della sola *disponibilità* al lavoro (cosí come l'impianto elettrico sopra richiamato a paragone deve far affluire una maggiore quantità di energia elettrica nelle linee se vengono inserite molte lampadine o macchine operatrici). In caso di funzionamento normale, non si libera un'energia maggiore di quella che subito viene consumata nell'attività. Il cervello, però, si comporta come un impianto di potenzialità limitata, tale che non potrebbe per esempio produrre nello stesso tempo grandi quantità di luce e di lavoro meccanico. Se lavora la trasmissione di forza motrice, è disponibile poca energia per l'illuminazione, e viceversa. Cosí vediamo che in caso di grave sforzo muscolare ci è impossibile riflettere con costanza; che la concentrazione dell'attenzione su un campo sensoriale fa scemare la capacità di prestazione degli altri organi del cervello; che dunque il cervello opera con una quantità variabile ma limitata di energia.

Il ripartirsi non uniforme dell'energia è probabilmente determinato dalla "facilitazione per attenzione" (Exner),[1] cioè da un aumento della capacità conduttiva delle vie prescelte e una diminuzione di quella delle altre, cosicché nel cervello che lavora anche l'"eccitamento tonico intracerebrale" è distribuito in modo non uniforme.[2]

[1] [EXNER, *op. cit.*, p. 165.]

[2] Il concetto dell'energia del sistema nervoso centrale come di una quantità a ripartizione oscillante e variabile nel cervello è antico. Georges Cabanis [*Rapports du physique et du moral de l'homme*, in "Œuvres complètes", vol. 3 (Parigi 1824) p. 153] scrisse: "La sensibilità sembra comportarsi come un fluido la cui quantità totale è determinata e che, ogni volta che si getta con piú grande abbondanza in uno dei suoi canali, diminuisce proporzionalmente negli altri"; citato da P. JANET, *État mental des hystériques* (2 voll., Parigi 1892-94) vol. 2, p. 277.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Noi svegliamo un dormiente, vale a dire esaltiamo repentinamente la quantità del suo eccitamento intracerebrale tonico, facendo agire su di lui un vivace stimolo sensorio. Se, in ciò, variazioni nel circolo sanguigno cerebrale siano termini essenziali della catena causale, se i vasi vengano dilatati primariamente dallo stimolo o se la dilatazione sia la conseguenza dell'eccitamento degli elementi cerebrali, tutto questo è indeciso. Certo è che lo stato di eccitamento che penetra attraverso una delle porte dei sensi, si diffonde da questa sul cervello, allargandosi e portando tutte le vie di conduzione a uno stato di piú elevata facilitazione.

Come proceda il risveglio *spontaneo*, se sia sempre una e la stessa parte del cervello a entrare per prima in stato di eccitamento di veglia e se questo stato da quella parte si diffonda, o se funga da risvegliatore ora l'uno ora l'altro gruppo di elementi, è ancora completamente oscuro. Tuttavia il risveglio spontaneo, che, com'è noto, si verifica anche nella quiete e oscurità assolute senza stimoli esterni, dimostra che lo sviluppo di energia ha la sua base nel processo vitale degli elementi cerebrali stessi. Un muscolo rimane non stimolato, quiescente, anche se è stato in riposo per quanto tempo si voglia e abbia accumulato in sé il massimo delle forze di tensione. Non cosí gli elementi cerebrali. Possiamo supporre, certamente a ragione, che questi ristabiliscano nel sonno il proprio potenziale raccogliendo forze di tensione. Quando ciò è avvenuto fino a un certo grado, raggiungendo per cosí dire un certo livello, l'eccedenza defluisce nelle vie di conduzione, le facilita e produce l'eccitamento intracerebrale della veglia.

Lo stesso fenomeno lo possiamo osservare in modo istruttivo nella veglia. Se il cervello desto rimane in quiete per un tempo prolungato, senza trasformare, mediante il proprio funzionamento, forza di tensione in energia viva, si verificano il bisogno e la spinta all'azione. Il lungo riposo motorio crea il bisogno del movimento (l'insensato girovagare degli animali in gabbia) e una sensazione penosa, se questo bisogno non può essere soddisfatto. L'assenza di stimoli sensori, l'oscurità, il silenzio assoluto diventano sofferenza; la quiete mentale, l'assenza di percezioni, di rappresentazioni, di attività associativa, producono la tortura della noia. Questi sentimenti sgradevoli corrispondono a un'"eccitazione", a un'esaltazione dell'eccitamento intracerebrale normale.

Gli elementi cerebrali interamente rigenerati, dunque, anche nella quiete liberano una certa misura di energia, la quale se inutilizzata

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

funzionalmente aumenta l'eccitamento intracerebrale. Ciò produce una sensazione sgradevole: se ne creano sempre quando un bisogno dell'organismo non trova soddisfazione. Dato che le sensazioni qui discusse scompaiono se la quantità eccedente di eccitamento, diventata libera, viene impiegata funzionalmente, deduciamo che questa eliminazione dell'eccesso di eccitamento sia un bisogno dell'organismo, e riscontriamo qui per la prima volta il fatto che nell'organismo sussiste la "*tendenza a mantenere costante l'eccitamento intracerebrale*" (Freud).[1]

Un'eccedenza di essa opprime e disturba, e nasce l'impulso a consumarla. Se un consumo in attività sensitiva o rappresentativa non è possibile, l'eccedenza defluisce in azione motoria priva di scopo, nell'andare su e giú e cose simili, che anche in seguito vedremo essere il modo piú frequente di scaricare tensioni eccessive.

È noto quanto sia grande la diversità individuale a tale riguardo: quanto le persone vivaci si distinguano in ciò dalle inerti, torpide, coloro che "non sanno star sedute ferme" da quelle che "hanno un talento innato a star sedute sul divano"; le mentalmente mobili dalle ottuse, che sopportano tempi smisurati di quiete mentale. Queste diversità, che formano il "temperamento" delle persone, sono certamente basate su profonde differenze dei rispettivi sistemi nervosi, sulla misura in cui gli elementi cerebrali funzionalmente quiescenti liberano energia.

Abbiamo parlato di una tendenza dell'organismo a mantenere costante l'eccitamento cerebrale tonico; tale tendenza però ci è comprensibile soltanto se riusciamo ad afferrare quale bisogno venga da essa soddisfatto. Comprendiamo la tendenza a mantenere costante la temperatura media dell'animale a sangue caldo, perché per esperienza sappiamo che si tratta di un *optimum* per la funzione degli organi. E supponiamo una cosa simile per la costanza del tenore d'acqua nel sangue, ed altro ancora. Credo che anche per il livello dell'eccitamento tonico intracerebrale si possa ammettere che abbia un *optimum*. A tale livello dell'eccitamento tonico, il cervello è accessibile a tutti gli stimoli esterni, i riflessi sono facilitati, ma soltanto nella misura dell'attività riflessa normale, e il patrimonio rappresentativo è accessibile all'evocazione e all'associazione in quel

[1] [È, probabilmente, la prima esplicita menzione del "principio di costanza" già adottato da Freud negli *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"* (1892), vedi sopra p. 139, n. 3, e sviluppato ampiamente nel *Progetto di una psicologia* (1895) cap. 1, § 1. Vedi anche *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici* (1893).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mutuo rapporto delle singole rappresentazioni che corrisponde alla chiarezza di giudizio; è lo stato della migliore prontezza al lavoro.

Già quell'aumento uniforme [pp. 341 sg.] dell'eccitamento tonico che costituisce l'"attesa" muta le condizioni. Rende iperestetici per gli stimoli sensori, che diventano ben presto penosi, e aumenta l'eccitabilità dei riflessi oltre ciò che è utile (paurosità). Certamente, questo stato è utile per talune situazioni e taluni scopi; ma se si verifica spontaneamente, senza tali premesse, non migliora la nostra potenzialità ma la danneggia. Nella vita comune lo chiamiamo "essere nervosi". Nel numero di gran lunga maggiore delle forme di esaltazione dell'eccitamento, si tratta però di un sovraeccitamento *non* uniforme, direttamente nocivo per la potenzialità. Chiamiamo ciò "eccitazione" o "agitazione". Non è incomprensibile, ma è in analogia con altre regolazioni dell'organismo, che in quest'ultimo sussista la tendenza a tener fermo l'*optimum* di eccitamento e a raggiungerlo nuovamente dopo che è stato superato.

Sia concesso ritornare qui ancora una volta al paragone con un impianto di illuminazione elettrica. Anche la tensione nella rete di un siffatto impianto ha un *optimum*; se questo viene superato, facilmente la funzione ne sarà danneggiata, in quanto per esempio si bruceranno presto i filamenti incandescenti. Del danno arrecato all'impianto stesso dalla rottura del suo isolamento e "corto circúito" si dirà ancora, piú avanti.

B. La nostra lingua, risultato dell'esperienza di molte generazioni, distingue con mirabile finezza quelle forme e quei gradi di esaltazione dell'eccitamento (*Erregung*) che sono ancora utili nell'attività mentale [nonostante superino l'*optimum* (vedi sopra il penultimo capoverso)] perché accrescono uniformemente l'energia libera di tutte le funzioni cerebrali, e le forme e gradi che le pregiudicano, perché in parte accrescono e in parte inibiscono le funzioni psichiche, in modo irregolare. Essa chiama le prime "incitamento" (*Anregung*), le seconde "eccitazione" (*Aufregung*). Una conversazione interessante, il tè, il caffè servono d'incitamento; una lite, una dose forte di alcool provocano eccitazione. Mentre l'incitamento non fa che destare la spinta all'utilizzazione funzionale dell'aumentato eccitamento, l'eccitazione cerca di scaricarsi in modi piú o meno veementi, rasentanti il patologico o veramente patologici. Essa costituisce la base psicofisica degli affetti, e di questi si parlerà in

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

seguito. Prima, tuttavia, si dirà di sfuggita anche delle cause fisiologiche, endogene, dell'esaltazione dell'eccitamento.

Sono cause siffatte, anzitutto, i grandi bisogni fisiologici e gli istinti dell'organismo, la fame di ossigeno, la fame di alimento e la sete. Dato che l'eccitazione che essi creano è accompagnata da determinate sensazioni e rappresentazioni finalizzate, non la si può osservare come esaltazione dell'eccitamento in modo altrettanto puro come quella menzionata piú sopra [p. 343], che scaturisce soltanto dalla quiete degli elementi cerebrali. Essa ha sempre la sua particolare tonalità; ma non la si può non riconoscere nell'agitazione ansiosa della dispnea e nell'irrequietudine del famelico.

L'esaltazione dell'eccitamento che proviene da queste sorgenti è condizionata dalla modificazione chimica degli elementi cerebrali stessi, che s'impoveriscono di ossigeno o di energie o di acqua. Essa defluisce in vie motorie preformate, le quali portano il soddisfacimento del bisogno innescante; la dispnea, negli sforzi della respirazione; la fame e la sete, nella ricerca e nella conquista del nutrimento e dell'acqua. Il principio della costanza dell'eccitamento ben difficilmente si trova ad agire di fronte a questa eccitazione; infatti, gli interessi ai quali l'esaltazione dell'eccitamento qui serve, sono per l'organismo molto piú importanti del ripristino di condizioni funzionali normali del cervello. Si vedono bensí gli animali dello zoo correre avanti e indietro agitati prima dell'ora del pasto; ma ciò potrà ben rappresentare un residuo dell'attività motoria preformata della ricerca del cibo, la quale ora, dalla cattività, è stata resa inutile, nient'altro che un mezzo per liberare il sistema nervoso dall'eccitazione.

Quando la struttura chimica del sistema nervoso è stata modificata in modo duraturo dall'adduzione continuata di sostanze estranee, anche la carenza di queste condiziona stati di eccitazione, proprio come la carenza delle sostanze nutritive normali nei sani. È il caso dell'agitazione che nasce dall'astinenza dai narcotici.

La transizione da queste esaltazioni di eccitamento endogene agli affetti psichici in senso piú ristretto, è data dall'eccitamento sessuale e dall'emozione sessuale. Quale esaltazione di eccitamento del primo tipo, vaga, indefinita, priva di meta, la sessualità compare durante la pubertà. Nell'evoluzione ulteriore si forma (normalmente) un legame stabile fra questa esaltazione di eccitamento endogena, condizionata dalla funzione delle ghiandole sessuali, e la percezione o la

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

rappresentazione dell'altro sesso; ed anzi, nel mirabile fenomeno dell'innamorarsi di una singola persona, un legame con tale rappresentazione individuale. Questa rappresentazione entra in possesso di tutta la quantità di eccitamento che viene liberata dalla pulsione sessuale; diventa una "rappresentazione affettiva". Ciò significa che nella sua attualizzazione nella coscienza essa mette in moto l'incremento di eccitamento che di per sé proviene da un'altra sorgente, dalle ghiandole sessuali.

La pulsione[1] sessuale è certamente la fonte piú potente di incrementi di eccitamento di lunga durata (e in quanto tali di nevrosi); questa esaltazione di eccitamento è distribuita in modo quanto mai non uniforme sul sistema nervoso. Nei suoi gradi d'intensità piú alti, risulta perturbato il decorso rappresentativo, modificato il valore relativo delle rappresentazioni; nell'orgasmo dell'atto sessuale il pensiero si spegne quasi completamente.

Anche la percezione, l'elaborazione psichica delle impressioni sensorie soffre; l'animale altrimenti timido e prudente diventa cieco e sordo al pericolo. Per contro si esalta (per lo meno nel maschio) l'intensità dell'istinto aggressivo; l'animale pacifico diventa pericoloso fintantoché l'eccitamento non si scarichi nelle attività motorie dell'atto sessuale.

C. Una perturbazione consimile dell'equilibrio dinamico nel sistema nervoso, la ripartizione non uniforme dell'eccitamento esaltato, costituisce per l'appunto il lato psichico degli affetti.

Non si vuole tentare qui né una psicologia né una fisiologia degli affetti. Solo un singolo punto importante per la patologia dovrà essere discusso, e precisamente solo per gli affetti ideogeni, per quelli che vengono provocati da percezioni e rappresentazioni. (Lange ha giustamente segnalato che gli affetti possono essere causati quasi allo stesso modo da sostanze tossiche e, come dimostra la psichiatria, in modo primario di modificazioni patologiche, cosí come da rappresentazioni.)[2]

Non occorre certamente alcuna ulteriore prova del fatto che tutte quelle perturbazioni dell'equilibrio psichico che chiamiamo affetti acuti sono accompagnati da un'esaltazione dell'eccitamento. (Negli

[1] [*Trieb*. Su questo termine vedi la *Minuta teorica* E (1894) p. 21, n. 5. Piú sotto Breuer usa *Instinkt* = istinto (animale).]

[2] C. G. LANGE, *Om Sindsbevaegelser* [Dei moti dell'animo] (Copenaghen 1885) pp. 62 sgg.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

affetti *cronici*, nella preoccupazione e nel cruccio, vale a dire nell'angoscia protratta, sussiste la complicazione di un grave stato di stanchezza, che lascia persistere la distribuzione non uniforme dell'eccitamento e con ciò la perturbazione dell'equilibrio, ma ne riduce il livello.) Ma questo eccitamento esaltato non si può utilizzare in attività psichica. Tutti i forti affetti pregiudicano l'associazione, il decorso delle rappresentazioni. Si "perde la testa" dalla rabbia o dallo spavento. Solo quel gruppo di rappresentazioni che ha eccitato l'affetto persiste nella coscienza con intensità massima. Cosí il livellamento dell'eccitazione mediante attività associativa è impossibile.

Ma gli affetti "attivi", "stenici", compensano l'esaltazione di eccitamento mediante scarica *motoria*. Il giubilare e il saltare dalla gioia, l'aumentato tono muscolare dell'ira, il discorso iroso e l'azione di vendetta, fanno defluire l'eccitamento in atti motòri. Il dolore psichico lo scarica in sforzi respiratori e in un atto secretorio: il singhiozzo e il pianto. Che queste reazioni riducano e calmino l'eccitazione, è cosa dell'esperienza quotidiana. Come già accennato [p. 179], il linguaggio esprime ciò nei detti "sfogarsi piangendo, sfogarsi strepitando" ecc.; ciò che cosí si spende è appunto l'eccitamento cerebrale esaltato.

Solo talune di queste reazioni sono razionali, inquantoché, con esse, si può cambiare qualcosa nella situazione di fatto, come per mezzo dell'azione o del discorso compiuti nell'ira. Le altre, sono perfettamente inutili o, per meglio dire, non hanno altra utilità se non il livellamento dell'esaltazione dell'eccitamento e il ristabilimento dell'equilibrio psichico. Compiendo ciò, esse servono alla "tendenza a mantenere costante l'eccitamento [intra-]cerebrale" [p. 344].

Agli affetti "astenici" dello spavento e dell'angoscia manca questa scarica reattiva. Lo spavento paralizza in maniera del tutto diretta la motilità come anche l'associazione e, cosí pure, l'angoscia, se l'unica reazione utile dello scappare è esclusa dalla causa dell'affetto d'angoscia e dalle circostanze. L'eccitamento dello spavento scompare soltanto per il suo graduale livellarsi.

L'ira ha reazioni adeguate, corrispondenti all'occasione. Se queste sono impossibili o vengono inibite, dei surrogati ne prendono il posto. Già il discorso irato ne è un esempio. Ma anche altri atti, del tutto privi di scopo, le sostituiscono. Quando Bismarck deve reprimere davanti al re l'agitazione di collera, egli si procura poi sollievo scaraventando a terra un vaso prezioso. Questa sostituzione arbitraria

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di un atto motorio per mezzo di un altro corrisponde del tutto alla sostituzione dei riflessi naturali del dolore mediante altre contrazioni muscolari. Il riflesso preformato a un'estrazione di un dente è di dare uno spintone al dentista e di urlare; se, invece di ciò, contraiamo i muscoli del braccio e premiamo contro lo schienale della sedia, trasferiamo la quantità di eccitamento, liberata dal dolore, da un gruppo di muscoli a un altro [p. 250]. Nel violento mal di denti spontaneo che, oltre ai gemiti, non ha riflesso preformato, l'eccitamento defluisce nel correre avanti e indietro senza scopo. Cosí pure trasponiamo l'eccitamento della collera dalla reazione adeguata ad altre reazioni e ci sentiamo sollevati purché venga consumata tramite qualche forte innervazione motoria.

Se però una scarica siffatta dell'eccitamento è vietata del tutto all'affetto, la situazione diventa la stessa nell'ira come nello spavento e nell'angoscia: l'eccitamento intracerebrale risulta potentemente esaltato, ma non viene consumato in attività né associativa né motoria. Nella persona normale, il disturbo si compensa gradualmente; in alcuni individui però si manifestano reazioni anomale, si costituisce l'"anormale espressione delle emozioni" (Oppenheim).[1]

3. *La conversione isterica*

Ritengo che non susciterò il sospetto d'identificare l'eccitamento nervoso con l'elettricità se riprendo ancora una volta il paragone con un impianto elettrico. Se in tale impianto la tensione diventa esageratamente grande, sussiste il pericolo di rottura nei punti piú deboli dell'isolamento. Si manifestano allora fenomeni elettrici in punti anormali; oppure, se due fili sono affiancati, si forma un corto circúito. Dato che in questi punti si verifica un cambiamento permanente, il disturbo cosí prodotto può ricomparire ogniqualvolta la tensione sia sufficientemente aumentata. Ha avuto luogo una "facilitazione" anormale.

Si può ben sostenere che le condizioni nel sistema nervoso siano in certo qual modo similari. Esso è un tutto internamente connesso; ma in molti punti sono inserite delle resistenze elevate, comunque non superabili, che impediscono la diffusione generale uniforme dell'eccitamento. Cosí, nella persona normale sveglia, l'eccitamento dell'organo di rappresentazione non passa agli organi di percezione;

[1] [OPPENHEIM, loc. cit.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

noi non alluciniamo [p. 337]. Gli apparati nervosi dei complessi organici di vitale importanza – della circolazione e della digestione – sono separati, nell'interesse della sicurezza e dell'efficienza dell'organismo, per mezzo di forti resistenze dagli organi della rappresentazione. Ne è preservata l'autonomia; essi non vengono influenzati direttamente dalle rappresentazioni. Ma le resistenze che impediscono il passaggio dell'eccitamento intracerebrale agli apparati della circolazione e della digestione hanno forza variabile con gli individui; fra l'ideale, oggigiorno raro, della persona assolutamente non "nervosa" – la cui azione cardiaca rimane costante in ogni situazione della vita e viene influenzata soltanto dal lavoro da fare, che in ogni pericolo ha costante buon appetito e digerisce – e la persona "nervosa", alla quale ogni evento causa palpitazione e diarrea, fra questi due estremi stanno tutte le gradazioni dell'eccitabilità affettiva.

Comunque sia, nella persona normale esistono resistenze contro il passaggio dell'eccitamento cerebrale agli organi vegetativi. Esse corrispondono all'isolamento delle condutture elettriche. In quei punti in cui sono di esiguità anomala, in caso di eccitamento cerebrale con alta tensione vengono infrante, e questo – l'eccitamento affettivo – passa all'organo periferico. Nasce l'"anormale espressione delle emozioni".

Delle due condizioni or ora nominate perché questo si dia, una è già stata discussa per esteso. È un grado elevato di eccitamento intracerebrale, cui è vietato il livellamento sia mediante decorso rappresentativo che mediante scarica motoria; e che è troppo alto perché quest'ultima possa bastare.

L'altra condizione è la debolezza anormale delle resistenze in singole vie di conduzione. Essa può risiedere nella qualità originaria dell'individuo (disposizione congenita); può essere determinata da stati di eccitamento di lunga durata, che allentano per cosí dire la struttura del sistema nervoso degradando tutte le resistenze (disposizione della pubertà); o da influenze che indeboliscono, come malattia o denutrizione (disposizione degli stati di esaurimento). La resistenza di singole vie di conduzione può venire ridotta dalla precedente malattia dell'organo interessato, per cui furono facilitate le vie verso e dal cervello. Un cuore malato soggiace piú fortemente all'influsso di un affetto che non il cuore sano. "Ho nell'addome una cassa di risonanza", mi disse una donna che soffriva di para-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

metrite cronica, "ogni avvenimento ridesta il mio antico dolore" (disposizione per malattia locale).

Gli atti motori nei quali si scarica normalmente l'eccitamento degli affetti sono ordinati e coordinati, benché spesso anche inutili. Ma l'eccitamento troppo forte può aggirare i centri di coordinamento o li può infrangere, defluendo in moti elementari. Nel lattante, oltre all'atto respiratorio dell'urlare, gli affetti provocano e si esprimono soltanto in contrazioni muscolari non coordinate di questo tipo elementare: nell'inarcarsi e nello sgambettare. Col progredire dello sviluppo, la muscolatura subisce sempre di piú il dominio della coordinazione e della volontà. Ma l'opistòtono, che rappresenta il massimo sforzo motorio dell'intera muscolatura del corpo, e i movimenti clonici del dibattersi e del dimenar le gambe, rimangono per tutta la vita le forme di reazione per i casi di eccitamento massimo del cervello: sia per l'eccitamento puramente fisico dell'attacco epilettico, sia per la scarica di affetti massimi in crampi piú o meno epilettoidi (la parte puramente motoria dell'attacco isterico).

Tali reazioni affettive anormali fanno bensí parte dell'isteria; si verificano però anche al di fuori di questa malattia; esse indicano un grado piú o meno elevato di nervosità, non l'isteria. Tali fenomeni si possono chiamare isterici solo quando si manifestano non quali conseguenze di un affetto che sebbene di alto grado sia obiettivamente fondato, ma in modo apparentemente spontaneo quali fenomeni morbosi. Di questi ultimi, molte osservazioni e cosí anche le nostre hanno dimostrato che sono basati su ricordi i quali rinnovano l'affetto originario, o per meglio dire: *lo rinnoverebbero se appunto quelle reazioni non si fossero già formate.*

Verosimilmente, in tutte le persone di una certa mobilità mentale, nello stato di tranquillità psichica un flusso di rappresentazioni e ricordi scorre sommessamente attraverso la coscienza; per lo piú con cosí scarsa vivacità delle rappresentazioni, che queste non lasciano traccia nella memoria e non si può poi dire come sia occorsa l'associazione. Ma, se emerge una rappresentazione che in origine era collegata con un forte affetto, questo si rinnova con maggiore o minore intensità. La rappresentazione cosí "accentuata" affettivamente entra allora nella coscienza con chiarezza e vivacità. L'intensità dell'affetto che un ricordo può suscitare è assai variabile, a seconda della misura in cui il ricordo è stato esposto alle varie

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

influenze "usuranti"; soprattutto, a seconda della misura in cui l'affetto originario è stato "abreagito". Nella "Comunicazione preliminare" abbiamo indicato [pp. 179sg.] in che diverso grado, per esempio, l'affetto d'ira per un'offesa ricevuta venisse ridestato dal ricordo se quest'offesa fosse stata ripagata o piuttosto tollerata in silenzio. Se il riflesso psichico nell'occasione originale si era realmente verificato, il ricordo suscita una quantità di eccitamento molto piú esigua.[1] Nel caso contrario il ricordo torna costantemente a portare sulle labbra le parole di rampogna che allora furono represse e che avrebbero costituito il riflesso psichico di quello stimolo.

Se l'affetto originale non si è scaricato nel riflesso normale, ma in un riflesso "anormale", anche questo viene ridestato dal ricordo; l'eccitamento che parte dalla rappresentazione affettiva viene "convertito" in un fenomeno somatico (Freud).[2]

Se mediante frequente ripetizione tale riflesso anormale diventa del tutto facilitato, l'efficacia delle rappresentazioni suscitatrici vi si può esaurire, a quanto pare, con compiutezza tale che l'affetto stesso o emerge con intensità minima o non si forma affatto; allora, la "conversione isterica" è compiuta. La rappresentazione, però, che ora non ha piú effetti psichici, può sfuggire all'individuo o il suo emergere può venire tosto dimenticato, come avviene con altre rappresentazioni non accompagnate da affetto.

Siffatta sostituzione di un eccitamento cerebrale – che dovrebbe determinare una rappresentazione – con un eccitamento di vie periferiche, diventa forse piú accettabile ricordando il comporta-

[1] La pulsione di vendetta, che è tanto potente nell'uomo primitivo e che dalla civiltà viene travestita piuttosto che repressa, non è insomma altro che l'eccitamento di un riflesso non avvenuto. Difendersi da un danno nel combattimento e nello stesso tempo far danno all'avversario, è il riflesso psichico adeguato, preformato. Se non è stato compiuto o se è stato insufficiente, viene sempre di nuovo risuscitato dal ricordo e nasce la "pulsione di vendetta", quale impulso volitivo irrazionale, come tutte le "pulsioni". Prova ne è appunto la sua irrazionalità, la sua indipendenza da ogni utilità e da ogni opportunità, anzi il suo prevalere su tutti i riguardi per la propria sicurezza. Non appena il riflesso sia stato suscitato, tale irrazionalità può entrare nella coscienza.

Ein andres Antlitz, eh sie geschehen,
Ein anderes zeigt die vollbrachte Tat.

[Altro è il volto dell'azione incombente,
Altro quello del fatto compiuto.

Schiller, *La sposa di Messina*, atto 3, scena 5.]

[2] [All'inizio di *Per la storia del movimento psicoanalitico* (1914) Freud commenta l'apparire del proprio nome tra parentesi in questo contributo di Breuer, "come se questo primo tentativo di spiegazione teorica fosse di mia spettanza. Credo che questa attribuzione si riferisca solo alla denominazione, perché il concetto ci apparve contemporaneamente e in comune". Vedi anche p. 246, n. 1.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mento inverso nel caso di assenza di un riflesso preformato. Scelgo un esempio assai banale, il riflesso dello sternuto. Se uno stimolo nella mucosa del naso per un motivo qualunque non suscita questo riflesso preformato, nasce, com'è noto, un senso di eccitamento e di tensione. È l'eccitamento che non può defluire per le vie motorie e che ora, inibendo ogni altra attività, si diffonde per il cervello. Questo banalissimo esempio offre lo schema per il processo in caso d'assenza di riflessi psichici anche i piú complessi. La sopradescritta eccitazione dovuta alla pulsione di vendetta è sostanzialmente la stessa cosa; e possiamo seguire il processo stesso fin nelle piú elevate sfere delle azioni umane. Goethe non riesce a venire a capo di un'esperienza fintantoché non l'ha risolta in attività poetica. In lui è questa, che costituisce il riflesso preformato di un affetto, e fintantoché non si compie, sussiste la penosa esaltazione di eccitamento.

L'eccitamento intracerebrale e il processo eccitativo nelle vie periferiche sono di grandezza reciproca; il primo cresce quando e fintantoché non viene suscitato un riflesso, diminuisce e scompare quando si è convertito in eccitamento dei nervi periferici. Appare cosí anche comprensibile il fatto che non si abbia affetto osservabile quando la rappresentazione che lo dovrebbe suscitare provoca immediatamente un riflesso anormale in cui l'eccitamento in corso di formazione tosto defluisce. La "conversione isterica" è allora completa, l'eccitamento, intracerebrale in origine, dell'affetto si è convertito nel processo eccitativo di vie periferiche; la rappresentazione originariamente affettiva adesso non provoca piú l'affetto, ma soltanto il riflesso anormale.[1]

Con questo abbiamo fatto un passo avanti, oltre l'"anormale espressione delle emozioni". Il fenomeno isterico (riflesso anormale) non appare ideogeno, persino ai malati intelligenti e buoni osservatori, perché la rappresentazione causale non è, piú, accentuata affettivamente e non si distingue piú dalle altre rappresentazioni e rimembranze; appare come fenomeno puramente somatico, apparentemente senza radice psichica.

[1] Non vorrei stiracchiare fino all'assurdo il paragone con un impianto elettrico. Data la diversità fondamentale delle condizioni, esso infatti può difficilmente illustrare e certamente non può spiegare i processi nel sistema nervoso. Cionondimeno, si può qui ricordare il caso in cui, per la tensione elevata, l'isolamento dei fili di un impianto d'illuminazione abbia sofferto e si sia verificato in un punto un "corto curcúito". Se in tal punto si verificano fenomeni elettrici (come surriscaldamento o scintille), la lampadina collegata con quel filo non si accende. Allo stesso modo non si stabilisce l'affetto quando l'eccitamento defluisce in forma di riflesso anormale, essendo convertito in un fenomeno somatico.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Ora, da che cosa viene determinata la scarica dell'eccitamento affettivo, tanto da creare un riflesso anormale e non un altro qualsiasi? A tale quesito, le nostre osservazioni rispondono, per molti casi, che anche questa scarica obbedisce al "principio di minor resistenza", svolgendosi su quelle vie le cui resistenze sono già state ridotte da circostanze concorrenti. Ne fa parte il caso già dianzi discusso [p. 350] in cui un determinato riflesso sia facilitato da una malattia somatica; per esempio, se qualcuno soffre spesso di dolori cardiaci, questi vengono provocati anche dall'affetto. Oppure un riflesso è facilitato dal fatto che la rispettiva innervazione muscolare fu oggetto di specifico intendimento nell'istante dell'emozione primitiva; cosí Anna O. (primo caso clinico) nell'emozione di spavento cerca di allungare il braccio destro [p. 204], immobile per effetto di paralisi da compressione, per scacciare il serpente; a partire da allora il tetano del braccio destro viene provocato dalla vista di tutti gli oggetti serpiformi. Oppure [p. 205] essa nell'emozione converge fortemente gli occhi per riconoscere le lancette dell'orologio, ed ecco che lo strabismo convergente diventa uno dei riflessi di quell'emozione, e cosí via.

È questo l'effetto della contemporaneità, che del resto domina anche la nostra associazione normale; ogni percezione dei sensi ne richiama alla coscienza un'altra la quale in origine si era manifestata simultaneamente alla prima (esempio scolastico dell'immagine visiva di una pecora e del belato, ecc.). Se con l'affetto primitivo era esistita contemporaneamente una vivace impressione sensoria, questa viene nuovamente provocata dal rinnovarsi dell'affetto, e precisamente, dato che qui si tratta dello scaricarsi di un'eccitamento eccessivo, non come ricordo ma come allucinazione. Quasi tutti i nostri casi clinici ne offrono degli esempi. Un esempio del genere è dato da una donna che vive un affetto doloroso mentre soffre di violento dolore ai denti per una periostite, e poi ogni rinnovamento di quell'affetto, anzi il solo ricordo di esso, provoca una nevralgia sottorbitale [pp. 327-30].

Tale è la facilitazione dei riflessi anormali secondo le leggi generali dell'associazione. Talvolta però (invero solo nei gradi piuttosto alti d'isteria) tra l'affetto e i suoi riflessi stanno delle vere serie di rappresentazioni associate; è questa la *determinazione mediante simbolismo*. Si tratta spesso di giuochi di parole ridicoli, di assonanze, che collegano l'affetto e il suo riflesso, ma ciò avviene solo in stati simili al sogno, con sminuita capacità di critica, e sta già al di fuori del gruppo di fenomeni qui considerato.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

In moltissimi casi la determinazione rimane incomprensibile, perché la nostra intelligenza dello stato psichico e la nostra conoscenza delle rappresentazioni che erano attuali all'atto della formazione del fenomeno isterico spesso è estremamente incompleta. Ma possiamo presumere che il processo non sia del tutto dissimile da quello che ci appare con chiarezza nei casi piú favorevoli.

Alle esperienze che suscitarono l'affetto originario, il cui eccitamento poi fu convertito in un fenomeno somatico, diamo il nome di *traumi psichici*, e ai fenomeni morbosi cosí insorti diamo il nome di *sintomi isterici di origine traumatica* (la designazione "isteria traumatica" è già adottata per i fenomeni che, quali conseguenze di lesioni del corpo, traumi in senso ristretto, costituiscono una parte della "nevrosi traumatica").

In perfetta analogia con l'insorgenza dei fenomeni isterici traumaticamente determinati, si ha la conversione isterica di quell'eccitamento psichico che sorge non da stimoli esterni, non dall'inibizione di riflessi psichici normali, ma dall'inibizione del decorso delle associazioni. Esempio elementare e paradigma di ciò è l'eccitamento che nasce dal fatto di non ricordare un nome, di non riuscire a risolvere un indovinello e simili. Se ci vien detto il nome, o la parola dell'indovinello, l'eccitamento svanisce, chiudendosi la catena delle associazioni, proprio come quando si chiude una catena di riflessi. L'intensità dell'eccitamento che deriva dall'intoppo di una serie di associazioni, è proporzionale all'interesse che ha la serie per noi, vale a dire alla misura in cui smuove la nostra volontà. Dato però che nella ricerca di una soluzione del problema o simili viene sempre prestato un lavoro grande seppure senza successo, anche il forte eccitamento trova un suo impiego e non spinge alla scarica, per cui non diventa mai patogeno.

Lo diventa tuttavia quando il decorso delle associazioni viene inibito dal fatto che rappresentazioni equivalenti sono incompatibili fra di loro; come, per esempio, quando nuovi pensieri vengono a conflitto con complessi rappresentativi saldamente radicati. È di tale natura il tormento del dubbio religioso, cui tante persone soggiacciono e molte di piú soggiacevano. Anche in tal caso, l'eccitamento, e con esso il dolore psichico (l'impressione sgradevole), crescono fino a un livello notevole soltanto quando entra in giuoco un interesse della volontà dell'individuo, quando il dubbioso si crede minacciato nella sua felicità, nella salvezza della propria anima. Questo è, tuttavia, sempre il caso quando il conflitto sussiste fra il

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

complesso fisso, inculcato con l'educazione, delle rappresentazioni morali e il ricordo di azioni proprie o anche solo pensieri che con esse sono inconciliabili: ossia, il tormento della coscienza. L'interesse della volontà di gioire della propria personalità, di essere in pace con essa, entra in azione esaltando al massimo l'eccitamento dell'inibizione delle associazioni. Che un siffatto conflitto di rappresentazioni inconciliabili agisca in senso patogeno, è cosa dell'esperienza quotidiana. Si tratta per lo piú di rappresentazioni e di fatti della vita sessuale: della masturbazione in adolescenti moralmente sensibili, della consapevolezza dell'inclinazione per un uomo estraneo in una donna di severi costumi. Anzi, spessissimo è sufficiente il primo manifestarsi di semplici sensazioni e rappresentazioni sessuali, da solo, a creare mediante il conflitto con la rappresentazione saldamente radicata della purezza morale uno stato di eccitamento di alto grado.[1]

Da tale stato derivano usualmente conseguenze psichiche; l'umore patologico, stati d'angoscia (Freud).[2] Talvolta, però, da un concorso di circostanze viene determinato un fenomeno somatico anomalo, nel quale l'eccitamento si scarica: il vomito, quando il sentimento d'insudiciamento morale produce un senso di ribrezzo fisico; una tosse nervosa come in Anna O. [p. 209], quando la coscienza angosciata provoca un crampo della glottide, e cosí via.[3]

L'eccitamento che viene prodotto da rappresentazioni molto vivaci e da rappresentazioni inconciliabili ha una reazione normale, adeguata: la comunicazione verbale. Troviamo tale impulso, in comica esagerazione, nell'aneddoto del barbiere di Mida che grida il suo segreto[4] alle canne palustri; lo troviamo, quale uno dei fondamenti di un'istituzione storica grandiosa, nella confessione verbale catto-

[1] Vedi per questo punto alcune interessanti comunicazioni e osservazioni di M. Benedikt, *Hypnotismus und Suggestion* (Vienna 1894) pp. 51 sgg.

[2] [*Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894).]

[3] Trovo in E. Mach, *Grundlinien der Lehre von den Bewegungsempfindungen* (Lipsia 1875), un'osservazione che merita qui ricordare:

"Negli esperimenti (di vertigine) descritti, si è ripetutamente costatato che una sensazione di nausea si presentava principalmente quando era difficile mettere d'accordo le sensazioni di movimento con le impressioni ottiche. Sembrava come se una parte dello stimolo che partiva dal labirinto fosse stata costretta ad abbandonare le vie ottiche che da un altro stimolo le erano inibite, e di percorrere vie del tutto diverse ... Anche nel tentativo di combinare immagini stereoscopiche con forti differenze, ho spesso osservato una sensazione di nausea."

Questo è proprio lo schema fisiologico per l'insorgere di fenomeni patologici, isterici, in seguito alla coesistenza di vivaci rappresentazioni inconciliabili.

[4] ["Il re Mida ha orecchie d'asino".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

lica. La comunicazione dà sollievo, scarica la tensione anche quando non è fatta di fronte al sacerdote e non è seguíta dalla assoluzione. Se all'eccitamento tale via d'uscita viene preclusa, esso si converte talvolta in un fenomeno somatico proprio come l'eccitamento degli affetti traumatici, e noi possiamo indicare tutto il gruppo di fenomeni isterici che hanno questa origine, con Freud, come *fenomeni isterici da ritenzione*.[1]

Quanto fin qui esposto circa il meccanismo psichico di formazione dei fenomeni isterici si presta alla critica di schematizzare e di rappresentare il processo come piú semplice di quanto in realtà non sia. Perché in una persona sana, non originariamente nevropatica, si formi un autentico sintomo isterico, con la sua apparente indipendenza dalla psiche e la sua esistenza somatica indipendente, devono quasi sempre concorrere molteplici circostanze.

Il caso seguente può servire da esempio della natura complicata di questo processo. Un ragazzo dodicenne, già sofferente di *pavor nocturnus* e figlio di padre molto nervoso, tornò a casa da scuola, un giorno, non sentendosi bene. Lamentava disfagia, vale a dire riusciva a deglutire solo a fatica, e mal di capo. Il medico di famiglia presunse come causa un'angina. Ma anche dopo parecchi giorni il suo stato non migliorava. Il ragazzo non voleva mangiare, vomitava quando lo si costringeva, si trascinava in giro stanco e svogliato, voleva sempre stare a letto e deperí molto fisicamente. Quando lo vidi dopo cinque settimane, dava l'impressione di essere un fanciullo ombroso, chiuso in sé, ed ebbi la convinzione che il suo stato avesse una causa fisica. Alle insistenti domande, rispose indicando una causa banale, una severa reprimenda del padre, la quale, ovviamente, non era la vera ragione della malattia. Anche dalla scuola nulla si poté sapere. Promisi d'imporgli, in un secondo tempo, la comunicazione nell'ipnosi. Ma non fu necessario. Accadde che la madre, saggia ed energica, gli rivolgesse la parola con durezza, ed egli cominciò a raccontare tra fiotti di lacrime. Una volta, nel rincasare dalla scuola, era entrato in un orinatoio e là un uomo gli aveva presentato il pene pretendendo da lui che lo prendesse in bocca. Scappò terrorizzato, e non gli accadde altro. Ma da quel momento fu malato. Con l'istante della confessione il suo stato cedette il

[1] [La prima pubblicazione di Freud in cui appare l'espressione "isteria da ritenzione" è *Le neuropsicosi da difesa* (1894) § 1. Già menzionata sopra a p. 314 e a p. 322, l'espressione sarà discussa da Freud a p. 422, dove è attribuita congiuntamente a Breuer e a sé stesso e dove sono espressi alcuni dubbi sull'importanza del concetto.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

passo al perfetto benessere. – Per produrre il fenomeno dell'anoressia, della disfagia, del vomito, occorrevano qui parecchi fattori: la costituzione nervosa innata, lo spavento, l'irruzione della sessualità nella sua forma piú brutale nell'animo del fanciullo e, quale fattore determinante, la rappresentazione della ripugnanza. La malattia dovette la sua durata al silenzio, che negava all'eccitamento la sua scarica naturale.

Come in questo caso, cosí devono sempre cooperare piú fattori perché in una persona sino allora sana si formi un sintomo isterico; quest'ultimo è sempre "sovradeterminato", secondo l'espressione di Freud.[1]

Può considerarsi una sovradeterminazione siffatta anche il fatto che lo stesso affetto venga provocato da piú occasioni ripetute. Il malato e il suo ambiente riferiscono il sintomo isterico solo all'ultima occasione, la quale tuttavia, nella maggioranza dei casi, ha reso soltanto manifesto ciò che da altri traumi era già stato quasi del tutto compiuto.

Una giovane ragazza[2] ebbe il suo primo attacco isterico, al quale fece seguito una serie di altri attacchi, quando nell'oscurità un gatto le saltò sulla spalla. Parve semplice effetto dello spavento. Un'indagine piú precisa, tuttavia, mostrò che la fanciulla diciassettenne, eccezionalmente bella e poco sorvegliata, negli ultimi tempi era stata oggetto di molteplici insidie piú o meno brutali e in tal modo era lei stessa venuta ad eccitarsi sessualmente (disposizione). Sulla medesima scala buia alcuni giorni prima era stata aggredita di sorpresa da un giovanotto ai cui approcci ella si era sottratta a fatica. Fu questo il trauma psichico vero e proprio, il cui effetto era stato solo reso manifesto dal gatto. Ma in quanti casi un gatto del genere passa per causa *efficiens* perfettamente sufficiente?

Per tale affermarsi della conversione grazie a una ripetizione dell'affetto, non è sempre necessaria una pluralità di occasioni *esteriori*; spesso basta anche il rinnovarsi dell'affetto nel *ricordo*, se quest'ultimo si presenta subito dopo il trauma, prima che l'affetto si sia affievolito, in ripetizione rapida e frequente. Basta questo, quando l'affetto è stato molto forte. È cosí nelle isterie traumatiche nel

[1] [È probabilmente la prima apparizione del termine *überdeterminiert*; Freud lo userà, in quest'opera, a p. 401, mentre, nella sua monografia *Zur Auffassung der Aphasie* (Vienna 1891), p. 76, cosí come, piú oltre, a p. 426, usa l'equivalente *überbestimmt*. È tuttavia improbabile che la nozione di cause multiple non sia stata espressa, in precedenza, con simile terminologia, da altri scrittori.]

[2] Devo ringraziare per questo caso l'assistente dottor Paul Karplus.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

senso ristretto del termine. Nei giorni successivi a un incidente ferroviario, per esempio, si rivive nel sonno e nella veglia la scena di terrore, sempre col rinnovarsi dell'affetto terrificante, finché, dopo tale periodo di "elaborazione psichica" Charcot [vedi p. 288]) o di incubazione, non si sia perfezionata la conversione in un fenomeno somatico (benché qui cooperi un altro fattore di cui si dirà in seguito).

Ordinariamente, però, la rappresentazione affettiva soggiace all'usura, a tutte quelle influenze toccate nella "Comunicazione preliminare" [p. 180], che poco alla volta la privano del suo valore affettivo.[1] Il suo riemergere determina una misura sempre minore di eccitamento, e con ciò il ricordo perde il potere di contribuire alla produzione di un fenomeno somatico. La facilitazione del riflesso anormale svanisce e con ciò si ripristina lo *status quo ante*.

Gli influssi "usuranti" sono però tutti effetti dell'associazione, del pensare, correzione ad opera di altre rappresentazioni. Questa correzione diventa impossibile quando la rappresentazione affettiva venga sottratta al "rapporto associativo"; e, in un caso siffatto, detta rappresentazione conserva tutto il suo valore affettivo. Poiché, a ogni rinnovarsi, si libera sempre l'intera somma di eccitamento dell'affetto primitivo, la facilitazione di un riflesso anormale iniziato in passato finalmente si compie; o quella già compiuta si conserva e si stabilizza. Il fenomeno della conversione isterica allora risulta perfettamente stabilito in modo permanente.

Conosciamo, dalle nostre osservazioni, due forme di tale esclusione di rappresentazioni affettive dalle associazioni.

La prima è la "difesa",[2] la repressione arbitraria di rappresentazioni penose, dalle quali la persona si sente minacciata nella propria gioia di vivere o nella stima di sé stessa. Freud ha parlato di tale processo nella sua comunicazione *Le neuropsicosi da difesa* (1894) e nei casi clinici da lui qui presentati; è un processo che certamente riveste altissima importanza patologica. Invero non è comprensibile come mai una rappresentazione possa venire arbitrariamente rimossa dalla coscienza; ma noi conosciamo con precisione il corrispondente processo positivo: la concentrazione dell'attenzione su una rappre-

[1] [*Affektwert*. Freud usa in significato analogo: *Affektbetrag*, come mostra quando, nel suo scritto in francese *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche* (1893) p. 83, alle parole "*valeur affective*" fa seguire tra parentesi il tedesco *Affektbetrag*, che noi traduciamo "ammontare affettivo" (o "importo d'affetto"); vedilo usato nel presente scritto, per esempio, a p. 318, ove è sottolineato il significato algebrico" del termine (per questo significato vedi *Le neuropsicosi da difesa* (1894) p. 134).] [2] [Vedi nota a p. 300.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sentazione; eppure anche qui non possiamo dire come lo compiamo. Ora, le rappresentazioni alle quali la coscienza volta le spalle, alle quali non si pensa, restano anche sottratte all'usura conservando intatto il loro valore affettivo.

Abbiamo inoltre trovato che un altro genere di rappresentazioni rimane sottratto all'usura ad opera del pensiero, non perché non le si *voglia*, ma perché non le si *può* ricordare; perché esse originariamente insorsero e vennero dotate di affetto in stati per i quali nella coscienza vigile esiste amnesia, cioè in stati ipnotici o simili all'ipnosi. Questi ultimi paiono rivestire altissima importanza per la dottrina dell'isteria e meritano perciò una discussione un po' piú approfondita.[1]

4. *Stati ipnoidi*

Quando nella "Comunicazione preliminare" asserimmo: "base e condizione dell'isteria è l'esistenza di stati ipnoidi" [p. 183], trascurammo che Moebius nel 1890 aveva già detto esattamente la stessa cosa. "Presupposto dell'azione (patogena) delle rappresentazioni è, da un canto, una disposizione innata, vale a dire la disposizione isterica, e un particolare stato d'animo dall'altro. Di questo stato d'animo ci si può fare solo un'idea imprecisa. Deve essere simile a quello ipnotico, deve corrispondere a un certo vuoto della coscienza, nel quale a una rappresentazione che si presenti non venga opposta alcuna resistenza da parte di altre e in cui, per cosí dire, sia libero il trono per la prima che càpita. Sappiamo che uno stato siffatto, oltre che mediante ipnotizzazione, può venir provocato da scosse emotive (spavento, ira, ecc.) e da influssi che esauriscono (insonnia, fame, ecc.)."[2]

Il problema alla cui soluzione Moebius cercava di approssimarsi, è quello della formazione di fenomeni somatici mediante rappresentazioni. Egli, a tale proposito, ricorda la facilità con cui tale formazione avviene nell'ipnosi, e ritiene analoga l'azione degli affetti. Il

[1] Dove qui e piú avanti si parla di rappresentazioni che sono attuali, efficaci eppure inconsce, si tratta ben di rado di rappresentazioni singole (quale ad esempio il grande serpente allucinato da Anna O., il quale provoca la contrattura). Si tratta quasi sempre di *complessi* di rappresentazioni, di ricordi di fatti esterni e di sequenze ideative del soggetto. Occasionalmente, ogni singola rappresentazione contenuta in tali complessi di rappresentazioni può essere pensata coscientemente, e solo la specifica combinazione è bandita dalla coscienza.

[2] P. J. Moebius, *Über Astasie-Abasie* (1890), rist. in *Neurologische Beiträge I* (Lipsia 1894) p. 17.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nostro modo di vedere, alquanto differente, circa questa azione degli affetti è stato ampiamente esposto piú sopra [pp. 347 sgg.]. Non occorre perciò che io mi addentri qui oltre nella difficoltà che si riscontra per il fatto che Moebius assume nell'ira un "vuoto della coscienza"[1] (che sussiste in realtà nello spavento e nell'angoscia protratta), e dica quanto sia difficile in generale stabilire un'analogia fra lo stato di eccitamento nell'affetto e la quiete nell'ipnosi. Ritorneremo però piú avanti [p. 365] sulle proposizioni di Moebius, le quali, penso, contengono un'importante verità.

Per noi, l'importanza degli stati simili all'ipnosi, "ipnoidi", sta inoltre e anzitutto nell'amnesia e nel suo potere di determinare quella scissione della psiche di cui si dirà tra breve e che è di significato fondamentale per la "grande isteria". Tale importanza noi attribuiamo loro tuttora. Devo tuttavia limitare essenzialmente la nostra proposizione. La conversione – la formazione ideogena dei fenomeni somatici – si compie anche al di fuori degli stati ipnoidi e, per la formazione di complessi di rappresentazioni che sono esclusi dai rapporti associativi, Freud ha trovato nell'amnesia volontaria della difesa una seconda fonte, indipendente dagli stati ipnoidi. Ma, con questa limitazione, penso tuttora che questi ultimi siano causa e condizione di molte e anzi della maggior parte delle isterie grandi e complicate.

Fra gli stati ipnoidi si annoverano naturalmente soprattutto le autoipnosi reali, che si distinguono dalle artificiali soltanto per la loro genesi spontanea. Le troviamo in talune isterie pienamente sviluppate, con frequenza variabile e con varia durata, spesso in rapidissima alternanza con lo stato della veglia normale (vedi i Casi clinici 1 e 2). A motivo del loro contenuto rappresentativo, paragonabile ai sogni, meritano spesso il nome di *delirium hystericum*. Nella veglia, per i processi interni di questi stati sussiste un'amnesia piú o meno completa, mentre nell'ipnosi artificiale essi vengono perfettamente ricordati. I risultati psichici di tali stati, le associazioni in essi formate, sono appunto sottratti dall'amnesia a qualsiasi correzione del pensiero vigile. E dato che nell'autoipnosi la critica e il controllo tramite altre rappresentazioni sono ridotti e, di solito, quasi del tutto scomparsi, possono sgorgare da essa le rappresentazioni deliranti piú pazze e rimanere intatte per lungo tempo. Nasce

[1] Forse Moebius con questa designazione non intende altro che l'inibizione del decorso delle rappresentazioni, la quale effettivamente sussiste nell'affetto, sebbene originata da cause affatto diverse da quelle operanti nell'ipnosi.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cosí, quasi soltanto in stati siffatti, un'alquanto complicata e irrazionale "relazione per cosí dire simbolica tra il fatto originario e il fenomeno patologico" [p. 177], la quale, invero, spesso si basa sulle piú risibili assonanze e associazioni verbali. Alla acriticità degli stati autoipnotici si deve il fatto che ne nascano tanto spesso autosuggestioni, quando, per esempio, dopo un attacco isterico rimane una paralisi. Per altro, forse per caso, nelle nostre analisi non ci siamo praticamente mai imbattuti in questo tipo di genesi di un fenomeno isterico. Li troviamo sempre determinati, anche nell'autoipnosi, dallo stesso processo come al di fuori di essa, dalla conversione di un eccitamento affettivo.

Questa "conversione isterica" si compie nell'autoipnosi, comunque, piú facilmente che non nella veglia, cosí come del resto nell'ipnosi artificiale con tanto maggiore facilità le rappresentazioni suggestive si realizzano somaticamente quali allucinazioni e movimenti. Ma il processo della conversione dell'eccitamento è nondimeno, nella sostanza, il medesimo che fu esposto piú sopra. Una volta accaduto, il fenomeno somatico si ripete quando affetto e autoipnosi nuovamente s'incontrano. E sembra che lo stato ipnotico venga allora provocato dall'affetto stesso. Cosí in un primo tempo, fintantoché l'ipnosi si alterna puramente con la veglia perfetta, il sintomo isterico rimane limitato allo stato ipnotico e viene rafforzato dalla ripetizione in quest'ultimo; inoltre, la rappresentazione che dà la spinta rimane protetta contro la correzione del pensiero vigile e della sua critica, appunto perché nella veglia lucida essa non emerge mai.

Cosí in Anna O. [pp. 207 sg.] la contrattura del braccio destro, che nell'autoipnosi si era associata con l'affetto d'angoscia e con la rappresentazione del serpente, rimase limitata per quattro mesi ai momenti dello stato ipnotico (o, se questo termine non dovesse apparire adatto per assenze di durata brevissima, dello stato ipnoide), ma ripetendosi spesso. Lo stesso avveniva con altre conversioni compiute nello stato ipnoide, e cosí in perfetta latenza si costituí quel grande complesso di fenomeni isterici che apparve manifesto quando lo stato ipnoide divenne permanente.

Nella veglia lucida i fenomeni cosí formatisi si manifestano soltanto quando si è compiuta la scissione della psiche, di cui si dirà piú avanti, e l'alternarsi degli stati desti e ipnoidi è stato sostituito dalla coesistenza dei complessi, normale e ipnoide, di rappresentazioni.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Esistono tali stati ipnoidi già prima della malattia e come vengono a costituirsi? Ne so dire ben poco, giacché non disponiamo di altra osservazione, all'infuori del caso di Anna O., che possa fornire un chiarimento al proposito. In quella malata pare certo che l'autoipnosi fosse preparata da sogni abituali e che poi fosse stabilita in pieno da un affetto d'angoscia protratto che del resto da solo costituisce la base di uno stato ipnoide. Non appare inverosimile che tale processo abbia valore piú generale.

Stati molto diversi determinano "assenza mentale", ma solo alcuni di essi dispongono all'autoipnosi o vi si trasformano direttamente. Un ricercatore che sia immerso in un problema è certamente anche anestetico in una certa misura e non riesce a formare percezioni coscienti per grandi gruppi di sensazioni; e avviene proprio cosí a chi vada vivacemente creando fantasie ("teatro privato" di Anna O. [p. 190]). In tali stati però viene energicamente prestato un lavoro psichico, e vi viene impiegato l'eccitamento del sistema nervoso che viene liberato. Nella distrazione, negli stati crepuscolari della mente, per contro, l'eccitamento intracerebrale scende al di sotto del livello della veglia lucida; questi stati confinano con la sonnolenza e sono una transizione verso il sonno. Se in tali stati dell'"essere assorti" e dove il decorso delle rappresentazioni è inibito, un gruppo di rappresentazioni accentuate affettivamente è vivo, esso crea un elevato livello di eccitamento intracerebrale, che non viene impiegato in un'attività psichica ed è disponibile per prestazioni anomale, com'è la conversione.

Cosí, non sono patogeni né l'"assenza mentale" in caso di lavoro energetico né lo stato crepuscolare privo di affetto, bensí il sognare colmo di affetto e lo stato di fatica che deriva dal protrarsi degli affetti. L'arrovellarsi della persona preoccupata, l'angoscia di chi veglia al capezzale di un malato caro, la fantasticheria degli innamorati, sono stati siffatti. La concentrazione sul gruppo di rappresentazioni affettive determina anzitutto l'"assenza". Gradualmente, il decorso delle rappresentazioni rallenta, finendo quasi per stagnare; ma la rappresentazione affettiva e il suo affetto rimangono vivi e con essi anche la grande quantità di eccitamento che non è impiegata in modo funzionale. La somiglianza delle situazioni con quelle caratteristiche dell'ipnosi appare evidente. Anche la persona da ipnotizzare non deve addormentarsi realmente, vale a dire il suo eccitamento intracerebrale non deve scemare sino al livello del sonno; il decorso delle rappresentazioni deve però venire ostacolato.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Allora, tutta la massa dell'eccitamento rimane a disposizione della rappresentazione suggerita.

Cosí pare nasca l'autoipnosi patogena in talune persone, in quanto l'affetto s'introduce nella fantasticheria abituale. È questa, forse, una delle ragioni per cui nell'anamnesi dell'isteria incontriamo tanto spesso i due grandi fattori patogeni: l'innamoramento e l'assistenza ai malati. Il primo crea con il pensiero nostalgico all'essere amato assente il "rapimento", l'oscurarsi della realtà circostante e poi l'arrestarsi colmo di affetto del pensiero; l'assistenza ai malati con la quiete esteriore, la concentrazione su un oggetto, lo stare in ascolto del respiro del malato, realizza proprio le medesime condizioni di molti metodi di ipnotizzazione, conferendo allo stato crepuscolare cosí formatosi l'affetto d'angoscia. Forse, tali stati si distinguono solo quantitativamente dalle vere autoipnosi e introducono ad esse.

Una volta che ciò si sia verificato, lo stato simile all'ipnosi si ripete sempre di nuovo nelle stesse circostanze e allora l'individuo, invece dei due stati psichici normali, ne possiede tre: la veglia, il sonno e lo stato ipnoide, come osserviamo anche in caso di ripetizione frequente dell'ipnosi artificiale profonda.

Non so dire se gli stati ipnotici spontanei possano svilupparsi anche senza tale intervento dell'affetto, quali risultati di una predisposizione originaria; ritengo però che ciò sia assai verosimile. Quando vediamo quanto è varia nelle persone sane e malate l'attitudine all'ipnosi artificiale, quanto facilmente essa si verifica in taluni, è ovvio sospettare che in essi avvenga anche spontaneamente. E la predisposizione a ciò è forse necessaria perché lo stato trasognato si trasformi in autoipnosi. Sono quindi ben lontano dal presupporre in tutte le persone isteriche il meccanismo di genesi che Anna O. ci ha fatto apprendere.

Parlo di stati ipnoidi anziché di ipnosi perché questi stati, tanto importanti nello svilupparsi dell'isteria, sono assai male delimitati. Non sappiamo se il fantasticare, che qui sopra è stato indicato come stadio preliminare dell'autoipnosi, non possa già compiere di per sé la medesima funzione patogena di quest'ultima, e se per l'affetto d'angoscia protratto non possa dirsi lo stesso. Per lo spavento, la cosa è sicura. In quanto inibisce il decorso delle rappresentazioni mentre una rappresentazione affettiva (di pericolo) è vivacissima, esso presenta un completo parallelismo col fantasticare carico di affetto; e in quanto il ricordo sempre rinnovato continua a ripristinare tale stato psichico, nasce uno "spavento ipnoide", nel quale la

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

conversione si afferma o si stabilizza; si ha lo stato d'incubazione dell'"isteria traumatica", in senso stretto.

Dato che stati cosí diversi ma concordanti nel punto piú importante si allineano con l'autoipnosi, è consigliabile l'espressione "ipnoide", che sottolinea questa intima somiglianza. Essa riassume quel punto di vista propugnato da Moebius nelle frasi piú sopra citate [pp. 360 sg.]. Anzitutto però essa indica l'autoipnosi stessa, la cui importanza per la genesi dei fenomeni isterici consiste nel fatto che agevola la conversione e protegge (mediante l'amnesia) le rappresentazioni convertite contro l'usura; protezione, questa, da cui deriva infine un aumento nella scissione psichica.

Se un sintomo somatico è causato da una rappresentazione e viene ogni volta provocato da essa, ci si dovrebbe aspettare che i pazienti intelligenti e capaci di autoosservazione fossero consapevoli di tale connessione; che sapessero per esperienza che il fenomeno somatico si presenta contemporaneamente al ricordo di un determinato evento. Il nesso causale intimo certamente è loro ignoto; ma noi tutti sappiamo però sempre quale rappresentazione ci faccia piangere o ridere o arrossire, anche se il meccanismo nervoso di tali fenomeni ideogeni non ci è nemmeno lontanamente chiaro. Ora, in realtà, talvolta i pazienti osservano davvero la connessione e ne sono consci; una donna dice, per esempio, che il lieve attacco isterico (all'incirca tremore e palpitazione) proverrebbe da una certa grande agitazione emotiva e si ripeterebbe soltanto in occasione di ogni fatto che la ricordi. Ma non è cosí per moltissimi, certamente per la maggioranza dei sintomi isterici. Anche i pazienti intelligenti non sanno che essi si verificano a seguito di una rappresentazione e li considerano fenomeni somatici autonomi. Se non fosse cosí, la teoria psichica dell'isteria avrebbe già raggiunto un'età rispettabile.

Si è portati a credere che i fenomeni morbosi in questione siano bensí originariamente ideogeni, ma che la ripetizione li abbia, per dirla con Romberg,[1] "impressi" nel corpo, ed ora non sarebbero piú basati su un processo psichico, ma sulle modificazioni nel frattempo createsi del sistema nervoso; sarebbero diventati sintomi autonomi, autenticamente somatici.

A priori, questa ipotesi non è né impossibile né inverosimile. Ma

[1] [M. H. ROMBERG, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen* (Berlino 1840) p. 192.].

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

io credo che la novità che le nostre osservazioni apportano alla dottrina dell'isteria, sta appunto nella prova che tale ipotesi – per lo meno in moltissimi casi – non è appropriata. Abbiamo visto che i piú diversi sintomi isterici scomparivano dopo anni di esistenza "subito e in modo definitivo, quando si era riusciti a ridestare con piena chiarezza il ricordo dell'evento determinante, risvegliando insieme anche l'affetto che l'aveva accompagnato, e quando il malato descriveva l'evento nel modo piú completo possibile esprimendo verbalmente il proprio affetto" [p. 178]. Le storie cliniche qui narrate forniscono alcune prove di tale affermazione. "Invertendo il detto: *cessante causa cessat effectus*, ci sarà lecito dedurre da queste osservazioni che l'evento determinante" (vale a dire il ricordo di esso) "continua ad agire in qualche modo ancora per anni, non indirettamente per il tramite di una catena di anelli causali intermedi, ma come causa diretta, circa come un dolore psichico coscientemente ricordato da sveglio provoca, anche dopo molto tempo, secrezione di lacrime: l'isterico soffrirebbe per lo piú di reminiscenze" [p. 179]. Ma se cosí è, se il ricordo del trauma psichico a guisa di un corpo estraneo deve valere per lungo tempo dopo la sua introduzione ancora da agente che opera nel presente e tuttavia il paziente non ha alcuna coscienza di tali ricordi e del loro emergere, dobbiamo ammettere che esistono e agiscono *rappresentazioni inconsce*.

Nell'analisi dei fenomeni isterici, però, troviamo solo rappresentazioni inconsce *isolate*; dobbiamo invece riconoscere che realmente, come mostrano i meritevoli ricercatori francesi, grandi complessi di rappresentazioni e processi psichici ricchi di conseguenze in taluni malati restano del tutto inconsci, coesistendo con la vita psichica cosciente; che si verifica una scissione dell'attività psichica che è di fondamentale importanza per la comprensione delle isterie complicate.

Ci sia permesso di addentrarci un poco in questo campo difficile ed oscuro; la necessità di stabilire il significato delle espressioni adoperate potrà in qualche modo scusare la discussione teorica che segue.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

5. *Rappresentazioni inconsce e inammissibili alla coscienza. Scissione della psiche*

Noi chiamiamo coscienti quelle rappresentazioni delle quali sappiamo. Esiste nell'uomo il meraviglioso fatto dell'autocoscienza; noi possiamo considerare e osservare, come oggetti, rappresentazioni che nascono e si susseguono in noi. Ciò non avviene sempre, dato che rara è l'occasione per l'autoosservazione. Ma è una facoltà propria a tutti gli uomini, perché ognuno dice: "Ho pensato questo e quest'altro." Le rappresentazioni che osserviamo vive in noi o che osserveremmo se ci badassimo, le chiamiamo coscienti. In ogni istante sono solo molto poche; e se, oltre a queste, ne dovessero essere attuali anche altre, le dovremmo chiamare rappresentazioni *inconsce*.

Non sembra nemmeno piú necessario spendere parole per propugnare l'esistenza di rappresentazioni attuali ma inconsce o subconsce.[1] Sono fatti della vita piú quotidiana. Quando ho dimenticato di fare una visita medica, sento una viva inquietudine; so per esperienza che cosa tale sensazione significhi: una dimenticanza. Invano esamino i miei ricordi, non trovo la causa finché, spesso dopo ore, improvvisamente entra nella mia coscienza. Ma, per tutto quel tempo, sono inquieto. L'idea di quella visita dunque è sempre attiva, quindi anche sempre presente, ma non nella coscienza. Oppure: un uomo occupato ha avuto un dispiacere il mattino; il suo ufficio lo assorbe interamente; durante il lavoro, il suo pensiero cosciente è del tutto occupato ed egli non pensa alla sua contrarietà. Ma le sue decisioni ne vengono influenzate ed egli magari dice di no dove di solito direbbe di sí. Dunque, il ricordo è comunque attivo, e quindi presente. Una gran parte di quel che chiamiamo umore proviene da tale fonte, da rappresentazioni che esistono e agiscono sotto la soglia della coscienza. Anzi, tutta la condotta della nostra vita viene continuamente influenzata da rappresentazioni subconsce. Vediamo giornalmente come nel decadimento mentale, per esempio all'inizio di una paralisi, diventano piú deboli e scompaiono le inibizioni che altrimenti impediscono certe azioni. Ma il malato che adesso davanti alle donne dice oscenità, quand'era sano non ne era stato trattenuto da ricordi e riflessioni coscienti. Le evitava "istintivamente" ed "automaticamente", vale a dire lo trattenevano rappresentazioni provocate dall'impulso a quell'azione, che pur rimanendo sotto la soglia della coscienza inibivano tuttavia

[1] [Vedi nota a p. 210.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

l'impulso. – Ogni attività intuitiva è guidata da rappresentazioni che in gran parte sono subconsce. Infatti soltanto le rappresentazioni piú chiare, piú intense, vengono percepite dall'autocoscienza, mentre la grande massa delle rappresentazioni attuali, ma piú deboli, rimane inconscia.

Ciò che si obietta contro l'esistenza e l'attività delle "rappresentazioni inconsce" appare in gran parte come un cavillo verbale. Certamente "rappresentazione" è un vocabolo tolto dalla terminologia del pensiero cosciente e perciò "rappresentazione inconscia" è un'espressione contraddittoria. Ma il processo fisico che sta alla base della rappresentazione, come contenuto e come forma (anche se non come quantità) è lo stesso, sia che la rappresentazione varchi la soglia della coscienza sia che ne rimanga al di sotto. Basterebbe coniare un termine, come ad esempio "substrato rappresentativo", per evitare la contraddizione e sfuggire a quella critica.

Non pare quindi che esista alcun ostacolo di principio al riconoscimento delle rappresentazioni inconsce anche quali cause di fenomeni patologici. Ma, nell'addentrarsi piú a fondo nella materia, risultano altre difficoltà. Di solito, quando l'intensità delle rappresentazioni inconsce cresce, esse *ipso facto* penetrano nella coscienza. Rimangono inconsce soltanto quando la loro intensità è esigua. Sembra però difficile capire come mai una rappresentazione possa essere nello stesso tempo abbastanza intensa per provocare, ad esempio, una vivace azione motoria, eppure non esserlo abbastanza per diventare cosciente.

Ho già menzionato [p. 351 sg.] un modo di vedere che, forse, non si dovrebbe respingere senz'altro. La chiarezza delle nostre rappresentazioni e quindi la loro attitudine a venir osservate dall'autocoscienza, cioè ad essere coscienti, è determinata, tra l'altro, anche dalle sensazioni di piacere o di dispiacere che destano, dal loro valore affettivo.[1] Se una rappresentazione produce immediatamente una vivace conseguenza somatica, l'eccitamento defluisce nella via coinvolta, mentre altrimenti si diffonderebbe nel cervello; e, appunto per questo, *perché* ha conseguenze somatiche, perché ha avuto luogo una "conversione" del suo cumulo di stimolo psichico in stimolo somatico, essa perde la chiarezza che altrimenti l'avrebbe distinta nella corrente delle rappresentazioni: si perde tra le altre.

[1] [L'uso dell'espressione "valore affettivo" appare qui particolare: Breuer sembra intenderla come altri psicologi, ma a differenza di sopra (p. 359), in riferimento specifico a sensazioni di piacere e dispiacere, e non nel senso regolare non specifico.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Una persona ha avuto, per esempio, durante il pasto, una violenta emozione e non l'ha "abreagita". In seguito, nel tentativo di mangiare, si manifestano strozzamento e vomito, che appaiono al malato come sintomi puramente fisici. Sussiste, per un certo tempo, un vomito isterico il quale scompare dopo che nell'ipnosi l'affetto è stato rinnovato, narrato e si è avuta una reazione ad esso. Indubbiamente, col tentativo di mangiare, è stato ridestato ogni volta quel ricordo che ha provocato l'atto del vomito. Ma il ricordo non entra chiaramente nella coscienza perché ormai privo di affetto, mentre il vomito assorbe completamente l'attenzione.

È pensabile che per questa ragione *talune* rappresentazioni, le quali producono fenomeni isterici, non vengano riconosciute come causa di questi ultimi. Ma tale sfuggire di rappresentazioni, diventate prive di affetto perché convertite, non può certamente essere la causa del mancato ingresso nella coscienza, in altri casi, di complessi di rappresentazioni tutt'altro che prive di affetto. Nelle nostre storie cliniche se ne trovano molti esempi.

In tali malati è regola che il cambiamento di umore – l'ansietà, l'irritazione irosa, la tristezza – preceda il manifestarsi del sintomo somatico o lo segua subito dopo, per crescere fino a che non si giunga alla risoluzione mediante l'espressione verbale, oppure l'affetto e i fenomeni somatici non scompaiano di nuovo gradualmente. Quando avveniva la prima cosa, la qualità dell'affetto diventava sempre interamente comprensibile, sebbene la sua intensità dovesse sembrare del tutto sproporzionata alla persona sana, e dopo la risoluzione, anche al paziente stesso. Si tratta quindi di rappresentazioni abbastanza intense da causare non solo forti fenomeni somatici, ma da provocare anche l'affetto relativo, da influenzare l'associazione – facendole preferire pensieri affini – e che tuttavia restano esse stesse al di fuori della coscienza. Occorre l'ipnosi (come nei Casi 1 e 2), oppure (Casi 4 e 5) l'intenso concorso del medico nella faticosa ricerca per portarle alla coscienza.

Tali rappresentazioni che sono (attuali ma) inconsce, non per vivacità relativamente debole, ma nonostante la loro grande intensità, le potremmo chiamare rappresentazioni "inammissibili alla coscienza".[1]

[1] L'espressione [*Bewusstseinsunfähig*] non è univoca e lascia quindi molto a desiderare; ma, formata per analogia con "ammissibile a Corte" (*Hoffähig*), potrà essere provvisoriamente usata in mancanza di meglio. [L'espressione tedesca, che si è resa con "inammissibile alla coscienza" per mantenere l'analogia con "ammissibile a Corte", in realtà, letteral-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

L'esistenza di tali rappresentazioni inammissibili alla coscienza è patologica. Nella persona sana, tutte le rappresentazioni che di massima sono atte a diventare attuali entrano di fatto nella coscienza quando hanno sufficiente intensità. Nei nostri malati, troviamo affiancati il grande complesso delle rappresentazioni ammissibili alla coscienza e uno piú piccolo di rappresentazioni inammissibili. La regione dell'attività psichica rappresentatrice, dunque, non coincide in essi con la coscienza potenziale; ma questa è piú limitata di quella. L'attività psichica rappresentatrice si scinde qui in una parte cosciente e in una inconscia, le rappresentazioni in ammissibili alla coscienza e inammissibili. Non possiamo quindi parlare di una scissione della coscienza, bensí di una *scissione della psiche*.

Inversamente, queste rappresentazioni subconsce non si possono influenzare e nemmeno correggere con il pensiero cosciente. Spesso, si tratta di esperienze diventate nel frattempo prive di contenuto: timore di avvenimenti che non si sono verificati, terrore che si è risolto in risa o gioia per il salvataggio. Questi ulteriori svolgimenti tolgono al ricordo, per il pensiero cosciente, ogni affettività, ma la rappresentazione subconscia, che provoca fenomeni somatici, ne rimane perfettamente intatta.

Sia lecito addurne ancora un esempio. Una giovane donna era per qualche tempo vivacemente preoccupata per il destino di sua sorella minore. Sotto tale impressione, il periodo mestruale, di solito regolare, si protrasse per due settimane, si manifestò dolorosità dell'ipogastrio sinistro e due volte la paziente, svegliandosi da un "deliquio", si ritrovò rigida sul pavimento. Seguí poi un'ovarialgia del lato sinistro con fenomeni di peritonite grave. L'assenza di febbre, la contrattura della gamba sinistra (e della schiena) caratterizzavano la malattia come pseudo-peritonite; e quando la paziente, alcuni anni dopo, morí e venne sottoposta ad autopsia, si trovò soltanto una "degenerazione a cisti piccole" di ambedue le ovaie senza residui di una decorsa peritonite. I fenomeni gravi svanirono gradualmente lasciandosi dietro l'ovarialgia, la contrattura dei muscoli della schiena – cosí che il torso era rigido come una trave – e la contrattura della gamba sinistra. Quest'ultima venne eliminata nell'ipnosi mediante suggestione diretta. La contrattura della schiena non risultò influenzata. Nel frattempo, la faccenda della sorella si

mente, dovrebbe rendersi con "incapacità di coscienza", "incapacità a essere cosciente". L'espressione fu adottata da Freud e la si ritroverà molto spesso in opere successive.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

era completamente risolta e ogni timore era scomparso. I fenomeni isterici, però, che vi si dovevano far risalire, sussistevano invariati. Si era portati a credere che si trattasse di modificazioni dell'innervazione diventate indipendenti e non piú legate alla rappresentazione causale. Quando, però, nell'ipnosi la paziente fu obbligata a narrare tutta la storia fino a quando cadde ammalata di "peritonite" (cosa che fece assai malvolentieri), immediatamente dopo si mise a sedere liberamente nel letto e la contrattura della schiena scomparve per sempre (l'ovarialgia, la cui prima origine certamente era molto piú vecchia, non risultò influenzata). Dunque, per mesi, la rappresentazione angosciosa patogena aveva comunque continuato a esistere vivamente attiva; ed era stata assolutamente inaccessibile a ogni correzione da parte degli avvenimenti.

Ora, se dobbiamo riconoscere l'esistenza di complessi di rappresentazioni che non entrano mai nella coscienza e non vengono influenzati dal pensiero cosciente, abbiamo ammesso con ciò, anche per isterie tanto semplici come quella ora descritta, la scissione della psiche in due parti relativamente indipendenti. Non sostengo che tutto quel che si chiama isterico abbia per fondamento e condizione una siffatta scissione; ma che "quella scissione dell'attività psichica cosí sorprendente nei noti casi di *double conscience*, esiste in stato rudimentale in ogni grande isteria", e che "l'attitudine e la tendenza a tale dissociazione è il fenomeno basilare di questa nevrosi".[1]

Prima tuttavia di addentrarmi nella discussione di tali fenomeni, occorre aggiungere un'osservazione circa le rappresentazioni inconsce che causano fenomeni somatici. Come, nel caso sopra narrato, la contrattura, molti dei fenomeni isterici sono di lunga durata continuativa. Dobbiamo e possiamo supporre che per tutto quel tempo la rappresentazione causale esista sempre, viva e attuale? Credo di sí. È bensí vero che nella persona sana vediamo l'attività psichica compiersi con rapido alternarsi di rappresentazioni. Ma vediamo il malinconico grave che è assorto per lungo tempo in modo continuativo nella medesima rappresentazione penosa, la quale è sempre viva, attuale. Anzi, possiamo ben credere che anche nel sano che abbia una grave preoccupazione essa esista sempre, dato che domina l'espressione del volto anche quando la coscienza è piena di altri pensieri. Ma quella parte separata dell'attività psichica, nell'isterico, che riteniamo colma di rappresentazioni inconsce, è per lo piú occu-

[1] [La citazione riprende, ma non *verbatim*, una frase alle pp. 182 sg.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pata da un numero cosí scarso di esse, è cosí inaccessibile allo scambio con le impressioni esterne, da lasciarci credere che qui una rappresentazione singola possa avere vivezza permanente.

Se a noi sembra, come a Binet e a Janet, che la separazione di una parte dell'attività psichica stia al centro dell'isteria, abbiamo il dovere di cercare di chiarire il piú possibile questo fenomeno. È fin troppo facile cadere nell'abito mentale di supporre una sostanza dietro un sostantivo, di vedere poco per volta un oggetto dietro il concetto di "coscienza", e quando ci si è abituati a usare metaforicamente relazioni locali, come nel caso di "subconscio", con l'andar del tempo si sviluppa realmente una rappresentazione ove la metafora è dimenticata e che possiamo manipolare facilmente come fosse reale. Allora la mitologia è completa.

A tutto il nostro pensare s'impongono l'accompagnamento e l'ausilio delle rappresentazioni spaziali, e parliamo in metafore spaziali. Cosí, le immagini del tronco dell'albero che sta alla luce e ha le sue radici nell'oscurità, o dell'edificio e del suo sotterraneo buio, si presentano in modo quasi obbligato quando parliamo delle rappresentazioni che si riscontrano nella regione della coscienza lucida e di quelle inconsce che non entrano mai nella chiarezza dell'autocoscienza. Tuttavia, se teniamo sempre presente che tutto quanto attiene al luogo qui è metafora, e non ci lasciamo alle volte tentare di localizzarlo nel cervello, ci sarà lecito comunque parlare di una coscienza e di un subconscio. Ma soltanto con questa riserva.

Saremo sicuri dal pericolo di lasciarci ingannare dalle nostre proprie figure retoriche, se ricorderemo costantemente che è pur sempre lo stesso cervello e, con la massima probabilità, la stessa corteccia cerebrale la regione in cui si formano tanto le rappresentazioni coscienti quanto quelle inconsce.[1] Come ciò sia possibile, non lo si può dire. Sappiamo comunque tanto poco dell'attività psichica della corteccia cerebrale, che una complicazione enigmatica in piú aumenta di ben poco la nostra già infinita ignoranza. Dobbiamo riconoscere il fatto che nelle persone isteriche una parte dell'attività psichica è inaccessibile alla percezione da parte dell'autocoscienza della persona sveglia, e cosí la psiche è scissa.

Un caso generalmente noto di tale scissione dell'attività psichica è

[1] [Vedi sopra le osservazioni nello scritto di Freud, *Prefazione alla traduzione di "Della suggestione" di Hippolyte Bernheim* (1888) p. 78 e nota.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

l'attacco isterico in talune sue forme e in taluni suoi stadi. Al suo inizio il pensiero cosciente è sovente spento; ma poi gradualmente si desta. Molti malati intelligenti ammettono che il loro Io cosciente, durante l'attacco, era stato del tutto lucido e aveva osservato con curiosità e stupore tutte quelle cose folli fatte e dette da loro stessi. Questi pazienti, poi, ritengono (erroneamente) che, con buona volontà, avrebbero potuto inibire l'attacco, e sono inclini ad attribuirsene la colpa. "Non avrebbero dovuto farlo" (anche le autoaccuse di simulazione sono basate in gran parte su questa sensazione).[1] Nell'attacco successivo, poi, l'Io cosciente non riuscirà a dominare i fatti, esattamente come nell'attacco precedente. – Ecco dunque il pensare e il rappresentare dell'Io sveglio cosciente a fianco di quelle rappresentazioni, normalmente nel buio dell'inconscio, che hanno ora ottenuto il dominio sulla muscolatura e il linguaggio, anzi anche il dominio su una parte dell'attività rappresentatrice stessa; e la scissione della psiche è manifesta.

I reperti di Binet e di Janet meritano di essere descritti come casi di scissione non solo dell'attività psichica, ma della coscienza. Com'è noto, questi osservatori sono riusciti a stabilire rapporti con il "subconscio" dei loro malati, con quella parte dell'attività psichica della quale l'Io desto cosciente non sa nulla; ed essi hanno ivi dimostrato in taluni dei loro casi l'esistenza di tutte le funzioni psichiche, inclusa l'autocoscienza, ritrovandovi il ricordo di eventi psichici anteriori. Questa mezza psiche è quindi a sua volta completa e in sé cosciente. Nei nostri casi, la parte scissa della psiche è "ricacciata nelle tenebre",[2] cosí come i Titani sono esiliati nell'abisso dell'Etna, e possono scuotere la terra, ma non appaiono mai alla luce. Nei casi di Janet, si è avuta una totale divisione del regno. Ancora, però, con una differenza di rango. Ma anche questa scompare quando le due metà della coscienza si alternano come nei casi noti di *double conscience*, e quando non si distinguono per capacità di prestazione.

Ma ritorniamo a quelle rappresentazioni che abbiamo dimostrato nei nostri pazienti come cause dei loro fenomeni isterici. Siamo ancora lontani dal poterle chiamare tutte semplicemente "inconsce" e "inammissibili alla coscienza". Dalla rappresentazione perfettamente cosciente, che provoca un riflesso inusitato, fino a quella che

[1] [Vedi a p. 211 gli esempi nel caso di Anna O.]

[2] [Parole di Mefistofele, riferite a sé stesso, nel *Faust*, parte prima, seconda scena dello Studio.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

entra nella coscienza non mai nella veglia ma solo nell'ipnosi, c'è una scala quasi ininterrotta che passa per tutti i gradi di tenebrosità e difetto di chiarezza. Riteniamo tuttavia provato che nei gradi piú alti di isteria la scissione dell'attività psichica sussista, ed essa sola sembra rendere possibile una teoria psicologica della malattia.

Che cosa si può ora dire o supporre con verosimiglianza circa la causa e la genesi di questo fenomeno?

Janet, al quale la dottrina dell'isteria tanto deve e con il quale concordiamo in quasi tutti i punti, ha sviluppato a questo proposito un'ipotesi che non possiamo fare nostra.[1]

Janet ritiene che la "scissione della personalità" sia basata su una originaria debolezza mentale (*insuffisance psychologique*). Ogni attività mentale normale presupporrebbe una certa capacità di "sintesi", la possibilità di collegare piú rappresentazioni formandone un complesso. La fusione delle diverse percezioni sensorie in un'immagine dell'ambiente sarebbe già un'attività sintetica siffatta. Negli isterici, questa prestazione della psiche si troverebbe essere molto al di sotto della norma. È vero che una persona normale, quando la sua attenzione è orientata al massimo su un punto, per esempio sulla percezione per mezzo di un senso, perde transitoriamente la capacità di appercepire impressioni degli altri sensi, vale a dire di accoglierle nel pensiero cosciente, ma negli isterici ciò accadrebbe senza una qualche particolare concentrazione dell'attenzione. Se percepiscono qualche cosa, sono inaccessibili per le altre percezioni sensorie. Anzi, non sarebbero neanche in grado di afferrare raccolte nemmeno le impressioni di un *solo* senso. Possono, ad esempio, appercepire solo le percezioni tattili di una metà del corpo; quelle dell'altro lato raggiungono il centro e sono utilizzate per la coordinazione dei movimenti, ma non sono appercepite. Un essere cosiffatto è emianestetico. Nella persona normale, una rappresentazione ne richiama alla coscienza associativamente una quantità di altre che, rispetto alla prima, assumono un rapporto, per esempio di sostegno o d'inibizione, e solo le rappresentazioni piú vivaci sono talmente sovraintense che le loro associazioni restano sotto la soglia della coscienza. Negli isterici, questo accadrebbe sempre. Ogni rappresentazione oc-

[1] [L'opinione di Janet, qui riferita, figura in particolare nel capitolo conclusivo del suo *État mental des hystériques* (Parigi 1894), che è la ristampa di un saggio comparso negli "Archives de Neurologie" (giugno e luglio 1893), largamente in connessione con la "Comunicazione preliminare". Vedi anche sopra p. 261.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cuperebbe tutta l'esigua attività mentale; ciò determinerebbe l'eccessiva affettività dei malati. Janet designa questa proprietà della loro psiche con il termine di "restrizione del campo della coscienza" degli isterici, in analogia alla "restrizione del campo visivo". Le impressioni sensorie non appercepite e le rappresentazioni destate ma non entrate nella coscienza si spengono per lo piú senza ulteriori conseguenze, talora però si aggregano formando complessi – strati psichici sottratti alla coscienza;[1] – esse formano il subconscio. L'isteria, essenzialmente basata su tale scissione della psiche, sarebbe una *maladie par faiblesse* [malattia da debolezza], e per questo si svilupperebbe di preferenza quando sulla psiche, originariamente debole, agiscono ulteriori influssi indebolenti, o quando le si pongono elevate esigenze, rispetto alle quali la forza mentale appare ancora piú scarsa.

Questa esposizione delle vedute di Janet ha già risposto anche all'importante quesito circa la disposizione all'isteria, cioè circa il *typus hystericus* (in un'accezione di questo termine simile a quella adottata nel parlare di *typus phtisicus*, dove s'intende il torace lungo e stretto, il cuore piccolo, ecc.). Janet ritiene una determinata forma di debolezza mentale innata come disposizione all'isteria. Di contro a ciò vorremmo formulare la nostra ipotesi brevemente nel modo seguente: La scissione della coscienza non si verifica perché i malati siano frenastenici; al contrario, i malati sembrano frenastenici perché la loro attività psichica è divisa e solo una parte della sua capacità di prestazione è disponibile per il pensiero cosciente. Non possiamo considerare la debolezza mentale come *typus hystericus*, cioè come l'essenza della disposizione all'isteria.

Quel che s'intende dire con la prima proposizione potrà essere chiarito con un esempio. Molte volte potemmo osservare in una delle nostre pazienti (la signora Cäcilie M.) il seguente processo. In un benessere relativo, si verificava un sintomo isterico: un'allucinazione tormentosa, ossessionante, una nevralgia o cosa simile, la cui intensità andava aumentando per qualche tempo. Contemporaneamente, la sua capacità mentale diminuiva continuamente e, dopo alcuni giorni, ogni osservatore non iniziato avrebbe dovuto chiamarla deficiente. In seguito essa veniva liberata dalla rappresentazione inconscia (il ricordo di un trauma psichico spesso molto remoto) o dal

[1] [Per l'uso del termine "complesso", vedi sopra *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"* (1892) p. 141 e n. 2.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

medico nell'ipnosi, o per il fatto di narrare la cosa tutt'a un tratto in uno stato di agitazione accompagnato da viva emozione. Diventava, poi, non solo tranquilla e serena, libera dal sintomo tormentoso, ma ogni volta si era di nuovo sorpresi dal ricco e chiaro intelletto, dall'acume della sua ragione e del suo giudizio. Con predilezione giocava (in modo eccellente) agli scacchi, e volentieri due partite contemporaneamente, il che ben difficilmente potrebbe dirsi indizio di sintesi mentale difettosa. Non si poteva sfuggire all'impressione che in un decorso quale l'abbiamo descritto la rappresentazione inconscia andasse usurpando una porzione sempre crescente dell'attività psichica, che quanto piú ciò avveniva, tanto minore diventasse l'aliquota del pensiero cosciente, fino al decadere di questo alla completa imbecillità; che però quando, per dirla con un'espressione viennese particolarmente appropriata, era *beisammen* [lí con la testa, letteralmente: insieme], fosse in possesso di una capacità mentale rilevante.

Vorremmo prendere come paragone, fra gli stati dell'individuo normale, non la concentrazione dell'attenzione, ma la *preoccupazione*. Se una persona è "preoccupata" da una rappresentazione vivace, per esempio da un problema, la sua capacità mentale si riduce in modo analogo.

Ogni osservatore soggiace in prevalenza all'influsso dei propri soggetti di osservazione, e siamo propensi a credere che la concezione di Janet si sia formata essenzialmente nello studio attento di quegli isterici deficienti che si trovavano in ospedali o in case di cura perché, a motivo della loro malattia e della frenastenia che ne conseguiva, non sapevano reggersi nella vita. La nostra osservazione di pazienti isterici colti c'impone invece un'opinione sostanzialmente differente della loro psiche. Crediamo che "fra gli isterici si possono trovare persone di mente lucidissima, di forte volontà, di molto carattere e di grandissima capacità critica" [vedi p. 184]. Nessuna misura di genuino, valente talento è esclusa dall'isteria, sebbene spesso la malattia renda impossibile la prestazione reale. Infatti, anche la patrona dell'isteria, santa Teresa, era una donna geniale dotata di grandi capacità pratiche.

D'altra parte, però, nessuna misura di sciocchezza, inettitudine e debolezza di volontà protegge dall'isteria. Anche se si prescinde da tutto ciò che è soltanto *conseguenza* della malattia, si deve riconoscere come frequente il tipo dell'isterico deficiente. Solo che, anche qui, non si tratta di stupidità torpida, flemmatica, piuttosto di un

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

grado eccessivo di mobilità mentale, il quale rende inetti. Discuterò piú avanti la questione della disposizione originaria. Qui si vuole stabilire che è inaccettabile l'opinione di Janet, secondo cui la debolezza mentale sta generalmente alla base dell'isteria e della scissione psichica.[1]

In pieno contrasto con l'opinione di Janet, ritengo che, in moltissimi casi, alla base della disaggregazione stia una sovraprestazione psichica, la coesistenza abituale di due serie eterogenee di rappresentazioni. È stato sovente messo in evidenza come spesso siamo attivi, non solo "meccanicamente", mentre nel nostro pensiero cosciente decorrono serie di rappresentazioni che nulla hanno in comune con la nostra attività, siamo anzi indubbiamente capaci anche di prestazioni psichiche mentre i nostri pensieri sono "occupati altrove"; come per esempio quando leggiamo ad alta voce correttamente e con giusta intonazione pur non sapendo, dopo, assolutamente che cosa abbiamo letto.

Esiste certamente un gran numero di attività, a cominciare da quelle meccaniche, come il far la calza, il fare esercizi di scale musicali, fino a quelle implicanti una qualche prestazione psichica, che vengono svolte da molte persone con la mente presente solo a metà. Specialmente da coloro che, essendo assai vivaci, si sentono torturati dalle occupazioni monotone, semplici, non stimolanti, e all'inizio si procurano, addirittura intenzionalmente, il divertimento di pensare ad altro ("teatro privato" di Anna O., p. 190). Un caso diverso, ma simile, lo si ha quando una serie di rappresentazioni interessanti, per esempio derivanti dalla lettura, dal teatro o simili, s'impone e s'insinua. Tale invasione è ancora piú energica quando la serie di rappresentazioni estranee ha una forte tonalità affettiva, come problemi gravi o nostalgia innamorata. Allora, si dà lo stato, sopra descritto, della preoccupazione che, tuttavia, non impedisce a molti di compiere comunque prestazioni relativamente complicate. Le condizioni sociali costringono spesso a siffatti sdoppiamenti anche di pensieri intensivi, come per esempio quando una donna tormentata da preoccupazioni o passionalmente agitata adempie ai suoi doveri sociali e alle sue funzioni di amabile padrona di casa. Prestazioni secondarie di questo genere noi tutti riusciamo a compierle nella nostra professione; ma l'autoosservazione sembra mostrare a ognuno che il gruppo di rappresentazioni affettive non viene destato di

[1] [Vedi in proposito le osservazioni di Freud alle pp. 260 sgg.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tanto in tanto associativamente, ma è sempre effettivamente presente nella psiche, entrando nella coscienza a meno che questa non sia sequestrata da una viva impressione esterna o da un atto di volontà.

Anche nelle persone che non consentono abitualmente ai sogni ad occhi aperti di trascorrere accanto all'attività normale, talune situazioni determinano, per lunghi periodi, una siffatta coesistenza delle mutevoli impressioni e reazioni della vita esterna, con un gruppo di rappresentazioni accentuate affettivamente. *Post equitem sedet atra cura.*[1] Sono situazioni siffatte, anzitutto, l'assistenza a cari malati e l'inclinazione amorosa. Come l'esperienza insegna, l'assistenza ai malati e le emozioni sessuali svolgono infatti la parte principale nella maggior parte delle storie cliniche di isterici che si siano potute analizzare piú accuratamente.

Presumo che lo sdoppiamento della capacità psichica, abituale o determinato da situazioni affettive della vita, *disponga* essenzialmente alla scissione veramente patologica della psiche. Quello sdoppiamento diventa scissione della psiche quando le due serie coesistenti di rappresentazioni non hanno piú un contenuto dello stesso tipo, quando cioè una di esse contiene rappresentazioni non ammissibili alla coscienza: rappresentazioni respinte per difesa o altre provenienti da stati ipnoidi. Allora, la confluenza delle due correnti temporaneamente separate, la quale continuamente si ripete nella persona sana, diventa impossibile e si stabilisce in permanenza una regione separata di attività psichica inconscia. Tale scissione isterica della psiche sta al "doppio Io" del sano come lo stato ipnoide sta al normale sognare ad occhi aperti. In quest'ultima contrapposizione, la qualità patologica è determinata dall'amnesia, e nell'altra dell'inammissibilità delle rappresentazioni alla coscienza.

Il nostro primo caso clinico (Anna O.), sul quale devo sempre ritornare, offre una chiara intelligenza del processo. La fanciulla era abituata, in piena salute, a lasciar fluttuare, durante le sue occupazioni, serie di rappresentazioni fantastiche. In una situazione favorevole all'autoipnosi, l'affetto d'angoscia entrò nella fantasticheria creando uno stato ipnoide per il quale esisteva amnesia. Ciò si ripeté in svariate occasioni, il suo contenuto di rappresentazioni si andò gradualmente arricchendo; continuò tuttavia ad alternarsi con lo stato di pensiero vigile perfettamente normale. Dopo quattro

[1] ["Dietro il cavaliere siede il cupo affanno", Orazio, *Odi*, 3.1.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

mesi, lo stato ipnoide s'impossessò dell'ammalata completamente; per confluenza dei singoli attacchi, si costituí un *état de mal*, un'isteria acuta gravissima. Dopo aver durato piú mesi in forme diverse (periodo di sonnambulismo), venne interrotto violentemente [pp. 194 sg.] e si alternò poi di nuovo al comportamento psichico normale. Ma anche in questo persistettero fenomeni somatici e psichici dei quali sappiamo, in questo caso, che si basavano su rappresentazioni proprie allo stato ipnoide (contrattura, emianestesia, modificazione del linguaggio). Questo dimostra che, anche durante il suo comportamento normale, il complesso di rappresentazioni dello stato ipnoide, il "subconscio", era attuale e che la scissione della psiche continuava a sussistere.

Non posso presentare un secondo esempio di siffatta evoluzione. Ritengo tuttavia che il caso dato getti qualche luce sulla genesi della nevrosi *traumatica*. In questa, nei primi giorni dopo l'incidente, al ricordo di esso, si ripete lo stato ipnoide dello spavento; mentre ciò avviene con crescente frequenza, la sua intensità però diminuisce tanto da non *alternarsi* piú con il pensiero sveglio ma da sussistere solo accanto ad esso. Ora diventa continuo e i sintomi somatici, che prima esistevano soltanto nell'accesso di spavento, acquistano un'esistenza permanente. Posso solo supporre, tuttavia, che le cose si svolgano cosí, perché non ho analizzato alcun caso siffatto.

Le osservazioni e analisi di Freud dimostrano che la scissione della psiche può essere determinata anche dalla "difesa", dal distogliersi volontario della coscienza dalle rappresentazioni penose: soltanto però in talune persone, alle quali perciò dobbiamo ascrivere una peculiarità psichica. Nelle persone normali, la soppressione di tali rappresentazioni riesce, e allora queste ultime scompaiono del tutto, o non riesce, e allora continuano a riemergere nella coscienza. Non saprei dire in che cosa consista questa peculiarità. Oso solo supporre che occorra l'aiuto dello stato ipnoide quando, con la difesa, si vogliano non solo rendere inconsce talune rappresentazioni convertite, ma si voglia effettuare una vera scissione della psiche. L'autoipnosi creerebbe per cosí dire lo spazio, la regione dell'attività psichica inconscia, entro cui le rappresentazioni respinte vengono condotte. Comunque sia, dobbiamo riconoscere il fatto dell'importanza patogena della "difesa".

Non credo tuttavia che, con i processi discussi, comprensibili alla meglio, la genesi della scissione psichica sia esaurita, anche solo ap-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

prossimativamente. Cosí, allo stadio iniziale, le isterie di grado superiore permettono di osservare per qualche tempo una sindrome che si può ben designare come isteria acuta (nell'anamnesi degli isterici si riscontra tale forma di malattia solitamente sotto il nome di encefalite; nelle isteriche l'ovarialgia porta alla diagnosi di peritonite). In questo stadio acuto dell'isteria sono molto chiari tratti psicotici: stati di eccitazione maniaca e rabbiosa, rapido alternarsi di fenomeni isterici, allucinazioni e altro ancora. In tali stati, la scissione della psiche forse può avvenire in maniera diversa da quella che sopra cercammo di esporre. Forse tutto questo stadio va considerato come un lungo stato ipnoide i cui residui forniscono il nucleo del complesso di rappresentazioni inconsce, mentre il pensiero vigile è amnesico al riguardo. Dato che le condizioni di formazione di una siffatta isteria acuta per lo piú non sono note (non oso ritenere di validità generale il corso dei fatti quale si è verificato in Anna O.), sarebbe, questa, una specie ulteriore di scissione psichica che, in contrasto con quella sopra discussa, sarebbe da chiamare irrazionale.[1] E cosí certamente esisteranno ancora altre specie di questo processo, che ancora si sottraggono alla recente scoperta psicologica. È certo infatti che abbiamo compiuto appena i primi passi in questo campo ed esperienze ulteriori trasformeranno sostanzialmente le vedute odierne.

Chiediamoci ora quale sia il contributo all'intelligenza dell'isteria arrecato dalla conoscenza della scissione psichica acquisita negli anni recenti. Pare essere grande e importante.

Questa conoscenza permette di far risalire sintomi in apparenza puramente somatici a rappresentazioni, che, tuttavia, non si possono trovare nella coscienza del malato (è superfluo discuterne qui ulteriormente). Essa ha poi insegnato a comprendere almeno parzialmente l'attacco quale effetto del complesso di rappresentazioni inconsce (Charcot). Essa, però, spiega anche talune delle peculiarità psichiche dell'isteria e questo punto forse merita una discussione piú approfondita.

Le "rappresentazioni inconsce" invero non entrano mai o perlomeno solo di rado e con difficoltà nel pensiero vigile, ma lo influen-

[1] Devo tuttavia notare che, proprio nel caso meglio noto e piú trasparente di grande isteria con manifesta *double conscience*, appunto in Anna O., nessun residuo dello stato acuto passò allo stato cronico, mentre tutti i fenomeni di quest'ultimo erano già stati generati durante il "periodo d'incubazione" in stati affettivi e ipnoidi.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

zano. In primo luogo per mezzo delle loro conseguenze, quando per esempio il malato è tormentato da un'allucinazione insensata del tutto incomprensibile, ma la cui importanza e motivazione diventano chiare nell'ipnosi. Poi, influenzano l'associazione, facendo diventare talune rappresentazioni piú vivaci di quanto sarebbero senza questo rafforzamento proveniente dall'inconscio. Cosí allora s'impongono ai malati, con una certa coazione, sempre determinati gruppi di rappresentazioni, alle quali devono pensare. (Simile è il caso degli emianestetici di Janet, che non sentono i ripetuti toccamenti alla loro mano, priva di sensibilità, ma che, invitati a dire un numero qualsiasi, scelgono sempre quello che corrisponde al numero dei contatti.) Inoltre, dominano le condizioni di spirito, lo stato d'animo. Quando Anna O. nello svolgere i propri ricordi si avvicinava a un fatto che in origine era stato legato a un affetto vivace, lo stato d'animo corrispondente si manifestava già giorni prima e prima persino che il ricordo apparisse chiaro alla coscienza ipnotica.

Ciò ci rende comprensibili le "lune" dei malati, i malumori inspiegabili, infondati, privi di motivo per il pensiero vigile. L'impressionabilità degli isterici è bensí determinata in gran parte semplicemente dalla loro originaria eccitabilità; ma i vivaci affetti in cui cadono per cause relativamente futili, diventano piú comprensibili se riflettiamo che la "psiche scissa" agisce come un risuonatore al suono di un diapason. Ogni evento che suscita ricordi inconsci, libera tutta la forza affettiva di tali rappresentazioni non usurate, e l'affetto richiamato appare allora sproporzionato rispetto a quello che sarebbe nato solamente nella psiche cosciente.

È stato riferito sopra (pp. 375 sg.) di una paziente la cui attività psichica stava sempre in proporzione inversa alla vivacità delle sue rappresentazioni inconsce. La diminuzione del suo pensiero cosciente era dovuta in parte, ma solo in parte, a un tipo particolare di distrazione; dopo ogni momentanea assenza, come se ne verificavano continuamente, non sapeva a che cosa aveva pensato in quel frattempo. Essa oscillava fra la *condition prime* e la *seconde*, fra il complesso cosciente e il complesso inconscio di rappresentazioni. Ma non solo per questo era diminuita l'attività psichica, e anche non solo ad opera dell'affetto che, dall'inconscio, la dominava. Il suo pensiero vigile, in tale stato, era privo di energia, il suo giudizio era puerile ed essa sembrava, come ho detto, addirittura imbecille. Penso che ciò sia dovuto al fatto che il pensiero vigile dispone di

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

un'energia ridotta quando una grande quantità dell'eccitamento psichico è sequestrata dall'inconscio.

Ora, quando questo avviene non solo temporaneamente, quando la psiche scissa è *permanentemente* in eccitamento, come negli emianestetici di Janet – nei quali addirittura tutte le sensazioni di una metà del corpo erano percepite soltanto dalla psiche inconscia, – allora al pensiero vigile rimane tanto poco della prestazione cerebrale, da spiegare cosí appieno la debolezza psichica che Janet descrive e considera originaria. Certamente di ben poche persone si potrebbe dire, come del Bertrand de Born di Uhland, che non occorre loro mai piú di metà del loro spirito.[1] I piú, in caso di siffatta riduzione della propria energia psichica, risultano appunto frenastenici.

Su questa debolezza mentale, determinata dalla scissione psichica, pare sia basata anche una proprietà gravida di conseguenze di *taluni* isterici, la loro suggestionabilità. (Dico, "taluni", poiché è certo che fra i pazienti di questo tipo si riscontrano anche persone di sicurissimo giudizio e di grande spirito critico.)

Intendiamo per suggestionabilità, per ora, soltanto l'assenza di critica di fronte a rappresentazioni e complessi di rappresentazioni (giudizi), che emergono nella coscienza del soggetto o vengono introdotti in essa dall'esterno ascoltando discorsi altrui o per il tramite della lettura. Ogni critica di tali rappresentazioni che entrano fresche nella coscienza, è basata sul fatto che esse, per associazione, ne destano altre e fra queste anche rappresentazioni inconciliabili con quelle. La resistenza contro di esse dipende dunque dalla presenza di queste rappresentazioni di opposizione nella coscienza potenziale, e la forza della resistenza corrisponde al rapporto fra la vivacità delle rappresentazioni fresche e quella delle rappresentazioni destate dal ricordo. Tale rapporto è molto vario anche negli intelletti normali. Ne dipende, in gran parte, quel che chiamiamo temperamento intellettuale. Il temperamento "sanguigno", sempre incantato di persone e di cose nuove, è certamente tale perché l'intensità delle sue immagini mnestiche, in confronto a quella delle impressioni nuove, è piú piccola di quanto sia nella persona tranquilla, "flemmatica". Negli stati patologici, la preponderanza delle rappresentazioni fresche e la passività contro di esse crescono in ragione inversa al numero delle immagini mnestiche destate, cioè quanto piú è debole

[1] [Nella ballata di Uhland sul famoso trovatore.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

e povera l'associazione. Cosí già avviene nel sonno e nel sogno, nell'ipnosi, in ogni decrescere dell'energia mentale, fintantoché ciò non danneggi anche la vivacità delle rappresentazioni fresche.

La psiche scissa, inconscia, dell'isteria è eminentemente suggestionabile, per via della povertà e incompiutezza del suo contenuto rappresentativo. Ma anche la suggestionabilità della psiche cosciente di taluni isterici sembra basarvisi. Sono eccitabili per disposizione originaria; le loro rappresentazioni fresche hanno grande vivacità. Per contro, l'attività intellettuale vera e propria, l'associazione, è ridotta, perché il pensiero vigile, data la separazione di un "inconscio", dispone solo di una parte dell'energia psichica. Con ciò, la loro capacità di resistenza contro autosuggestioni, come pure contro suggestioni esterne, è ridotta e talvolta annientata. Anche la suggestionabilità della loro *volontà* verosimilmente deriva solo da questa causa. Per contro, la suggestionabilità *allucinatoria*, che trasforma subito ogni rappresentazione di una percezione sensoria nella percezione stessa, richiede, al pari di ogni allucinazione, un grado anormale di eccitabilità dell'organo della percezione e non si può far derivare soltanto dalla scissione psichica.

6. *Disposizione originaria. Sviluppo dell'isteria*

Quasi ad ogni passo di questa esposizione ho dovuto riconoscere che la maggior parte dei fenomeni che ci sforziamo di comprendere possono essere basati anche su una peculiarità innata. Questa si sottrae a qualsiasi spiegazione che volesse andare oltre la costatazione dei fatti. Ma anche l'*attitudine ad acquisire l'isteria* è certamente legata a una peculiarità della persona e forse non sarebbe del tutto privo di valore il tentativo di definirla con maggior cura.

Ho spiegato sopra perché sia inaccettabile la concezione di Janet, e cioè che la disposizione all'isteria si fondi su una debolezza psichica innata. Il medico pratico che, come medico di famiglia, osserva i membri di età diversa di famiglie isteriche, certamente sarà piuttosto incline a cercare tale disposizione in un'esuberanza anziché in una deficienza. Gli adolescenti che in seguito diventano isterici, prima di ammalarsi sono per lo piú vivaci, dotati, pieni di interessi intellettuali; la loro energia di volontà è spesso notevole. Fra di essi si annoverano quelle fanciulle che si alzano di notte per studiare clandestinamente qualche cosa che i genitori hanno proibito per timore di sovraffaticamento. La capacità di un giudizio

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

sensato certamente non è loro data con abbondanza maggiore che ad altri uomini; ma di rado si trova fra di essi la semplice e ottusa inerzia mentale e la stupidità. La straripante produttività della loro psiche indusse un mio amico ad asserire che gli isterici sarebbero il fiore dell'umanità, sterile sí ma anche bello come i fiori doppi.

La loro vivacità e irrequietudine, il loro bisogno di sensazioni e di attività intellettuale, la loro incapacità di sopportare la monotonia e la noia, si possono formulare cosí: essi appartengono a quella categoria di persone il cui sistema nervoso in quiete libera un eccesso di eccitamento che chiede impiego (vedi pp. 343 sg.). Durante lo sviluppo della pubertà e in conseguenza di essa, si aggiunge inoltre quella potente esaltazione dell'eccitamento che emana dalla sessualità in risveglio, dalle ghiandole sessuali. Da allora è disponibile una quantità sovrabbondante di eccitamento nervoso, libero per fenomeni patologici.

Ma perché questi si manifestino in forma di sintomi isterici, occorre evidentemente anche un'altra peculiarità, specifica, dell'individuo. Infatti, la grande maggioranza delle persone vivaci, eccitate, non diventa affatto isterica. Questa peculiarità la potei indicare sopra [p. 338] solo con le parole vaghe e povere di contenuto: "anormale eccitabilità del sistema nervoso". Forse però si può andare piú oltre dicendo che tale anormalità sta appunto nel fatto che in quelle persone l'eccitamento dell'organo centrale può affluire negli apparati nervosi della percezione che, di regola, sono accessibili soltanto agli stimoli periferici, e in quelli degli organi vegetativi, che sono isolati dal sistema nervoso centrale da forti resistenze. Questa rappresentazione dell'eccesso di eccitamento sempre crescente, cui sono accessibili gli apparati sensori, vasomotori e viscerali, può forse già coprire alcuni fenomeni patologici.

Nelle persone di tale fatta, non appena l'attenzione viene a forza concentrata su una parte del corpo, la "facilitazione per attenzione" (Exner)[1] della vita sensoria interessata supera la misura normale; l'eccitamento libero, fluttuante, si traspone, per cosí dire, su quella via e nasce la iperalgesia locale, la quale fa sí che tutti i dolori, comunque determinati, acquistino intensità massima, che tutte le sofferenze siano "terribili" e "insopportabili". Ma la quantità di eccitamento che abbia investito una volta una via sensoria, non l'abbandona di nuovo, come sempre avviene nella persona normale;

[1] [EXNER, op. cit., p. 165.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

non solo persiste, ma si accresce per l'afflusso di sempre nuovi eccitamenti. Cosí, da un lieve trauma nelle articolazioni si sviluppa una nevrosi articolare, e le sensazioni dolorose della gonfiezza ovarica diventano un'ovarialgia cronica; gli apparati nervosi della circolazione sono accessibili all'influsso cerebrale in misura maggiore che nella persona normale, cosí che vi è palpitazione nervosa, tendenza alla sincope, eccesso nell'arrossire e nell'impallidire, eccetera.

Ma gli apparati nervosi periferici sono piú facilmente eccitabili non solo di fronte agli influssi *centrali*: reagiscono in maniera eccessiva e perversa anche a stimoli adeguati, funzionali. La palpitazione segue tanto lo sforzo moderato quanto l'eccitazione dell'animo, e i vasomotori provocano la contrazione delle arterie ("dito indolenzito") senza alcun influsso psichico. E proprio come a un trauma lieve fa seguito la nevrosi articolare, cosí una breve bronchite lascia come residuo un'asma nervosa, e un'indigestione frequenti cardialgie. Cosí, dobbiamo riconoscere che l'accessibilità a somme di eccitamento di origine centrale è solo un caso speciale della generale eccitabilità anormale,[1] pur essendo quella piú importante per il nostro tema.

Ecco perché credo che la vecchia "teoria dei riflessi" di questi sintomi, che forse si chiamerebbero meglio semplicemente "nervosi" ma che fanno parte del quadro clinico empirico dell'isteria, non sia da rigettare del tutto. Il vomito, che di fatto accompagna la dilatazione dell'utero gravido, può venir provocato benissimo, in caso di eccitabilità anormale, per via riflessa, da stimoli uterini insignificanti; e forse persino dall'alternante gonfiarsi delle ovaie. Conosciamo tante azioni a distanza di modificazioni organiche, tanti "punti coniugati" stranamente, da non poter escludere che una quantità di sintomi nervosi, che talvolta sono determinati psichicamente, possano essere in altri casi azioni riflesse a distanza. Anzi, oso formulare l'eresia estremamente poco moderna che la debolezza di movimento di una gamba possa anche essere determinata non psichicamente, ma per riflesso diretto da una malattia ai genitali. Credo che faremo bene a non attribuire alle nostre nuove conoscenze validità troppo esclusiva e a non volerle applicare a tutti i casi.

Altre forme di eccitabilità sensoria anormale si sottraggono ancora interamente alla nostra intelligenza, quali l'analgesia generale, le

[1] La "labilità delle molecole" di Oppenheim [vedi p. 338 n.].

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

placche anestetiche, il restringimento reale del campo visivo, e altre ancora. È possibile, e forse verosimile, che ulteriori osservazioni dimostrino l'origine psichica dell'una o dell'altra di queste stigmate spiegando cosí il sintomo; sinora ciò non è avvenuto (non oso generalizzare i riferimenti forniti dal nostro primo caso clinico) e non ritengo giustificato presumerlo, prima che una siffatta derivazione non sia riuscita.

Per contro, la peculiarità del sistema nervoso e della psiche che abbiamo indicato, sembra spiegare alcune proprietà di molti isterici universalmente note. L'eccesso di eccitamento che il loro sistema nervoso libera quand'è in quiete, determina la loro incapacità a sopportare la vita monotona e la noia nonché il loro bisogno di sensazione, che li spinge a interrompere l'uniformità della loro esistenza malata con ogni genere di "incidenti" (e come tali naturalmente si offrono, anzitutto, fenomeni patologici). In ciò, l'autosuggestione spesso li soccorre. Sono condotti a spingersi sempre piú lontano su questa via dal loro bisogno di malattia, da quel tratto curioso, cioè, che per l'isteria è altrettanto patognomonico quanto lo è il timore della malattia per l'ipocondria [vedi p. 397]. Conosco un'isterica che procedeva ad autolesioni, spesso abbastanza severe, esclusivamente per proprio uso, senza che coloro che la circondavano e il medico ne venissero a conoscenza. In mancanza di meglio, eseguiva, sola nella stanza, ogni sorta di eccessi, soltanto per dimostrare a sé stessa di non essere normale. Essa ha, appunto, un chiaro senso della propria morbosità, adempie insufficientemente ai propri doveri e si crea con quegli atti la giustificazione davanti a sé stessa. Un'altra malata, una donna che soffre gravemente e che è di una coscienziosità morbosa e piena di diffidenza verso sé stessa, risente di ogni fenomeno isterico come di una colpa perché, dice, certamente non sarebbe necessario che ne soffrisse, purché volesse per davvero. Quando la paresi delle sue gambe venne erroneamente dichiarata una malattia spinale, ne ebbe una sensazione di sollievo, e la spiegazione che si trattava di un fatto "solo nervoso" e che sarebbe passato, bastò a crearle grave tormento di coscienza. Il bisogno di malattia nasce dal desiderio della paziente di convincere sé e altri della realtà del suo male. Se poi il bisogno viene ad accompagnarsi alla tortura determinata dalla monotonia della stanza d'ospedale, si sviluppa in modo molto forte la tendenza ad avere sempre nuovi sintomi.

Se questa però diventa falsità, conducendo alla simulazione vera e

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

propria – e io credo che adesso eccediamo nel respingere la simulazione esattamente come prima eccedevamo nell'accettarla, – allora ciò non è dovuto alla disposizione isterica, ma, come Moebius dice molto bene, alla complicazione di essa con altre degenerazioni, con inferiorità morale originaria. Proprio in questo modo fa la sua comparsa l'isterico "per malignità", quando una persona, originariamente eccitabile ma di animo povero, cade nell'atrofia egoistica del carattere che è cosí facilmente creata dalla malattia cronica. Del resto, "l'isterico maligno" probabilmente non è piú frequente del tabetico per malignità degli stadi avanzati.

Anche nella sfera motoria l'eccesso di eccitamento crea fenomeni patologici. I bambini dotati di questa costituzione sviluppano facilmente movimenti del tipo dei tic che, stimolati in principio da qualche sensazione negli occhi o nel viso o dal fastidio arrecato da qualche indumento, diventano presto duraturi se non vengono combattuti subito. Le vie dei riflessi molto facilmente e rapidamente si scavano in profondità.

Non si può nemmeno respingere l'idea che esista un accesso convulsivo puramente motorio, indipendente da qualsiasi fattore psichico, nel quale si scarichi semplicemente la massa di eccitamento accumulatasi per sommazione, proprio come la massa di stimoli, determinata da modificazioni anatomiche, nell'attacco epilettico. Sarebbe questo lo spasmo isterico non ideogeno.

Vediamo spesso adolescenti eccitabili sí, ma sani, ammalarsi d'isteria durante lo sviluppo della pubertà, cosí che dobbiamo chiederci se questo processo non crei la disposizione là dove originariamente non esiste. E invero dobbiamo ascrivergli piú che non la semplice esaltazione della quantità di eccitamento; la maturazione sessuale affetta tutto il sistema nervoso, aumentando dovunque l'eccitabilità e riducendo le resistenze. Questo lo insegna l'osservazione degli adolescenti non isterici, e siamo perciò autorizzati a ritenere che stabilisca anche la disposizione isterica, nella misura in cui questa appunto consiste in tale proprietà del sistema nervoso. Con ciò riconosciamo già nella sessualità una delle grandi componenti dell'isteria. Vedremo che la sua parte, in essa, è di gran lunga piú grande e che concorre, per le vie piú diverse, alla costruzione della malattia.

Se le stigmate nascono direttamente dal terreno originario dell'isteria e non sono di origine ideogena, è anche impossibile mettere

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

l'ideogenesi talmente al centro dell'isteria come oggi talora si fa. Che cosa infatti potrebbe essere piú autenticamente isterico delle stigmate, di quei reperti patognomonici che stabiliscono la diagnosi? Eppure proprio questi non paiono ideogeni. Ma, se la base dell'isteria è una peculiarità dell'intero sistema nervoso, su di essa s'innalza il complesso di sintomi ideogeni, psichicamente determinati, come un edificio sulle fondamenta. Ed è un edificio *a piú piani*. Come la struttura di un edificio siffatto si può comprendere soltanto se si distingue la pianta dei diversi piani, cosí, io penso, la comprensione dell'isteria è condizionata dal conto in cui si tiene la molteplice complicazione delle cause dei sintomi. Ove se ne prescinda tentando di fornire la spiegazione dell'isteria ricorrendo a un unico nesso causale, rimane sempre un grandissimo resto di fenomeni inesplicati; è esattamente come se si volessero riportare i diversi locali di una casa di piú piani sulla pianta di un piano solo.

Come le stigmate, cosí una serie di altri sintomi nervosi, come vedemmo sopra, non è motivata da rappresentazioni, ma è conseguenza diretta dell'anomalia fondamentale del sistema nervoso: taluni dolori, fenomeni vasomotori, forse l'accesso convulsivo puramente motorio.

Ad essi sono prossimi i fenomeni ideogeni, i quali sono semplicemente conversioni di eccitamento affettivo (pp. 349 sg.). Essi nascono quali conseguenze di affetti in persone aventi disposizione isterica e sono in un primo tempo solo "anormale espressione delle emozioni" (Oppenheim).[1] Questa diventa, in seguito a ripetizione, un sintomo isterico reale, in apparenza puramente somatico, mentre la rappresentazione motivante diventa impercettibile (p. 352) oppure viene respinta per difesa ed è pertanto rimossa dalla coscienza. La maggior parte e le piú importanti delle rappresentazioni respinte e convertite hanno contenuto sessuale. Esse stanno alla base di una gran parte dell'isteria della pubertà. Le fanciulle che si stanno facendo donne – è di queste che si tratta principalmente – si comportano in modo assai diverso di fronte alle rappresentazioni e sensazioni sessuali che si trovano ad affrontare. Alcune con perfetta disinvoltura, e fra di esse vi è chi ignora e trascura tutto il campo. Altre accettandole come i maschi; è questa certamente la regola delle figlie dei contadini e degli operai. Altre ancora, con curiosità piú o meno per-

[1] È appunto quella disposizione descritta da A. von Strümpell [*Über die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellung* (Erlangen 1892)] come "la perturbazione nella sfera psicofisica" che sta alla base dell'isteria.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

versa, cercano tutto ciò che di sessuale porta loro la conversazione e la lettura. E infine vi sono nature finemente organizzate dalla grande eccitabilità sessuale e di altrettanta purezza morale, che sentono ogni cosa sessuale come inconciliabile con il loro intimo morale, come lordura e macchia.[1] Queste rimuovono la sessualità dalla loro coscienza, mentre le rappresentazioni affettive di contenuto corrispondente, che hanno causato fenomeni somatici, diventano inconsce in quanto respinte per difesa.

La tendenza a respingere ciò che è sessuale viene ulteriormente rafforzata dal fatto che l'eccitamento sensuale nella vergine ha una componente di angoscia, il timore dell'ignoto, del presagito, di quel che verrà, mentre nel giovane maschio sano e naturale è una pulsione nettamente aggressiva. La fanciulla presagisce nell'Eros la terribile potenza che ne domina e decide il destino ed è angosciata da essa. Tanto piú grande è la tendenza a volgere via lo sguardo e a rimuovere dalla coscienza ciò che impaurisce.

Il matrimonio porta nuovi traumi sessuali. C'è da stupirsi che la prima notte non agisca piú spesso in senso patogeno dato che, purtroppo, tanto spesso non ha per contenuto una seduzione erotica, bensí uno stupro. D'altronde, nelle giovani donne non sono rare le isterie che ne conseguono, ma poi scompaiono quando, con l'andar del tempo, è intervenuta la voluttà sessuale a cancellare il trauma. Anche nell'ulteriore corso di molti matrimoni si verificano traumi sessuali. Quelle storie cliniche alla cui pubblicazione dovemmo rinunciare, ne contengono un grande numero, esigenze perverse dell'uomo, pratiche innaturali, ecc. Non credo di esagerare affermando che *la grande maggioranza delle nevrosi gravi nelle donne proviene dal letto matrimoniale.*[2]

Una parte degli elementi patogeni sessuali, che consiste essenzialmente nell'insufficiente soddisfacimento (*coitus interruptus, ejaculatio praecox*, ecc.), conduce, secondo la scoperta di Freud,[3] non

[1] Talune osservazioni ci fanno ritenere che la paura del contatto, anzi la paura del lordarsi, che costringe le donne a lavarsi ogni momento le mani, abbia molto spesso questa origine. Il lavarsi nasce dallo stesso processo psichico che avviene in Lady Macbeth [vedi *Macbeth*, atto 2, scena 2: "Un po' d'acqua ci farà mondi di questo atto" (l'assassinio di Duncan), e atto 5, scena 1].

[2] È certamente male che la medicina clinica ignori o per lo meno sfiori soltanto con vaghi accenni questo che è uno dei piú importanti fattori patogeni. È questo certamente un argomento in cui l'esperienza degli esperti deve essere comunicata al giovane medico che di solito rimane cieco di fronte alla sessualità, perlomeno per quel che riguarda i suoi pazienti.

[3] Freud, *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894).

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

all'isteria, ma alla nevrosi d'angoscia. Ma io penso che anche in tali casi, abbastanza spesso, l'eccitamento dell'emozione sessuale si converte in fenomeni somatici isterici.

È ovvio, ed emerge anche a sufficienza dalle nostre osservazioni, che gli affetti non sessuali dello spavento, dell'angoscia, dell'ira conducono alla formazione di fenomeni isterici. Ma forse non è superfluo sottolineare ripetutamente che il fattore sessuale è di gran lunga il piú importante e patologicamente fertile. L'osservazione ingenua dei nostri predecessori, di cui conserviamo il residuo nel termine "isteria" [dalla parola greca per "utero"], si è avvicinata alla verità piú del modo di vedere recente, che pone la sessualità quasi in ultima linea, per preservare i malati da un rimprovero morale. Certamente, i bisogni sessuali degli isterici presentano altrettanta varietà individuale di quelli dei sani e non sono piú forti. Ma gli isterici ne ammalano, e precisamente in gran parte proprio perché lottano contro di essi, per effetto della difesa contro la sessualità.

Accanto alla sessualità si deve qui ricordare l'isteria da spavento, l'isteria traumatica vera e propria. Essa costituisce una delle forme di isteria meglio conosciute e riconosciute.

Per cosí dire nello stesso strato dei fenomeni sorti dalla conversione di un eccitamento affettivo, stanno quelli che devono la loro origine alla suggestione (per lo piú autosuggestione) in individui originariamente suggestionabili. La suggestionabilità di alto grado, cioè la prevalenza sfrenata delle rappresentazioni appena eccitate, non appartiene all'essenza dell'isteria; ma si può trovare come complicazione nelle persone che hanno disposizione all'isteria, nelle quali appunto questa peculiarità del sistema nervoso rende possibile la realizzazione somatica di rappresentazioni sovravalenti.[1] Si tratta del resto per lo piú solo di rappresentazioni *affettive*, le quali per via di suggestione si realizzano in fenomeni somatici, e cosí il processo si può spesso concepire anche come conversione dell'affetto di spavento o d'angoscia che le accompagna.

Questi processi della conversione dell'affetto e della suggestione rimangono identici anche nelle forme complicate di isteria, che dovremo ora considerare, solo che ivi trovano condizioni piú favorevoli; tuttavia i fenomeni isterici determinati psichicamente fanno la loro comparsa sempre attraverso uno di questi due processi.

[1] [*Überwertig*, termine che Freud attribuisce a Wernicke nel *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901) § 1.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Il terzo costituente della disposizione isterica, che in taluni casi si aggiunge a quelli precedentemente discussi, che favorisce e facilita in altissima misura sia la conversione sia la suggestione e che con ciò costruisce, per cosí dire, sopra le piccole isterie (le quali mostrano solo isolati fenomeni isterici) l'ulteriore piano della grande isteria, è lo stato ipnoide, la tendenza all'autoipnosi (p. 360). Tale stato è, in un primo tempo, solo transitorio e si alterna con quello normale; gli possiamo ascrivere la stessa esaltazione dell'influenza psichica sul corpo che osserviamo nell'ipnosi artificiale; questa influenza è qui tanto piú intensa e profonda in quanto riguarda un sistema nervoso che già al di fuori dell'ipnosi è di un'eccitabilità anormale.[1] In quale misura e in quali casi la tendenza all'autoipnosi sia una caratteristica originaria dell'organismo, noi non sappiamo. Ho espresso sopra (pp. 363 sg.) l'opinione che essa si sviluppi dal sognare a occhi aperti carico d'affetto. Ma certamente anche per questo occorre una disposizione originaria. Se quell'opinione è esatta, risulta chiaro, anche qui, quale grande influsso sullo svilupparsi dell'isteria sia da ascrivere alla sessualità. Infatti, all'infuori dell'assistenza ai malati, non esiste alcun fattore psichico adatto quanto il desiderio d'amore a produrre sogni a occhi aperti carichi d'affetto. E per di piú l'orgasmo sessuale stesso con la sua pienezza di affetto e il restringimento della coscienza è molto affine agli stati ipnoidi.

L'elemento ipnoide si manifesta piú chiaramente nell'attacco isterico e in quello stato che si può chiamare isteria acuta e che sembra avere tanta importanza nello sviluppo della grande isteria (p. 380). Si tratta di stati psicotici prolungati, che durano spesso parecchi mesi, e che sovente si devono designare addirittura come confusione allucinatoria; anche se il disturbo non è cosí spinto, in tale stato si presentano svariati fenomeni isterici, dei quali alcuni persistono anche in seguito. Il contenuto psichico di questi stati sta in parte proprio nelle rappresentazioni che, nella vita vigile, furono respinte per difesa e rimosse dalla coscienza ("deliri isterici di santi e di monache, di donne astinenti, di bambini bene educati" [p. 181]).

[1] Si è portati a identificare la disposizione all'ipnosi con un'eccitabilità anormale originaria, dato che anche l'ipnosi artificiale ci mostra modificazioni ideogene della secrezione e del contenuto sanguigno locale, formazioni di vesciche, e simili. Sembra essere questa l'opinione di Moebius. Ritengo tuttavia che ci si muova cosí in un circolo vizioso. Questa taumaturgia dell'ipnosi la osserviamo, a quanto vedo, soltanto negli isterici. Noi ascriveremmo dunque all'ipnosi gli atti dell'isteria, e poi troveremmo la causa di questi atti nell'ipnosi.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Dato che questi stati tanto spesso sono addirittura delle psicosi eppure provengono direttamente ed esclusivamente dall'isteria, non posso aderire all'opinione di Moebius che "non si possa parlare, a prescindere dai deliri connessi all'attacco, di un'alienazione isterica vera e propria".[1] Questi stati, in molti casi, sono un'alienazione isterica; e anche nell'ulteriore decorso dell'isteria si ripetono tali psicosi, le quali invero, per natura, non sono altro se non lo stadio psicotico dell'attacco, ma, dato che si prolungano per mesi, non si possono chiamare propriamente attacchi.

Come si generano queste isterie acute? Nel caso meglio noto (Caso 1) l'isteria si sviluppò dal cumulo degli accessi ipnoidi; in un altro caso (di isteria complicata, preesistente) in seguito a una sottrazione di morfina. Per lo piú, il processo è del tutto oscuro e attende chiarimento da ulteriori osservazioni.

Per queste isterie qui discusse vale quindi la proposizione di Moebius: "La modificazione essenziale per l'isteria consiste nel fatto che transitoriamente o in permanenza lo stato mentale dell'isterico uguaglia quello dell'ipnotizzato."[2]

Il perdurare dei sintomi isterici, nati nello stato ipnoide, durante lo stato normale, corrisponde perfettamente alle nostre esperienze circa la suggestione postipnotica. Con ciò, tuttavia, è già detto anche che complessi di rappresentazioni inammissibili alla coscienza coesistono con le serie d'idee che si svolgono coscientemente, e che è compiuta la scissione della psiche (p. 373). Pare certo che la scissione possa nascere anche senza stati ipnoidi, dall'abbondanza delle rappresentazioni respinte per difesa, rimosse dalla coscienza, ma non represse. Nell'un modo e nell'altro, sorge una regione della vita psichica – ora povera d'idee, rudimentale, ora piú o meno pari al pensiero vigile – di cui dobbiamo la conoscenza soprattutto a Binet e a Janet. La scissione della psiche è il compimento dell'isteria; venne esposto in precedenza (§ 5) come essa spieghi i tratti caratteristici essenziali della malattia. In permanenza, ma con vivacità variabile delle sue rappresentazioni, una parte della psiche del malato si trova nello stato ipnoide, sempre pronta a prendere, quando il pensiero vigile abbia un cedimento, il dominio su tutta la personalità (attacco, delirio). Ciò avviene non appena un forte affetto perturba il decorso normale delle rappresentazioni, in stati

[1] P. J. Moebius, Mschr. Geburtsh. Gynäk., vol. 1, 18 (1895). [2] Ibid., 16.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

crepuscolari e di esaurimento. Salendo da questo stato ipnoide persistente, rappresentazioni non motivate, estranee alla normale associazione, penetrano nella coscienza, allucinazioni vengono gettate nella percezione, atti motòri vengono innervati indipendentemente dalla volontà cosciente. Questa psiche ipnoide è atta in altissimo grado alla conversione affettiva e alla suggestione, e cosí si formano con facilità nuovi fenomeni isterici i quali, senza la scissione psichica, si sarebbero costituiti solo difficilmente e sotto la pressione di affetti ripetuti. La psiche scissa è quel demone dal quale l'osservazione ingenua di antiche epoche superstiziose credeva invasi i malati. Che uno spirito estraneo alla coscienza vigile del malato regni in lui, è esatto; soltanto non è realmente estraneo, ma una parte del suo proprio spirito.

Il tentativo qui osato di costruire l'isteria sinteticamente dalle nostre conoscenze odierne offre il fianco al rimprovero di eclettismo, sempre che questo possa essere giustificato. Tante formulazioni dell'isteria, dalla vecchia "teoria dei riflessi" fino alla "dissociazione della personalità", hanno dovuto trovarvi posto. Ma difficilmente potrebbe essere altrimenti; infatti, numerosi eccellenti osservatori e menti acute si sono affaticati attorno all'isteria. È improbabile che le loro formulazioni non contengano ognuna una parte di verità. L'esposizione futura dello stato reale delle cose le conterrà certamente tutte e solo combinerà tutte quelle vedute unilaterali dell'oggetto in un corpo di realtà. L'eclettismo perciò non mi sembra biasimevole.

Ma quanto siamo ancora lontani oggi dalla possibilità da una cosiffatta comprensione perfetta dell'isteria! Con che incerti tratti sono stati qui accennati i contorni; a che grossolane immagini si è ricorso per coprire piú che colmare le vaste lacune! Tranquillizza, in qualche modo, soltanto questa considerazione: che si tratta di un difetto di cui patiscono e devono patire tutte le esposizioni fisiologiche di processi psichici complicati. Di esse vale sempre ciò che Teseo dice della tragedia del *Sogno d'una notte d'estate* [atto 5, scena 1]: "Le migliori non sono che ombre." E anche la cosa piú debole non è priva di valore ove cerchi di fissare con fedeltà e modestia le ombre proiettate sulla parete dagli oggetti reali ma ignoti. Allora infatti è sempre giustificata la speranza che abbia a sussistere una qualche misura di concordanza e somiglianza tra i processi reali e la nostra rappresentazione di essi.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Capitolo 4

Per la psicoterapia dell'isteria

Freud

Nella "Comunicazione preliminare" abbiamo riferito che dalle nostre ricerche sull'etiologia dei sintomi isterici era emerso anche un metodo terapeutico da noi ritenuto di grande importanza pratica. "Trovammo infatti, in principio con nostra grandissima sorpresa, che *i singoli sintomi isterici scomparivano subito e in modo definitivo quando si era riusciti a ridestare con piena chiarezza il ricordo dell'evento determinante, risvegliando insieme anche l'affetto che l'aveva accompagnato, e quando il malato descriveva l'evento nel modo piú completo possibile esprimendo verbalmente il proprio affetto*" (p. 178).

Abbiamo inoltre cercato di far capire in quale maniera agisce il nostro metodo psicoterapeutico: "*Esso elimina l'efficienza della rappresentazione originariamente non abreagita, in quanto consente al suo affetto incapsulato di sfociare nel discorso; e la conduce alla correzione associativa, traendola nella coscienza normale (nell'ipnosi leggera) o annullandola mediante suggestione del medico, cosí come accade nel sonnambulismo con amnesia*" (p. 187).

Voglio ora tentare di esporre in modo organico fin dove questo metodo ci può condurre, in che cosa è superiore ad altri, e con quale tecnica opera e quali difficoltà incontra, benché l'essenziale in proposito sia già stato detto nelle storie cliniche che precedono e non possa quindi evitare di ripetermi in questa esposizione.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

1.

Devo dire anche da parte mia che posso confermare il contenuto della "Comunicazione preliminare"; debbo tuttavia confessare che negli anni trascorsi da allora – nel costante studio dei problemi ivi accennati – mi si sono imposti nuovi punti di vista, che hanno avuto per conseguenza una sistemazione e un'interpretazione almeno in parte diverse del materiale allora noto. Sarebbe ingiusto se volessi tentare di addossare al mio venerato amico Josef Breuer troppa parte di responsabilità per questo sviluppo. Le considerazioni che seguono sono perciò presentate prevalentemente a titolo personale.

Quando cercai d'impiegare su un maggior numero di malati il metodo di Breuer per la guarigione di sintomi isterici mediante esplorazione e abreazione in ipnosi, incontrai due difficoltà, per superare le quali sono giunto a una modifica sia della tecnica sia della concezione. 1) Non tutte le persone che presentavano in modo indubbio sintomi isterici e nelle quali con massima probabilità agiva lo stesso meccanismo psichico, erano ipnotizzabili; 2) dovevo prendere posizione di fronte al problema di ciò che caratterizza essenzialmente l'isteria e di ciò che la differenzia da altre nevrosi.

Mi riservo di esporre piú avanti come io abbia superato la prima difficoltà e ciò che ho imparato da essa, e mi occuperò anzitutto della posizione adottata nella pratica quotidiana rispetto al secondo problema. È assai difficile comprendere a fondo in modo esatto un caso di nevrosi prima di averlo sottoposto a un'analisi radicale, a un'analisi quale appunto si ottiene solo applicando il metodo di Breuer. La decisione circa la diagnosi e il genere di terapia deve però essere presa prima di una tale conoscenza approfondita. Non mi rimaneva quindi altro che scegliere per il metodo catartico quei casi diagnosticabili per il momento come isteria, e che consentivano di riconoscere alcuni o parecchi dei segni o sintomi caratteristici dell'isteria. Accadeva però talvolta che nonostante la diagnosi d'isteria i risultati terapeutici fossero piuttosto scarsi, e che la stessa analisi non portasse alla luce nulla d'importante. Altre volte cercai di trattare col metodo di Breuer nevrosi che certamente non si sarebbero imposte a nessuno come isteria, e trovai che in questo modo si potevano influenzare e anche risolvere. Cosí mi accadde ad esempio con le rappresentazioni ossessive, le autentiche rappresen-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tazioni ossessive secondo il modello di Westphal,[1] in casi che non ricordavano l'isteria nemmeno per un solo tratto. Dunque il meccanismo psichico che la "Comunicazione preliminare" aveva rivelato, non poteva essere patognomonico per l'isteria; d'altra parte non potevo decidermi, per amore di tale meccanismo, a mettere tante altre nevrosi in uno stesso mazzo insieme con l'isteria. Alla fine, per liberarmi da tutti i dubbi che mi erano sorti, stabilii di trattare come l'isteria tutte le altre eventuali nevrosi, studiandone in ogni caso l'etiologia e il carattere del meccanismo psichico e lasciando dipendere la decisione circa la giustificazione della diagnosi d'isteria dall'esito di tale ricerca.

Cosí, partendo dal metodo di Breuer, giunsi ad occuparmi dell'etiologia e del meccanismo delle nevrosi in generale. Ho avuto poi la fortuna di arrivare in un tempo relativamente breve a risultati utilizzabili.[2] Mi s'impose anzitutto di dover riconoscere che nella misura in cui si poteva parlare di causa determinante per il cui tramite si *acquisissero* le nevrosi, l'etiologia era da ricercarsi in fattori *sessuali*. Seguí la scoperta che in via del tutto generale fattori sessuali differenti producevano anche quadri differenti di malattie nevrotiche. Ed ora, nella misura in cui tale relazione fosse stata confermata, si poteva anche tentare di utilizzare l'etiologia per caratterizzare le nevrosi, per stabilire una distinzione netta tra i quadri patologici delle nevrosi stesse. Un'eventuale stabile corrispondenza fra i caratteri etiologici e quelli clinici, lo avrebbe infatti giustificato.

In tal modo mi risultò che alla *nevrastenia* corrispondeva propriamente un quadro clinico monotono in cui, come mostravano le analisi, non entrava alcun "meccanismo psichico". Dalla nevrastenia si distingueva nettamente la *nevrosi ossessiva*, la nevrosi delle schiette rappresentazioni ossessive, nella quale si poteva riconoscere un meccanismo psichico piuttosto complesso, un'etiologia simile a quella dell'isteria e una vasta possibilità di ripristino della normalità per mezzo della psicoterapia. D'altra parte, mi è sembrato che s'imponesse in modo indubbio di staccare dalla nevrastenia un complesso di sintomi nevrotici dipendenti da un'etiologia assolutamente di-

[1] [C. F. O. WESTPHAL, *Über Zwangvorstellungen*, Berl. klin. Wschr., vol. 14, 669 e 687 (1877), dà una classificazione descrittiva delle rappresentazioni ossessive.]

[2] [I risultati riferiti in questo capoverso e nei tre successivi erano già stati pubblicati da Freud in *Le neuropsicosi da difesa* (1894) e *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894).]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

versa, ed anzi fondamentalmente opposta, mentre i sintomi che fan parte di tale complesso sono fra loro collegati da un carattere riconosciuto già da Hecker.[1] Sono infatti o sintomi oppure equivalenti e rudimenti di "manifestazioni d'angoscia", e ho pertanto chiamato tale complesso, che va distinto dalla nevrastenia, *nevrosi d'angoscia*. Ho sostenuto che esso si costituirebbe per effetto di un accumulo di tensione fisica, che anch'essa è di origine sessuale. Neppure questa nevrosi ha un meccanismo psichico; essa influenza però in modo generale la vita psichica, cosicché "attesa angosciosa", fobie, iperestesia per i dolori, eccetera, appartengono alle sue normali espressioni. Questa nevrosi d'angoscia, cosí come io la intendo, coincide certamente in parte con la nevrosi che, col nome di "ipocondria", in non poche descrizioni viene collocata accanto all'isteria e alla nevrastenia. Non mi è possibile considerare corretta la delimitazione di tale nevrosi in alcuna delle trattazioni esistenti, mentre mi sembra pregiudizievole l'adozione del nome ipocondria per il suo rigido riferimento al sintomo del "timore della malattia" [p. 386].

Dopo aver cosí fissato i semplici quadri della nevrastenia, della nevrosi d'angoscia e delle rappresentazioni ossessive, mi sono accinto a considerare i casi di nevrosi che si presentano piú comunemente nella diagnosi d'isteria. Mi sono detto intanto che non era lecito qualificare una nevrosi nel suo complesso come isterica, soltanto perché nell'insieme dei suoi sintomi risaltano maggiormente pochi tratti isterici. Potevo anche comprendere una tale abitudine, dato che l'isteria è, di tutte le nevrosi che si prendono in considerazione, la piú antica, la meglio conosciuta e la piú notevole; ma era tuttavia un abuso, lo stesso abuso che aveva fatto mettere sul conto dell'isteria tanti tratti di perversione e di degenerazione. Ogni volta che in un caso complicato di deterioramento psichico si poteva rintracciare un segno d'isteria, come un'anestesia o come un caratteristico attacco, si chiamava il tutto "isteria", e si poteva allora naturalmente trovar riunite sotto questa etichetta le cose piú gravi e piú contraddittorie. Ma, se questo modo di fare la diagnosi era certamente scorretto, si dovevano allora fare distinzioni anche dal lato nevrotico, e poiché erano conosciute la nevrastenia, la nevrosi d'angoscia ecc. allo stato puro, non c'era piú motivo di non tenerne conto nella combinazione.

Il modo piú corretto di vedere le cose sembra perciò il seguente.

[1] E. Hecker, Zbl. Nervenheilk., vol. 16, 565 (1893).

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Le nevrosi che si presentano comunemente vanno in genere considerate come "miste". Della nevrastenia e della nevrosi d'angoscia si trovano facilmente anche forme pure, soprattutto nelle persone giovani. Dell'isteria e della nevrosi ossessiva i casi puri sono rari; solitamente queste due nevrosi si combinano con una nevrosi d'angoscia. Le frequenze con cui si verificano nevrosi miste deriva dal fatto che i loro momenti etiologici assai spesso interferiscono, talvolta solo per caso, talaltra in conseguenza delle relazioni causali tra i fatti dai quali derivano i momenti etiologici delle nevrosi. Non è difficile sostenerlo, e dimostrarlo in dettaglio, ma per l'isteria ne deriva che è assai difficile distrarla, per l'osservazione, dal complesso delle nevrosi sessuali, che essa rappresenta in genere solo un lato, un aspetto di un complicato caso nevrotico, e che essa può essere trovata e trattata come nevrosi isolata soltanto in casi limite. Per tutta una serie di casi si deve insomma dire: *a potiori fit denominatio* [cioè: riceve il nome dalla caratteristica principale].

Voglio esaminare le storie cliniche qui comunicate per vedere se esse confermano la mia tesi della non indipendenza clinica dell'isteria.

Anna O., la paziente di Breuer, sembra contraddire tale tesi e sembra costituire un esempio di una malattia puramente isterica. Questo caso, che è diventato cosí utile per la conoscenza dell'isteria, tuttavia non fu affatto considerato dal suo osservatore dal punto di vista delle nevrosi sessuali e attualmente non è quasi utilizzabile a questo riguardo. Quando cominciai ad analizzare la seconda paziente, la signora Emmy von N., la prospettiva di una nevrosi sessuale quale terreno per l'isteria mi era abbastanza estranea; provenivo giusto allora dalla scuola di Charcot e ritenevo che il collegare un'isteria col tema della sessualità fosse una specie d'insulto: similmente a quanto fanno le stesse pazienti. Rivedendo oggi i miei appunti su questo caso, non ho dubbi nel riconoscere un caso di grave nevrosi d'angoscia con attesa angosciosa e fobie, che derivava dall'astinenza sessuale e si era combinato con isteria. Il terzo caso, di Miss Lucy R., è forse quello che piú facilmente può essere detto un caso limite d'isteria pura: è un'isteria breve, a decorso episodico, con indubbia etiologia sessuale, quale corrisponderebbe a una nevrosi d'angoscia. Una ragazza piuttosto matura, bisognosa d'amore, la cui inclinazione viene destata troppo rapidamente da un malinteso. La nevrosi d'angoscia tuttavia non era accertabile, oppure mi sfuggí. Il quarto caso, quello di Katharina, è addirittura

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

un modello di quel che ho chiamato angoscia virginale:[1] è una combinazione di nevrosi d'angoscia e di isteria; la prima crea i sintomi, quest'ultima li riproduce e li utilizza. Del resto, un caso tipico per tante nevrosi giovanili, che vengono chiamate "isteria". Neppure il quinto, il caso della signorina Elisabeth von R., è stato studiato come nevrosi sessuale: ho potuto esprimere ma non confermare il dubbio che una nevrastenia spinale ne formasse la base.[2]

Devo tuttavia aggiungere che, dopo di allora, le isterie pure sono diventate nella mia esperienza ancora piú rare; ho potuto mettere insieme questi quattro casi come isteria, prescindendo nella loro discussione dai punti di vista che sono rilevanti riguardo alle nevrosi sessuali, soltanto perché si tratta di casi vecchi, nei quali non avevo ancora condotto la ricerca intenzionale e specifica del fondamento nevrotico sessuale. E se, in luogo di questi quattro casi, non ne ho comunicati *dodici*, la cui analisi avrebbe potuto fornire una conferma del meccanismo psichico da noi affermato per i fenomeni isterici, questa reticenza si deve solo alla circostanza che l'analisi ha rivelato come essi fossero, nello stesso tempo, casi di nevrosi sessuali, anche se nessun diagnostico avrebbe loro rifiutato il "nome" di isteria. La spiegazione di tali nevrosi sessuali va tuttavia al di là dei limiti di questa nostra pubblicazione congiunta.

Non vorrei tuttavia essere frainteso, come se non volessi riconoscere nell'isteria un'affezione nevrotica autonoma, la considerassi soltanto come espressione psichica della nevrosi d'angoscia, e le attribuissi solo sintomi "ideogeni", riservando i sintomi somatici (punti isterogeni,[3] anestesie) alla nevrosi d'angoscia. Nulla di tutto ciò; ritengo che l'isteria possa essere considerata in modo autonomo, staccandola da tutti gli elementi estranei, sotto tutti i punti di vista ma non da quello terapeutico. Sul piano terapeutico, infatti, gli scopi sono pratici, e cioè l'eliminazione dell'intero stato di sofferenza; e se l'isteria si produce in genere come componente di una nevrosi mista, il caso sarà simile a quello delle infezioni miste, dove s'impone come compito la conservazione della vita, un compito che non coincide con la lotta contro l'azione di un particolare germe patogeno.

Per me è dunque molto importante distinguere nel quadro delle nevrosi miste la parte spettante all'isteria da quella della nevra-

[1] [Vedi p. 282, n. 1.] [2] [Vedi p. 326, n. 2.]

[3] [Il termine di Charcot, quasi sempre usato da Freud e da lui spiegato sopra nell'articolo *Isteria* (1888) pp. 45 sg., è "zone isterogene".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

stenia, della nevrosi d'angoscia ecc., perché, operata questa distinzione, sarò in grado di esprimere concisamente il valore terapeutico del metodo catartico. Mi azzarderei infatti a dire che, in linea di principio, esso è senz'altro in grado di eliminare ogni e qualsiasi sintomo isterico, mentre, come facilmente si comprende, è assolutamente impotente contro i fenomeni della nevrastenia, e soltanto raramente e per vie indirette influisce sugli effetti psichici della nevrosi d'angoscia. La sua efficacia terapeutica nel singolo caso dipenderà dunque dal fatto che la componente isterica del quadro patologico rivesta o no un'importanza pratica a paragone delle altre componenti nevrotiche.

All'efficacia del metodo catartico, è posta inoltre una seconda limitazione cui abbiamo già fatto cenno nella "Comunicazione preliminare" [p. 187]. Esso non influisce sulle premesse causali dell'isteria; non riesce dunque a impedire che si formino nuovi sintomi in luogo di quelli eliminati. In generale, quindi, mentre devo rivendicare per il nostro metodo terapeutico un posto importante nell'ambito di una terapia delle nevrosi, debbo sconsigliare dal prenderlo in considerazione o dall'applicarlo all'infuori di tale campo. Dato che qui non posso presentare una "terapia delle nevrosi", quale occorrerebbe al medico nell'esercizio della professione, le affermazioni che precedono significano che io rinvio il lettore a eventuali comunicazioni ulteriori. Ritengo tuttavia di potere ancora aggiungere a titolo di illustrazione e commento le osservazioni seguenti.

1) Non affermo di avere realmente eliminato tutti i sintomi isterici che ho cercato d'influenzare con il metodo catartico. Penso, però, che le difficoltà risiedessero nelle circostanze personali dei casi e non avessero carattere di principio. Posso trascurare questi casi d'insuccesso nel formulare un giudizio, cosí come il chirurgo trascura i casi di morte sotto narcosi, per emorragie secondarie, per sepsi incidentale ecc., quando deve decidere circa una nuova tecnica. Piú avanti, trattando delle difficoltà e degli inconvenienti del procedimento, riprenderò in esame gli insuccessi che hanno questa origine [p. 436].

2) Il metodo catartico non ha meno valore per il fatto di essere un metodo sintomatico e non causale. Infatti una terapia causale non è in genere propriamente altro che una profilassi: sospende l'azione ulteriore del male, ma non per questo elimina necessariamente i risultati prodotti dal male sino a quel punto. In genere occorre anche una seconda azione che assolva quest'ultimo incarico,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

e a tale scopo, nel caso dell'isteria, il metodo catartico è di un'utilità proprio incomparabile.

3) Quando un periodo di produzione isterica, un parossismo isterico acuto, sia superato, e permangano soltanto, quali fenomeni residui, i sintomi isterici, il metodo catartico soddisfa tutte le indicazioni e ottiene successi pieni e duraturi. Una simile costellazione favorevole per la terapia si ha spesso proprio nel campo della vita sessuale, in conseguenza delle grandi oscillazioni in intensità di bisogno sessuale e della complessità delle condizioni necessarie per un trauma sessuale. Qui il metodo catartico ottiene tutto quello che gli si può chiedere, giacché il medico non può proporsi di modificare una costituzione come quella isterica, e deve accontentarsi di eliminare la malattia a cui quella costituzione predispone e che, col concorso di condizioni esterne, può derivarne. Egli dovrà ritenersi soddisfatto se la paziente avrà riacquistato tutte le sue capacità. Del resto non gli manca neppure una consolazione per l'avvenire se prende in considerazione l'eventualità di una recidiva. Conosce il carattere fondamentale nell'etiologia delle nevrosi, cioè che la loro genesi è per lo piú sovradeterminata,[1] che devono cooperare parecchi momenti determinanti per produrre questo effetto; può quindi sperare che questa convergenza non abbia a verificarsi tanto presto, anche se singoli momenti etiologici sono rimasti attivi.

Si potrebbe obiettare che in questi casi d'isteria superata i sintomi residui scompaiono spontaneamente in ogni modo. Si può tuttavia replicare che assai spesso questa guarigione spontanea non è né rapida né sufficientemente completa, e che può essere straordinariamente favorita dall'intervento della terapia. Non si può dire per il momento se con la terapia catartica si guarisca soltanto ciò che è suscettibile di guarire spontaneamente, o se talvolta anche qualcosa d'altro che non si sarebbe risolto spontaneamente.

4) Quando ci s'imbatte in un'isteria acuta — in un caso nel periodo di piú vivace produzione di sintomi isterici e di consecutiva sopraffazione dell'Io ad opera dei prodotti della malattia (psicosi isterica) — anche il metodo catartico può cambiar poco nei segni e nel decorso della malattia. Ci si trova allora, di fronte alla nevrosi, nella stessa posizione del medico di fronte a una malattia infettiva acuta. I fattori etiologici hanno già esercitato, in un'epoca passata ormai sottratta a ogni influenza, la loro azione in misura sufficiente;

[1] [Vedi p. 358, n. 1.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ora essi, trascorso il periodo d'incubazione, divengono manifesti; l'affezione non si può troncare; se ne deve attendere il decorso instaurando nel frattempo le condizioni piú favorevoli per il malato. Se durante tale periodo acuto si eliminano i prodotti della malattia, i sintomi isterici di nuova formazione, ci si può poi attendere che quelli eliminati vengano tosto sostituiti da altri nuovi. Il medico non potrà risparmiare a sé stesso l'impressione deprimente di un lavoro di Sisifo. L'enorme dispendio di fatica, la scontentezza dei congiunti, cui l'idea di una nevrosi acuta che si protrae necessariamente tanto a lungo non è affatto familiare, cosí come lo sarebbe l'analogo caso di una malattia infettiva acuta, questo e altro ancora renderanno in genere probabilmente impossibile l'applicazione sistematica, in ogni singolo caso, del metodo catartico. Resta, tuttavia, ancora da considerare attentamente se, eliminando di volta in volta i prodotti della malattia, non si eserciti, anche nell'isteria, un'influenza terapeutica, per il fatto di sostenere l'Io normale del malato impiegato nella difesa e di proteggerlo dall'essere sopraffatto, dall'incorrere nella psicosi e forse nella dissociazione definitiva.

Ciò che il metodo catartico può ottenere anche nell'isteria acuta, e come limiti in modo praticamente notevole anche la neoproduzione di sintomi morbosi, emerge senza possibilità di dubbio dalla storia di Anna O., in cui Breuer ha appreso a esercitare per la prima volta questo procedimento psicoterapeutico.

5) Quando si tratti di isterie ad andamento cronico, con produzione moderata ma costante di sintomi isterici, s'impara certo a rimpiangere assai la mancanza di una terapia ad azione causale, ma s'impara anche ad apprezzare molto l'importanza del metodo catartico come terapia *sintomatica*. In tali casi si ha a che fare con il danno dovuto a un'etiologia che continua cronicamente ad agire; tutto sta a rinforzare il sistema nervoso del malato nella sua capacità di resistenza, e si deve tener conto del fatto che l'esistenza di un sintomo isterico significa per questo sistema nervoso un indebolimento della sua resistenza e rappresenta un fattore che dispone all'isteria. Come risulta dal meccanismo dell'isteria monosintomatica, un nuovo sintomo isterico si forma piú facilmente in conseguenza e in analogia a un sintomo già esistente; il luogo per dove è già "penetrato" una volta (vedi pp. 349 sg.) rappresenta un punto debole per dove penetrerà anche la volta successiva; il gruppo psichico una volta scisso esercita la funzione di centro di cristallizzazione, da cui molto facilmente si sviluppa una cristallizzazione che altrimenti

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

non si sarebbe data [p. 278]. Eliminare i sintomi già esistenti, abolire le modificazioni psichiche che stanno alla loro base, significa restituire ai malati la pienezza della loro capacità di resistenza, con la quale possono opporsi con successo all'azione del male. Per tali malati, con sorveglianza costante per un tempo prolungato e con *chimney-sweeping* (p. 197) occasionale, si può fare moltissimo.

6) Dovrei ancora menzionare l'apparente contraddizione fra l'ammettere che non tutti i sintomi isterici sono psicogeni e l'affermare che si possono tutti eliminare per mezzo di un metodo psicoterapeutico. La soluzione sta nel fatto che una parte di questi sintomi non psicogeni (le stigmate, ad esempio) rappresentano certamente segni di malattia, ma non possono essere definiti come disturbi; e, dunque, non ha importanza pratica se perdurano oltre il successo terapeutico della malattia. Per altri sintomi di questo genere, sembra che essi, per una qualche via indiretta, vengano trascinati via con i sintomi psicogeni, cosí come essi del resto, per una qualche via indiretta, dipendono pure da una causa psichica.

Devo ora considerare le difficoltà e gli inconvenienti del nostro procedimento terapeutico nella misura in cui non risultino a tutti evidenti dalle storie cliniche che precedono o dalle osservazioni sulla tecnica del metodo, che seguono. Le voglio elencare e indicare piuttosto che sviluppare l'argomento. Il procedimento è faticoso e sottrae molto tempo al medico, presuppone in lui un grande interesse per fatti psicologici, ma anche un interessamento personale per il malato. Non saprei immaginare di riuscire a immergermi nel meccanismo psichico di un'isteria in una persona che mi apparisse volgare e ripugnante, che, conosciuta piú da vicino, non fosse in grado di destare simpatia umana, mentre posso mantenere indipendente da questa simpatia personale il trattamento di un tabetico o di un reumatico. Non minori esigenze si pongono al malato. Al di sotto di un certo livello d'intelligenza, il metodo non è assolutamente applicabile, e qualsiasi elemento di debilità mentale lo rende estremamente difficile. È necessario il completo consenso, la piena attenzione dei malati, ma soprattutto la loro confidenza, dato che l'analisi conduce regolarmente ai processi psichici piú intimi e segreti. Buona parte di malati che sarebbero adatti per tale trattamento si sottraggono al medico non appena cominciano a intuire in quale direzione procederà la sua indagine. Per costoro il medico è rimasto un estraneo. Con altri, che si sono decisi a mettersi com-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pletamente nelle mani del medico e a concedergli una confidenza quale altrimenti viene solo concessa volontariamente ma non viene mai pretesa, con questi altri, dico, ben difficilmente si riesce a evitare che il rapporto personale verso il medico, almeno per un certo tempo, si ponga indebitamente in primo piano; sembra anzi che un'influenza di questo genere da parte del medico costituisca la condizione che sola consente la soluzione del problema. Penso che non cambi nulla d'essenziale a questo stato di cose il fatto di potersi servire dell'ipnosi o di doverla invece evitare e sostituire. Soltanto, giustizia impone di rilevare come questi inconvenienti, anche se inscindibili dal nostro metodo, non possono essere fatti valere contro di esso. Si comprende anzi senz'altro come essi si fondano sulle condizioni preliminari delle nevrosi che si tratta di guarire, e come qualsiasi attività medica la quale proceda con una partecipazione affettiva alle condizioni del malato e provochi in lui un cambiamento psichico, non ne può essere immune. Non ho potuto attribuire alcun danno e alcun pericolo all'impiego dell'ipnosi, pur avendo fatto ampio uso, in singoli casi, di questo mezzo. Dove ho causato danni, altri e piú profondi erano i motivi. Se considero gli sforzi terapeutici di questi anni, da quando le comunicazioni del mio venerato maestro e amico Josef Breuer mi hanno dato in mano il metodo catartico, ritengo di avere assai piú giovato che non nociuto, e di aver ottenuto risultati per i quali nessun altro mezzo terapeutico sarebbe servito. È stato, insomma, come si esprime la "Comunicazione preliminare", un "vantaggio terapeutico notevole" [p. 187].

Devo rilevare anche un altro vantaggio che si ottiene applicando questo metodo. Non saprei chiarirmi un caso di nevrosi, complicata con maggiore o minore partecipazione di elementi isterici, in modo migliore che sottoponendoli a un'analisi col metodo di Breuer. Si elimina cosí anzitutto ciò che mostra un meccanismo isterico; quanto agli altri fenomeni, ho intanto appreso con quest'analisi a interpretarli e a ricondurli alla loro etiologia, e ho cosí acquisito i punti di riferimento per scegliere, nell'armamentario della terapia delle nevrosi, il mezzo indicato per il caso specifico. Se penso alla diversità che esiste normalmente nel mio giudizio su un caso di nevrosi, *prima* e *dopo* un'analisi del genere, mi sento quasi tentato di considerare quest'analisi indispensabile per la conoscenza di una malattia nevrotica. Mi sono inoltre abituato a collegare l'applicazione della psicoterapia catartica con una cura di riposo in posizione

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

orizzontale, completata, all'occorrenza, con una sovralimentazione secondo le indicazioni di Weir Mitchell.[1] Ottengo cosí il vantaggio di evitare da una parte l'inserirsi, assai fastidioso durante una psicoterapia, di nuove impressioni psichiche, e di escludere d'altra parte la noia della cura d'ingrassamento, durante la quale i malati non di rado cadono in un dannoso stato di fantasticheria. Ci sarebbe da aspettarsi che il lavoro psichico, spesso assai rilevante, che s'impone ai malati durante una cura catartica, e gli eccitamenti risultanti dalla riproduzione di esperienze traumatiche, siano in contrasto con l'intento della cura di riposo di Weir Mitchell e ne riducano i risultati che si è abituati a costatare. Accade invece il contrario: una tale combinazione della terapia di Breuer con quella di Weir Mitchell produce tutto il miglioramento fisico che ci si attende da quest'ultima, e insieme con influenzamento psichico cosí esteso quale con la sola cura di riposo, senza psicoterapia, non si ottiene mai.

2.

Mi collego ora alle osservazioni precedenti [p. 395], cioè alla difficoltà, in cui mi sono imbattuto nei miei tentativi di applicare il metodo di Breuer su piú vasta scala, rappresentata dal fatto che un certo numero di malati non si lasciavano mettere in ipnosi, quantunque la diagnosi fosse di isteria e suggerisse la probabile validità del meccanismo psichico da noi descritto. Dell'ipnosi avevo bisogno per estendere la memoria, per trovare i ricordi patogeni assenti nella coscienza ordinaria; dovevo dunque o rinunciare a questi malati o cercare di ottenere tale estensione in altro modo.

Per qual motivo una persona sia ipnotizzabile e un'altra no, io, al pari di altri, non me lo sapevo spiegare; non potevo dunque seguire una traccia causale per eliminare la difficoltà. Mi accorsi soltanto che in taluni pazienti l'ostacolo era ancor piú remoto; essi si rifiutavano persino a ogni *tentativo* di ipnosi. Mi venne allora l'idea che i due casi potessero essere identici e potessero entrambi significare un non volere, che fosse non ipnotizzabile chi ha una riserva psichica contro l'ipnosi, la manifesti o no come non volere. Non sono riuscito a chiarirmi se posso conservare tale concezione.

Si trattava comunque di aggirare l'ipnosi e di raggiungere in ogni modo i ricordi patogeni. Vi arrivai nella maniera seguente.

[1] [Vedi sopra la recensione di Freud al libro di Weir Mitchell, p. 38, e l'articolo *Isteria* (1888) p. 58.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Quando al primo incontro chiedevo ai miei pazienti se si ricordavano della prima occasione dell'insorgere del loro sintomo, gli uni dicevano di non saperne nulla, gli altri indicavano qualche cosa che descrivevano come un oscuro ricordo e non riuscivano ad approfondire. Quando poi, sull'esempio di Bernheim, per risvegliare nel sonnambulismo impressioni apparentemente dimenticate (p. 266), diventavo insistente, assicurando agli uni e agli altri che lo sapevano, che se ne sarebbero ricordati, agli uni veniva davvero in mente qualche cosa, e negli altri il ricordo si estendeva un poco oltre. Diventavo allora ancora piú insistente, ordinavo ai pazienti di sdraiarsi e di chiudere spontaneamente gli occhi, per "concentrarsi", ciò che per lo meno presentava una certa somiglianza con l'ipnosi. Esperimentai allora come senza alcuna ipnosi emergevano ricordi nuovi e risalenti ancor piú indietro e verosimilmente connessi col nostro argomento. Da queste esperienze ricevetti l'impressione che fosse effettivamente possibile evocare le serie di rappresentazioni patogene, pur certamente esistenti, con la semplice insistenza; e poiché questa insistenza mi costava fatica e suggeriva l'interpretazione che io dovessi superare una resistenza, ne trassi senz'altro la teoria che *col mio lavoro psichico dovessi superare nel paziente una forza psichica, la quale si opponeva a che le rappresentazioni patogene diventassero coscienti (fossero cioè ricordate)*. Una nuova intelligenza mi parve sorgere in me quando mi venne in mente che poteva trattarsi della medesima forza psichica che aveva cooperato alla genesi del sintomo isterico, impedendo allora che la rappresentazione patogena diventasse cosciente. Quale forza dunque si doveva supporre attiva e quale motivo poteva averla fatta agire? Potevo facilmente formarmi un'opinione in proposito; disponevo infatti già di alcune analisi compiute, nelle quali avevo imparato a conoscere esempi di rappresentazioni patogene, dimenticate e portate fuori dalla coscienza. Da esse, potei stabilire un carattere generale di queste rappresentazioni: erano tutte di natura penosa, idonee a provocare gli affetti della vergogna, del rimprovero, del dolore psichico, della menomazione, e nell'insieme tali che si preferirebbe non averle vissute e che si vorrebbe piuttosto dimenticare. Da tutto questo emerse spontaneamente l'idea della *difesa*. È infatti generalmente ammesso dagli psicologi che l'accettazione di una nuova rappresentazione (accettazione nel senso del credervi, del riconoscerne la realtà) dipenda dalla specie e dall'orientamento delle rappresentazioni già riunite nell'Io; ed essi hanno creato, per questo processo

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

di censura,[1] a cui è sottoposta la nuova arrivata, particolari nomi tecnici. Nell'Io del malato si era introdotta una rappresentazione che si era dimostrata insopportabile, che aveva suscitato da parte dell'Io una forza ripulsiva, il cui scopo era la difesa contro quella rappresentazione insopportabile. Questa difesa era effettivamente riuscita, la rappresentazione era stata scacciata dalla coscienza e dalla memoria, e apparentemente la sua traccia psichica non era piú ritrovabile. Questa traccia tuttavia doveva esserci. Se mi sforzavo di orientare l'attenzione su di essa, mi accadeva di avvertire come *resistenza* la stessa forza che, nella genesi del sintomo, si era presentata come *ripulsa*. Se io fossi ora riuscito a rendere plausibile che la rappresentazione fosse diventata patogena proprio in conseguenza della ripulsa e della rimozione, il cerchio appariva chiuso. In parecchie epícrisi delle nostre storie cliniche e in un breve lavoro sulle *Neuropsicosi da difesa* (1894) ho tentato di accennare alle ipotesi psicologiche con l'aiuto delle quali anche questa connessione – il fatto della conversione – può essere resa evidente.

Dunque una forza psichica, l'avversione dell'Io, aveva in origine scacciato la rappresentazione patogena dell'associazione e si opponeva ora al suo ritorno nel ricordo. Il "non sapere" degli isterici era dunque un "non voler sapere", piú o meno cosciente, e il compito del terapeuta consisteva nel superare mediante lavoro psichico questa resistenza all'associazione. Questo lavoro si svolge anzitutto con l'"insistere", con l'impiego di una costrizione psichica, per indirizzare l'attenzione del paziente verso le tracce delle rappresentazioni cercate. Però non si esaurisce in questo e, come mostrerò, assume nel corso di un'analisi altre forme e chiama in aiuto altre forze psichiche.

Mi soffermo ancora, prima di tutto, sul fatto dell'insistere. Con la semplice assicurazione: "Certo, Lei lo sa, lo dica dunque, le verrà in mente subito", non si procede di molto. Dopo poche frasi, con pazienti che si trovano in stato di "concentrazione", il filo si rompe. Non si deve tuttavia dimenticare che si tratta sempre, qui, di un confronto *quantitativo*, della lotta fra motivi di forza o intensità diverse. Con la resistenza all'associazione in un'isteria grave, l'insistenza del medico estraneo, ignaro dei fatti, non può competere. Si deve pensare a mezzi piú energici.

[1] [È probabilmente la prima volta in cui il termine "censura" compare negli scritti pubblicati da Freud.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Mi servo allora anzitutto di un piccolo accorgimento tecnico. Comunico al paziente che, nell'istante successivo, eserciterò una pressione sulla sua fronte, e gli assicuro che durante tutto il tempo della pressione[1] egli vedrà innanzi a sé come immagine, o gli verrà in mente come idea, un ricordo, e gli impongo di comunicarmi tale immagine o tale idea, quali essi siano. Egli non deve tenerla per sé perché forse ritenga che non sia la cosa cercata, la cosa giusta, o perché gli sia troppo sgradevole dirla. Nessuna critica, nessuna riserva, per motivi di affetto o di disprezzo! Solo cosí ci è possibile trovare quel che si cerca, e solo cosí lo si trova di certo. Poi premo per alcuni secondi sulla fronte del paziente disteso davanti a me; lascio quindi libera la fronte e chiedo con tono tranquillo, come se un insuccesso fosse senz'altro da escludersi: "Che cosa ha visto?" oppure: "Che cosa le è venuto in mente?"

Questo metodo mi ha insegnato molto e mi ha anche condotto ogni volta alla meta; attualmente non posso piú farne a meno. So naturalmente che potrei sostituire quella pressione sulla fronte con qualsiasi altro segnale o con un'altra azione fisica sul paziente, ma dato che il paziente giace davanti a me, la pressione sulla fronte o il prendere il suo capo fra le mie due mani risulta la cosa piú suggestiva e comoda che io possa fare a questo scopo. Per spiegare l'efficacia di questo artificio, potrei per esempio dire che corrisponde a un'"ipnosi momentaneamente rafforzata"; tuttavia il meccanismo dell'ipnosi mi appare cosí enigmatico che preferisco non valermi di esso per una spiegazione. Ritengo piuttosto che il vantaggio del metodo stia nel fatto che in questo modo dissocio l'attenzione del paziente dalla sua ricerca e riflessione cosciente, in breve da tutto ciò in cui può esprimersi la sua volontà, similmente a quello che accade nel guardar fisso dentro una sfera di cristallo, ecc.[2] Dal fatto che sotto la pressione della mia mano si presenti sempre quello che cerco, traggo questo insegnamento: la rappresentazione patogena apparentemente dimenticata si trova già pronta "nelle vicinanze", ed è raggiungibile mediante associazioni facilmente producibili; si tratta soltanto di eliminare un qualche ostacolo. Questo ostacolo sembra essere di nuovo la volontà della persona, e i vari soggetti apprendono con varia facilità a disfarsi della loro intenzionalità e ad assumere un comportamento di osservazione perfettamente obiet-

[1] [Vedi p. 267 e nota.]

[2] [La distrazione dell'attenzione cosciente nella tecnica dell'ipnotismo è discussa da Freud in *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921) § 10.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tiva nei confronti dei processi psichici che si svolgono in loro.[1]

Non è sempre un ricordo "dimenticato", quello che emerge sotto la pressione della mano; sono rarissimi i casi in cui i ricordi patogeni veri e propri sono ritrovabili cosí alla superficie. Molto piú frequentemente emerge una rappresentazione che, nella catena delle associazioni, è un anello intermedio fra la rappresentazione di partenza e quella patogena cercata, oppure una rappresentazione che costituisce il punto di partenza di una nuova serie di pensieri e ricordi, al termine della quale sta la rappresentazione patogena. La pressione, in tal caso, non ha certo rivelato la rappresentazione patogena – che, del resto, senza un lavoro preparatorio, strappata dal suo contesto, sarebbe incomprensibile – ma ha mostrato la via ad essa e la direzione nella quale l'indagine deve procedere. La prima rappresentazione risvegliata dalla pressione può benissimo corrispondere a un ricordo ben noto, mai rimosso. Quando, sulla via verso la rappresentazione patogena, il filo si spezza nuovamente, occorre solo ripetere il procedimento, la pressione, per creare un nuovo orientamento e un nuovo collegamento.

In altri casi ancora, con la pressione della mano si desta un ricordo, di per sé ben noto al paziente, ma che pure lo stupisce per il suo apparire, perché ne ha dimenticato il rapporto con la rappresentazione di partenza. Nell'ulteriore corso dell'analisi, tale rapporto poi diventa evidente. Da tutte queste conseguenze della pressione si ricava l'ingannevole impressione di un'intelligenza superiore al di fuori della coscienza del paziente, che mantenga in ordine un grande materiale psichico per determinati scopi e che abbia organizzato un'ingegnosa sistemazione per il suo ritorno nella coscienza. Ritengo che questa seconda intelligenza inconscia sia però soltanto un'apparenza.

In ogni analisi piuttosto complicata si agisce ripetutamente, anzi in modo continuativo, con l'aiuto di questo procedimento (la pressione esercitata sulla fronte), che talora, a partire dal punto dove le associazioni coscienti del paziente cessano, indica la via ulteriore attraverso ricordi rimasti noti; talaltra richiama l'attenzione su collegamenti caduti in oblio, ridestando e ricollegando ricordi che, pur sottratti da molti anni all'associazione, sono tuttavia ancora riconoscibili come ricordi; e infine, nella sua funzione riproduttiva culmi-

[1] [La difficoltà ad assumere questo atteggiamento non critico sarà discussa da Freud nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 103-05.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

nante, fa emergere pensieri che il paziente non vuole assolutamente riconoscere mai come i propri e che egli non *ricorda*, benché ammetta che essi risultano in modo irricusabile dalle connessioni, e venga persuadendosi che proprio queste rappresentazioni portano alla conclusione dell'analisi e alla cessazione dei sintomi.

Voglio cercare di enumerare alcuni esempi degli straordinari risultati di questo procedimento tecnico.

Avevo in cura una giovane ragazza con una tosse nervosa insopportabile, trascinatasi per sei anni, che evidentemente traeva alimento da ogni comune catarro, ma che doveva pure avere i suoi forti motivi psichici. Ogni altra terapia si era da tempo dimostrata impotente; cerco dunque di eliminare il sintomo mediante l'analisi psichica. Essa sa soltanto che la sua tosse nervosa era cominciata quando, a quattordici anni, era in pensione presso una zia; di eccitamenti psichici riguardanti quell'epoca pretende di non sapere nulla, non crede a una motivazione della malattia. Sotto pressione della mia mano si ricorda, per prima cosa, di un grosso cane. Riconosce poi l'immagine mnestica: era un cane di sua zia, che le si era affezionato, l'accompagnava dappertutto, e cosí via. Sí, e adesso le viene in mente, senza altri aiuti, che questo cane era morto, che i bambini lo avevano sepolto solennemente e che, sulla via del ritorno da questo funerale, si era manifestata la tosse. Domando il perché, ma devo nuovamente aiutarmi con la pressione. Allora si presenta il pensiero: "Ora sono assolutamente sola al mondo. Nessuno mi ama qui, questa bestia era il mio solo amico, e ora io l'ho perduto." Prosegue poi nella narrazione: "La tosse scomparve quando andai via da quella zia, ma ricomparve un anno e mezzo dopo." – "E quale fu la ragione?" – "Non so." – Premo ancora: si ricorda la notizia della morte dello zio, allorché la tosse era scoppiata nuovamente, e per una simile successione di pensieri. Lo zio sarebbe stato l'unica persona della famiglia a provare affetto per lei, il solo che l'avesse amata. Ecco dunque la rappresentazione patogena: non la si amava, le si preferiva chiunque altro, e neppure meritava di essere amata, eccetera. Alla rappresentazione dell'"amore" era però collegata qualche cosa alla cui comunicazione era sorta una grave resistenza. L'analisi fu interrotta prima della spiegazione.

Qualche tempo fa mi toccò il compito di liberare dai suoi accessi d'angoscia una signora anziana che, a giudicare dalle particolarità

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

del suo carattere, era poco idonea a lasciarsi influenzare da un trattamento di questo genere. Dopo la menopausa era diventata eccessivamente bigotta e mi riceveva ogni volta come se fossi il diavolo, armata di un piccolo crocifisso d'avorio che nascondeva nella mano. I suoi accessi d'angoscia, che presentavano carattere isterico, risalivano ai primi anni della sua adolescenza e provenivano, in apparenza, dall'uso di un preparato iodico somministratole per far regredire una lieve forma di ipertiroidismo. Naturalmente ho respinto questa derivazione cercando di sostituirla con un'altra piú consona alle mie vedute sull'etiologia dei sintomi nevrotici. Alla prima domanda circa un'impressione della giovinezza che stesse in nesso causale con gli accessi d'angoscia, sorse, sotto la pressione della mia mano, il ricordo della lettura di un libro del tipo cosiddetto edificante, in cui si poteva trovare un accenno, di un tono abbastanza pietistico, ai fatti sessuali. Il brano fece sulla fanciulla un'impressione opposta all'intenzione dell'autore; scoppiò in lacrime e gettò via il libro. Ciò accadde *prima* del primo accesso d'angoscia. Una seconda pressione esercitata sulla fronte della paziente evocò un'altra reminiscenza, il ricordo di un istitutore dei fratelli, che le aveva dimostrato grande ammirazione e per il quale lei stessa aveva provato un certo calore sentimentale. Questo ricordo culminava nella riproduzione di una serata nella casa paterna, durante la quale stavano tutti seduti attorno al tavolo con quel giovanotto, divertendosi molto in una conversazione animata. Nella notte seguente a questa serata era stata svegliata dal primo accesso d'angoscia, che certamente aveva piú a che fare con la ribellione contro uno stimolo sensuale che non con lo iodio usato pressappoco nella stessa epoca. — In quale altro modo avrei avuto speranza di scoprire in questa paziente ribelle, prevenuta verso di me e verso ogni terapia mondana, una connessione simile, contro le sue stesse opinioni e affermazioni?

Un'altra volta si trattava di una donna giovane sposata felicemente, che già nei primi anni della sua giovinezza veniva trovata per un certo periodo ogni mattina in uno stato di stordimento, gli arti rigidi, la bocca aperta e la lingua protesa, e che adesso presentava ancora, al risveglio, accessi simili, anche se meno gravi. Non si poté ottenere un'ipnosi profonda; intrapresi perciò l'indagine nello stato di concentrazione assicurandole, alla prima pressione, che avrebbe ora visto qualche cosa direttamente collegato con le cause del suo stato nell'infanzia. Si mantenne tranquilla e docile, rivide

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

l'abitazione nella quale aveva passato i suoi primi anni, la sua camera, la posizione del letto, la nonna che allora viveva con loro, e una delle governanti a lei molto cara. Seguivano parecchie brevi scene in questi ambienti e fra queste persone, tutte, a vero dire, senza importanza, concluse dall'addio della governante che lasciava la casa per sposarsi. Non sapevo in realtà che fare di queste reminiscenze né riuscivo a stabilire una relazione fra esse e l'etiologia degli accessi. Si trattava però, come si capiva da varie circostanze, proprio della stessa epoca nella quale gli accessi erano apparsi le prime volte. Prima ancora di poter continuare l'analisi, ebbi però occasione di parlare con un collega che in anni passati era stato medico della famiglia della mia paziente. Da lui ebbi il seguente chiarimento. All'epoca in cui egli aveva avuto in cura per quei primi accessi la fanciulla, che stava crescendo ed era fisicamente molto ben sviluppata, lo colpí l'eccessiva tenerezza nei rapporti fra lei e la governante che si trovava nella casa. Ebbe un sospetto e indusse la nonna a sorvegliare questi rapporti. Dopo breve tempo, la vecchia signora poté informarlo che la governante soleva fare alla bambina visite notturne mentre era a letto e che dopo tali notti regolarmente la bambina veniva trovata al mattino in stato di accesso. Non esitarono, allora, a ottenere l'allontanamento senza scandalo di questa corruttrice di minorenni. Ai bambini e persino alla madre fu fatto credere che la governante lasciava la casa per sposarsi. — La terapia, subito riuscita, consistette quindi nel comunicare alla giovane donna il chiarimento da me avuto.

Talvolta i chiarimenti che si ottengono con il procedimento della pressione si presentano in forma curiosa e in circostanze che fanno apparire ancora piú tentatrice l'ipotesi di un'intelligenza inconscia. Cosí mi ricordo di una signora che da molti anni soffriva di rappresentazioni ossessive e fobie e che, per quanto riguarda la genesi della sua malattia, mi accennò ai suoi anni d'infanzia, senza tuttavia saper indicare assolutamente nulla che se ne potesse considerare responsabile. Era sincera e intelligente e opponeva soltanto un'assai lieve resistenza cosciente. (Noto qui fra parentesi che il meccanismo psichico delle idee ossessive ha un'intima parentela con quello dei sintomi isterici, e che la tecnica dell'analisi è per entrambi la stessa.) Quando domandai a questa signora se sotto la pressione della mia mano avesse visto qualche cosa o avesse avuto un ricordo, rispose: "Né l'una cosa né l'altra, ma mi è venuta in mente improvvisamente una parola." — "Una sola parola?" — "Sí, ma è troppo stu-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pida." – "La dica comunque." – "Portinaio." – "Nient'altro?" – "No." Alla seconda pressione, di nuovo giunse una parola isolata che le era passata per la mente: "Camicia." Mi accorsi che si trattava di una maniera nuova di dare le risposte e con ripetuta pressione le tirai fuori una serie apparentemente senza senso di vocaboli: "Portinaio – camicia – letto – città – carro di fieno" – "Che significa questo?" domandai. Rifletté un momento, poi le venne di pensare: "Questo può essere solo una certa storia, che mi viene in mente adesso. Quando avevo dieci anni, e la piú giovane delle mie sorelle maggiori ne aveva dodici, essa una volta di notte ebbe un accesso di delirio furioso e dovette essere legata e portata in città su un carro da fieno. So per certo che fu il portinaio a immobilizzarla e ad accompagnarla poi anche in clinica." Continuammo allora questo tipo d'indagine e potemmo udire dal nostro oracolo altre serie di parole, che non poterono essere tutte interpretate ma che tuttavia hanno potuto essere utilizzate per la continuazione di questa storia e per collegarvene una seconda. Anche il significato di questa reminiscenza si rivelò presto. La malattia della sorella le aveva fatto un'impressione tanto profonda perché le due sorelle avevano un segreto fra loro; dormivano in una stessa stanza e una certa notte avevano subíto ambedue le aggressioni sessuali di una certa persona maschile. Con l'accenno a questo trauma sessuale della remota infanzia, tuttavia, furono scoperti non solo l'origine delle prime idee ossessive, ma anche il trauma che ebbe un'azione patogena consecutiva.

La stranezza di questo caso sta soltanto nell'emersione di singoli vocaboli che dovettero essere elaborati da noi in proposizioni, giacché l'apparente mancanza di ogni relazione e connessione è caratteristica per tutte le idee e le scene che vengono in mente sotto l'azione della pressione, in modo non diverso che per queste parole proferite a guisa d'oracolo. Andando avanti, risulta poi regolarmente che le reminiscenze apparentemente sconnesse sono strettamente legate tra di loro da collegamenti ideativi e che esse conducono in modo diretto al fattore patogeno cercato. Perciò ricordo volentieri un caso di analisi, durante il quale la mia fiducia nei risultati della pressione venne dapprima messa a dura prova, ma risultò poi brillantemente giustificata.

Una giovane donna molto intelligente e in apparenza molto felice mi aveva consultato per un dolore ostinato all'addome, che non voleva cedere alla terapia. Costatai che il dolore, localizzato nelle

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

pareti addominali, doveva riferirsi a ispessimenti muscolari avvertibili alla palpazione e ordinai un trattamento locale. Dopo alcuni mesi rividi la paziente, la quale mi disse: "Il dolore di allora, dopo il trattamento che Lei mi ha consigliato, è passato ed è rimasto assente per molto tempo, ma adesso è ritornato come dolore nervoso. Lo riconosco dal fatto che non l'ho piú come prima nei movimenti, ma solo in ore determinate, per esempio la mattina quando mi sveglio e in caso di agitazione di un certo tipo." La diagnosi della signora era esattissima; si trattava ora di trovare la causa di questo dolore, e in ciò essa, nel suo stato normale, non poteva aiutarmi. Nella concentrazione e sotto la pressione della mia mano, quando le domandai se le venisse in mente o se vedesse qualche cosa, si decise per il vedere e cominciò a descrivermi le proprie immagini visive. Vide qualcosa come un sole con raggi, e che io naturalmente dovetti prendere per un fosfene, provocato dalla pressione sugli occhi. Mi aspettavo che venisse qualcosa di piú utilizzabile, ma essa continuò: "Stelle di strana luce azzurro-pallida, come luce lunare" e cosí via; tutto sfarfallio, luccicore e punti luminosi davanti agli occhi, pensavo io. Stavo già per annoverare questo tentativo fra quelli falliti e pensavo come avrei potuto uscirne senza dare importanza alla cosa, quando una delle apparizioni da lei descritte attrasse la mia attenzione. Una grande croce nera, che stava inclinata, aveva agli orli la stessa luminescenza, come di luce lunare, di tutte le immagini precedenti, e sui suoi bracci vacillava una fiammella. Questo, ovviamente, non era però piú un fosfene. Tesi ora l'orecchio: si presentarono in gran massa immagini con la stessa luminosità, strani segni che sembravano lontanamente sanscrito, inoltre figure come triangoli, e tra essi un triangolo grande; ancora la croce ... Questa volta suppongo un significato allegorico e domando che cosa significa questa croce. "Forse vuol dire il dolore", risponde. Obietto che per "croce" s'intende per lo piú un peso morale. Che cosa si nasconde dietro il dolore? Essa non lo sa dire e prosegue con le sue visioni: un sole con raggi d'oro, che ella sa anche interpretare: "Questo è Dio, la forza originaria." Poi una lucertola di grandezza gigantesca, che essa osserva con curiosità, ma non spaventata, poi un mucchio di serpenti, poi ancora un sole, ma con lievi raggi argentei, e davanti a lei, fra la sua persona e questa sorgente di luce, una grata che le nasconde il centro del sole. So ormai di avere a che fare con allegorie e chiedo subito il significato dell'ultima immagine. Essa risponde senza esitazione: "Il sole è la perfezione, l'Ideale, e la

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

grata sono le mie debolezze e i miei difetti, che si frappongono fra me e l'Ideale." – "Dunque Lei si fa dei rimproveri, è scontenta di sé?" – "Certamente." – "Ma da quando?" – "Da quando sono socia della Società teosofica e leggo gli scritti da essa pubblicati. Ho sempre avuto una cattiva opinione di me stessa." – "E che cosa le ha fatto recentemente la piú forte impressione?" – "Una traduzione dal sanscrito che si pubblica ora a dispense." Un minuto dopo vengo a conoscere i suoi tormenti interiori, i rimproveri che si muove, e apprendo un piccolo episodio che aveva provocato uno di questi rimproveri e durante il quale il dolore, già organico, si era manifestato per la prima volta come conseguenza di una conversione di eccitamento. Le immagini che avevo in principio preso per fosfeni, erano simboli di modi di pensare occultistici, forse addirittura emblemi dalle testate di libri occulti.

Ho fatto le lodi della efficacia del procedimento sussidiario della pressione con un tale calore e ho talmente trascurato in tutto questo tempo il punto di vista della difesa o della resistenza, che ho certo suscitato l'impressione che, con questo piccolo artificio, si sia in grado di dominare ogni ostacolo psichico contro una cura catartica. Sarebbe però un grave errore il crederlo. Profitti siffatti nella terapia non ne esistono, a quanto mi consta; per grandi cambiamenti, qui, come ovunque, si richiede un grande lavoro. La procedura della pressione non è altro che un artificio per sorprendere per un po' l'Io che si trova in atteggiamento difensivo; in tutti i casi piú seri, l'Io si riprende e prosegue la propria resistenza.

Devo accennare alle varie forme in cui questa resistenza si presenta. Anzitutto, di solito, l'esperimento della pressione la prima o la seconda volta non riesce. Il paziente dice allora molto deluso: "Credevo che mi sarebbe venuto in mente qualche cosa, ma ho solo pensato alla tensione della mia attesa; nulla è venuto." Questo modo di prender posizione del paziente non va ancora messo sul conto degli ostacoli; si replica: "Lei era troppo dominato dalla curiosità; la seconda volta le cose andranno." E le cose vanno veramente. È strano quanto spesso i pazienti, anche i piú obbedienti e i piú intelligenti, possano dimenticare completamente l'accordo che pure avevano inizialmente accettato. Hanno promesso di dire tutto quello che sotto la pressione della mano sarebbe venuto loro in mente, indipendentemente dal fatto di sembrare loro significativo o no, d'essere o meno per loro una cosa gradevole a dirsi, e dunque senza

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

scelta, senza lasciarsi influenzare da critica o da affetto. Ma non si attengono a questa promessa: evidentemente è cosa superiore alle loro forze. Ogni volta il lavoro s'inceppa, sempre tornano a sostenere che questa volta non è venuto loro in mente nulla. Non si deve prestar loro fede, si deve sempre supporre e anche affermare che sono essi a trattenere qualche cosa perché credono sia privo d'importanza o perché è loro penoso. Si insiste, si ripete la pressione, ci si mostra infallibili, sinché effettivamente si riesce a farsi dire qualche cosa. E allora il paziente soggiunge: "Questo glielo avrei potuto dire fin dalla prima volta." – "Perché non lo ha detto?" – "Non potevo immaginare che potesse essere questo. Solo quando ha continuato a tornare ogni volta, mi sono deciso a dirlo." Oppure: "Ho sperato che non si trattasse proprio di questo; che mi sarei potuto risparmiare di dirlo; solo quando non sono riuscito a scacciarlo, mi sono reso conto che non mi si fa grazia di nulla." Cosí il paziente tradisce in modo consecutivo i motivi di una resistenza che in principio non aveva voluto confessare. Evidentemente non può fare altro che opporre resistenza.

È strano dietro quali scuse questa resistenza spesso si nasconda. "Oggi sono distratto, mi disturba l'orologio o il suono del pianoforte nella stanza accanto." Ho imparato a replicare: "Niente affatto, adesso Lei si è imbattuto in qualcosa che non vuol dire. Ma non le servirà a nulla. Si soffermi pure su questa cosa." Quanto piú a lungo dura la pausa tra la pressione della mia mano e la comunicazione del paziente, tanto piú divento diffidente, tanto piú è da temere che il paziente dia una propria sistemazione a ciò che gli è venuto in mente, mutilandolo nella riproduzione. I chiarimenti piú importanti arrivano spesso commentati come accessori del tutto superflui, come i príncipi travestiti da mendicanti nell'Opera. "Adesso mi è venuta in mente una cosa, che però non c'entra per nulla. Gliela dico soltanto perché Lei pretende che io dica tutto." Con questa introduzione, per lo piú arriva poi la soluzione da lungo tempo attesa; drizzo sempre le orecchie quando sento il paziente parlare con tanto disprezzo della cosa che gli è venuta in mente. È infatti un indizio del successo della difesa il fatto che le rappresentazioni patogene nella loro ricomparsa sembrino cosí poco importanti. Si può vedervi indicato in che cosa sia consistito il processo di difesa: è consistito nel fare della rappresentazione forte una rappresentazione debole, strappandole l'affetto.

Il ricordo patogeno si riconosce dunque, oltre che da altre caratte-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

ristiche, dal fatto di essere definito dal malato inessenziale e tuttavia di venire comunicato solo con resistenza. Vi sono anche casi in cui il malato cerca di negare pur dopo che è riemerso: "Adesso mi è venuta in mente una cosa, ma questa evidentemente me l'ha suggerita Lei", oppure: "So ciò che Lei si aspetta con questa domanda. Lei crede certamente che io abbia pensato questo o quello." Un modo particolarmente scaltro di diniego consiste nel dire: "Adesso veramente mi è venuta in mente una cosa; ma mi sembra di averla aggiunta io arbitrariamente; non mi sembra affatto un pensiero riprodotto." In tutti questi casi rimango irremovibile, non accetto queste distinzioni, e dichiaro invece al paziente che si tratta solo di forme e pretesti della resistenza contro la riproduzione di quel particolare ricordo che dobbiamo ciononostante accettare.

Nel ritorno di immagini, il compito è in genere piú facile che non con i pensieri. Gli isterici, che per lo piú sono dei visivi, non fanno tante difficoltà all'analista come le persone con idee ossessive.

Quando un'immagine è emersa nel ricordo, si può sentir dire il paziente che essa va sbriciolandosi e perdendo chiarezza a misura che egli procede nella sua descrizione. *Il paziente per cosí dire la smonta nel tradurla in parole.* Ci si orienta ora sull'immagine mnestica stessa, per trovare la direzione nella quale il lavoro va continuato. "Guardi ancora una volta l'immagine. È scomparsa?" – "Nell'insieme sí, ma questo dettaglio lo vedo ancora." – "Allora questo significa ancora qualche cosa. O Lei vedrà qualcosa di nuovo che vi si collega, o le verrà in mente qualche cosa a proposito di questo residuo." Quando il lavoro è terminato, il campo visivo risulta nuovamente libero, e si può tirar fuori un'altra immagine. Altre volte, però, una tale immagine rimane ostinatamente ferma davanti all'occhio interiore del paziente, nonostante la sua descrizione, e ciò è per me un segno che egli ha ancora qualche cosa di importante da dirmi sul tema dell'immagine. Non appena lo ha detto, l'immagine scompare cosí come uno spettro redento ritrova la propria pace.

Naturalmente è assai importante, per la prosecuzione dell'analisi, che si finisca per avere sempre ragione di fronte al paziente, altrimenti si dipenderebbe da quello che egli ritiene opportuno comunicare. È pertanto confortante il fatto che il procedimento della pressione non fallisca propriamente mai, con una sola eccezione, che dovrò considerare piú avanti, ma che fin d'ora posso caratterizzare, osservando che corrisponde a un particolare motivo di resistenza. Può naturalmente accadere che si applichi il procedimento in circo-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

stanze in cui non deve prodursi nulla. S'interroga, ad esempio, sull'etiologia ulteriore di un sintomo, quando essa è già data compiutamente, oppure s'indaga sulla genealogia psichica di un sintomo, per esempio di un dolore, che in realtà è un dolore somatico. Anche in questi casi, il paziente afferma che non gli è venuto in mente nulla, e ha effettivamente ragione. Si può evitare di fargli un torto, attenendosi in modo assolutamente generale al principio di non perdere di vista, durante l'analisi, l'espressione del volto della persona tranquillamente distesa. Si apprende allora senza alcuna difficoltà a distinguere la tranquillità di spirito nel caso di reale assenza di una reminiscenza, dalla tensione e dai segni di emozione con cui il paziente tenta di negare, al servizio della difesa, la reminiscenza che sta emergendo. Su tali esperienze è basata del resto anche l'applicazione del procedimento della pressione ai fini della diagnostica differenziale.

Il lavoro, dunque, anche con il procedimento della pressione, non è esente da fatica. Si è ottenuto solo il vantaggio di avere imparato dai risultati di tale procedimento in quale direzione si debba indagare e a quali cose si deve costringere il paziente. In alcuni casi, questo basta; si tratta infatti in sostanza, per me, di indovinare il segreto e di dirlo in faccia al paziente: egli allora deve per lo piú abbandonare il suo rifiuto perdurante. In altri casi, ho bisogno di qualcosa di piú. La resistenza del paziente si manifesta nel fatto che i contesti si spezzano, le soluzioni rimangono assenti, le immagini ricordate si presentano confuse e incomplete. Quando da una fase ulteriore di analisi si guarda indietro alle fasi precedenti, ci si meraviglia spesso di come fossero mutilate tutte le idee e le scene che si sono strappate al paziente col procedimento della pressione. Vi mancava proprio l'essenziale, la relazione con la persona o con l'argomento, e l'immagine pertanto restava incomprensibile.

Voglio dare uno o due esempi dell'azione di questa censura al primo apparire dei ricordi patogeni. Il paziente vede, per esempio, un busto femminile, alla cui veste, come per effetto di una trascuratezza, manca qualche cosa; solo molto piú tardi si aggiunge a questo torso la testa, consentendo cosí di individuare una persona e una relazione. Oppure narra una reminiscenza della sua infanzia, relativa a due ragazzini la cui figura gli è del tutto oscura, e ai quali si sarebbe attribuita una certa brutta cosa. Occorrono molti mesi e grandi progressi nella continuazione dell'analisi, perché egli riveda

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

questa reminiscenza riconoscendo in uno dei bambini sé stesso, nell'altro il proprio fratello.

Di quali mezzi si dispone dunque per vincere questa continua resistenza? Pochi, ma pure quasi tutti i mezzi con i quali, anche in altre situazioni, una persona esercita un'influenza psichica su un'altra. Si deve riflettere, anzitutto, che la resistenza psichica, specialmente se si è costituita da molto tempo, può essere risolta solo lentamente e per gradi, e occorre attendere con pazienza. In seguito, si può contare sull'interesse intellettuale che comincia a destarsi nel paziente dopo un breve lavoro. Illuminandolo, fornendogli spiegazioni sullo strano mondo dei fatti psichici, nel quale si è riusciti a penetrare proprio con queste analisi, si fa di lui un collaboratore, lo s'induce a considerare sé stesso con l'interesse obiettivo del ricercatore, e si respinge in tal modo la resistenza che poggia su una base affettiva. Infine però – e questa rimane la leva piú potente – si deve tentare, dopo avere indovinato i motivi della sua difesa, di svalutarli o di sostituirli con altri piú potenti. Qui certo cessa la possibilità di mettere in formule l'attività psicoterapeutica. Si agisce come meglio si può, come chiaritore (dove l'ignoranza ha dato luogo alla paura), come insegnante, come rappresentante di un modo piú libero o superiore di vedere il mondo, come confessore che dà in certo modo l'assoluzione con il mantenere la propria simpatia e stima dopo la confessione resa; si cerca di dare al paziente un'assistenza sul piano umano, nella misura in cui i limiti della propria personalità e il grado di simpatia che si riesce ad avere per il caso lo consentono. Presupposto indispensabile per tale attività psichica è che si siano indovinati con sufficiente approssimazione la natura del caso e i motivi della difesa in esso attiva, e fortunatamente la tecnica dell'insistere e il procedimento della pressione conducono proprio sino a questo. Quanto maggiore è il numero degli enigmi di questa specie che si sono già risolti, tanto piú facile sarà forse risolverne uno nuovo e tanto piú presto si potrà iniziare il lavoro psichico curativo vero e proprio. Perché si deve ben tener presente il seguente punto: benché il paziente si liberi dal sintomo isterico soltanto riproducendo le impressioni patogene che lo causano ed esprimendole con tutte le manifestazioni affettive, pure il compito terapeutico *consiste soltanto nello spingerlo a questo*, e una volta che questo compito sia risolto, al medico non rimane piú nulla da correggere o da abolire. Tutto ciò che occorre in fatto di controsuggestione, è già stato impiegato durante la lotta contro la resistenza. Il caso può in certo modo para-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

gonarsi all'apertura di una porta chiusa a chiave; quando la chiave ha funzionato, abbassare la maniglia per aprire la porta non presenta piú alcuna difficoltà.

Accanto ai motivi intellettuali a cui si ricorre per superare la resistenza, si potrà raramente fare a meno di un fattore affettivo, il valore personale del medico; e in molti casi questo solo fattore sarà capace di eliminare la resistenza. Qui le cose non stanno in un modo diverso che nella medicina in genere e a nessun metodo terapeutico si potrà chiedere di rinunciare completamente a questo fattore personale.

3.

Nel paragrafo precedente ho indicato le difficoltà della mia tecnica, svelandole senza riserve – le ho raccolte del resto riferendomi ai casi piú difficili, assai spesso è possibile procedere molto piú agevolmente; – dato questo stato di cose, ci si può chiedere se non sia piú opportuno, invece di tutte queste complicazioni, sforzarsi piú energicamente di ottenere l'ipnosi o limitare l'applicazione del metodo catartico a quei malati che si lasciano porre in ipnosi profonda. All'ultima proposta dovrei rispondere che il numero dei pazienti utilizzabili per quelle che sono le *mie* capacità si ridurrebbe eccessivamente; al primo consiglio, invece, contrapporrò l'ipotesi che anche imponendo l'ipnosi non si risparmi molta resistenza. Le mie esperienze a tale proposito sono stranamente poco numerose, e non posso perciò andar oltre l'ipotesi; ma quando ho eseguito una cura catartica con l'ipnosi anziché con la semplice concentrazione, non ho trovato che il lavoro da compiere ne fosse diminuito. Ho finito soltanto da poco un trattamento del genere, nel corso del quale ho fatto scomparire una paralisi isterica delle gambe. La paziente entrava in uno stato che psichicamente si differenziava assai dalla veglia e che somaticamente era caratterizzato dal fatto che essa non riusciva assolutamente ad aprire gli occhi o ad alzarsi prima che le ordinassi: "Adesso si svegli." Eppure, in nessun altro caso, ho trovato maggiore resistenza che in questo. Io non diedi importanza a questi segni somatici, ed essi verso la fine del trattamento, durato dieci mesi, non erano del resto piú avvertibili. Tuttavia lo stato della paziente, mentre il nostro lavoro si veniva svolgendo, non per questo aveva perduto nulla delle sue peculiarità psichiche:[1] capa-

[1] [La parola "psichiche" compare solo nella prima edizione.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cità, cioè, di ricordarsi di cose inconsce e la relazione molto particolare verso la persona del medico. Nella storia della signora Emmy von N., ho effettivamente descritto un esempio di cura catartica eseguita nel piú profondo sonnambulismo e nella quale la resistenza non ha avuto quasi parte. Tuttavia da questa donna io non ho saputo nulla che richiedesse un particolare sforzo per venir comunicato, nulla che dopo una conoscenza prolungata e con un po' di stima lei non avrebbe potuto raccontarmi anche nello stato vigile. Le vere cause della sua malattia, identiche certamente a quelle delle ricadute subíte dopo il mio trattamento, io non le ho mai potute raggiungere; si trattava del mio primo tentativo in questa terapia, e l'unica volta in cui per caso le ho chiesto una reminiscenza in cui entrava qualche elemento erotico [p. 239], la trovai altrettanto riluttante e infida nelle sue indicazioni di qualsiasi altra delle mie successive pazienti non sonnambule. Della resistenza di questa donna, anche nel sonnambulismo, contro altri ordini e richieste, ho già parlato nella sua storia clinica. In generale, il valore dell'ipnosi per facilitare le cure catartiche è diventato per me dubbio da quando mi capitarono esempi, in sonnambulismo profondo, di assoluta disobbedienza *terapeutica*, accompagnati da perfetta docilità in altri campi. Un caso di questo genere l'ho comunicato brevemente a pagina 257 [in nota] e ne potrei aggiungere altri ancora. Confesso, del resto, che l'esperienza fatta corrisponde abbastanza bene alla necessità che io avverto dell'esistenza di una relazione quantitativa fra causa ed effetto anche in campo psichico.[1]

Nella mia esposizione finora l'idea della resistenza ha occupato il primo piano. Ho mostrato come nel lavoro terapeutico si sia condotti a ritenere: che l'isteria si generi mediante la rimozione di una rappresentazione insopportabile per effetto della difesa; che la rappresentazione rimossa continui a sussistere quale debole (poco intensa) traccia mnestica; che l'affetto tolto a quella rappresentazione venga impiegato per un'innovazione somatica, cioè: conversione dell'eccitamento. La rappresentazione quindi diventerebbe, proprio per effetto della sua rimozione, una causa di sintomi morbosi, cioè patogena. Un'isteria che presenti questo meccanismo psichico potrebbe chiamarsi "isteria da difesa".

[1] [Per il periodo durante cui Freud usò le tecniche dell'ipnotismo (iniziato verso il 1887) e della "pressione" (iniziata verso il 1892), vedi la nota a p. 267.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Ora noi due, Breuer e io, abbiamo ripetutamente parlato di due altri tipi di isteria, per i quali abbiamo fatto uso dei termini di "isteria ipnoide" e "da ritenzione". L'isteria ipnoide è quella che in via del tutto generale ci si è presentata per prima; non saprei infatti citare alcun migliore esempio di tale isteria, che il primo caso di Breuer, che sta all'inizio delle nostre storie cliniche. Per un'isteria ipnoide siffatta, Breuer ha indicato un meccanismo psichico essenzialmente diverso da quello della difesa mediante conversione. In essa, dunque, una rappresentazione diventerebbe patogena per il fatto che essa, accolta in uno stato psichico particolare, è rimasta fin da principio esclusa dall'Io. Non vi è stato quindi bisogno di alcuna forza psichica per escluderla dall'Io, e non può svilupparsi alcuna resistenza se la s'introduce nell'Io con l'aiuto dell'attività mentale durante il sonnambulismo. La storia clinica di Anna O. effettivamente non rivela per nulla una resistenza di questo genere.

Questa differenza è per me tanto essenziale che essa mi induce senz'altro a conservare il concetto di isteria ipnoide. È strano che alla mia esperienza personale non si sia mai presentata alcuna isteria ipnoide autentica; ogni caso in cura, si trasformava in isteria da difesa. Non che io non abbia avuto mai a che fare con sintomi che evidentemente erano sorti in stato di coscienza isolati e che dovevano per questo rimanere esclusi dall'accoglimento nell'Io. Ciò talvolta è accaduto anche nei miei casi, ma potevo allora anche provare che il cosiddetto stato ipnoide doveva il suo isolamento al fatto che in esso agiva in gruppo psichico precedentemente eliminato della difesa. In breve, non posso sottrarmi al sospetto che l'isteria ipnoide e l'isteria da difesa s'incontrino in qualche punto alla radice, e che la difesa sia là l'elemento primario. Ma non so nulla in proposito.

Ugualmente incerto è attualmente il mio giudizio sull'"isteria da ritenzione",[1] nella quale il lavoro terapeutico pure dovrebbe effettuarsi senza resistenza. Ho avuto un caso che avevo preso per una tipica isteria da ritenzione; pregustavo la gioia del successo facile e sicuro, ma questo successo, benché il lavoro fosse effettivamente facile, non venne. Sospetto perciò, di nuovo con tutte le riserve che si addicono all'ignoranza, che anche nell'isteria da ritenzione debba trovarsi alla radice un elemento di difesa che ha mosso tutto il processo verso l'isteria. Nuove esperienze dovranno dirci, speriamo presto, se con questa tendenza ad allargare il concetto della difesa

[1] [Vedi sopra p. 357 e nota.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

estendendolo a tutta l'isteria io non corra pericolo di cadere nell'unilateralità e nell'errore.

Ho trattato fin qui delle difficoltà e della tecnica del metodo catartico e vorrei aggiungere ancora alcuni cenni sul modo come con questa tecnica si sviluppa un'analisi. Per me, questo è un tema molto interessante, ma non posso attendermi che esso susciti un interesse analogo in altri, i quali non hanno ancora eseguita alcuna analisi del genere. Parlerò ancora propriamente di tecnica, ma questa volta delle difficoltà intrinseche di cui non può esser reso responsabile il paziente, e che in un'isteria ipnoide e in un'isteria da ritenzione dovrebbero parzialmente essere le stesse come nelle isterie da difesa che io ho presenti come modelli. Mi accingo a scrivere quest'ultima parte della mia esposizione nella speranza che le particolarità psichiche che vi si riveleranno possano acquistare in futuro un certo valore quale materia prima per una dinamica delle rappresentazioni.

La prima e piú possente impressione che si ricava in un'analisi del genere, è certamente che il materiale psichico patogeno – che apparentemente è dimenticato, non è disponibile per l'Io, e non esercita alcuna funzione nell'associazione e nel ricordo – costituisce ugualmente in qualche modo un materiale pronto, bene e rettamente ordinato. Si tratta solo di eliminare le resistenze che ne sbarrano l'accesso. Ma, in un certo senso, esso diventa noto[1] nel modo piú generale in cui possiamo sapere qualche cosa; i nessi corretti delle singole rappresentazioni fra loro e con altre non patogene, che sono spesso ricordati, sussistono; sono stati a loro tempo stabiliti e sono conservati nella memoria. Il materiale psichico patogeno appare come patrimonio di un'intelligenza non necessariamente inferiore a quella dell'Io normale. Spesso l'apparenza di una seconda personalità si prospetta nel modo piú sorprendente.

È giustificata questa impressione? oppure retrodatiamo al periodo della malattia l'ordinamento del materiale psichico che risulta dopo la sua risoluzione? Ecco problemi che per il momento e in questo luogo preferirei non prendere in considerazione. In ogni caso le esperienze compiute in queste analisi si possono descrivere meglio e piú chiaramente ponendosi dal punto di vista che si acquisisce ad analisi conclusa, per la considerazione del caso nel suo insieme.

[1] [*Gewusst* = noto, nella sola prima edizione; *bewusst* = cosciente, in tutte le altre, ma si tratta probabilmente di un errore.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Infatti, per lo piú la situazione non è cosí semplice come la si è descritta in casi particolari, ad esempio per un singolo sintomo formatosi per un grosso trauma. Per lo piú non si ha un *singolo* sintomo isterico, ma un alto numero di sintomi, indipendenti in parte, in parte tra loro collegati. Non ci si deve attendere un ricordo traumatico *unico* e, quale suo nucleo, un'*unica* rappresentazione patogena, ma ci si devono aspettare *serie* di traumi *parziali* e *concatenamenti* di processi ideativi patogeni. L'isteria traumatica monosintomatica è, per cosí dire, un organismo elementare, un essere monocellulare, in confronto alla struttura complessa di una nevrosi isterica grave, quale si trova in genere.

Il materiale psichico di una tale isteria si presenta come una formazione pluridimensionale, a stratificazione per lo meno triplice. Spero di poter dare una rapida giustificazione di questo modo di esprimermi figurato. Esiste anzitutto un nucleo di ricordi (di esperienze o sequenze di pensieri), nei quali il fattore traumatico è culminato o l'idea patogena ha trovato la sua piú pura manifestazione. Attorno a questo nucleo si trova una quantità spesso incredibilmente ricca di altro materiale mnestico, che deve essere elaborato nell'analisi, disposto, come ho detto, in tre modi.

È anzitutto evidente una disposizione cronologica lineare, che si realizza all'interno di ogni singolo tema. Come esempio di essa cito le disposizioni nell'analisi di Anna O. fatta da Breuer. Prendiamo il tema del diventar sordi, del non udire. Questo tema si differenziava secondo sette condizioni, e sotto ogni interstazione erano raccolti da dieci fino a oltre cento ricordi singoli in successione cronologica (pp. 202 sg.). Era come se si svuotasse un archivio tenuto in buon ordine. Nell'analisi della mia paziente Emmy von N. sono contenuti analoghi fascicoli di ricordi, anche se non altrettanto numerati e descritti. Essi costituiscono però un fatto del tutto generale in ogni analisi e si presentano ogni volta in un ordine cronologico, altrettanto sicuro dell'ordine di successione dei giorni della settimana o dei nomi dei mesi per la persona mentalmente normale, e rendono difficile il lavoro dell'analisi per la loro particolarità di invertire, nella riproduzione, l'ordine di successione originario; l'esperienza piú recente, piú fresca del fascicolo viene per prima come "copertina", e la fine è data da quell'impressione con la quale in realtà la serie è incominciata.

Ho indicato il raggruppamento di ricordi omogenei in una pluralità linearmente stratificata (quale si ha nel fascicolo di una pratica d'archivio, in un pacco di documenti, ecc.) come formazione di un

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

tema. Questi temi tuttavia presentano un secondo tipo di disposizione: essi sono, non saprei esprimermi altrimenti, stratificati concentricamente attorno al nucleo patogeno. Non è difficile dire che cosa costituisca questa stratificazione, e secondo quale grandezza, decrescente o crescente, questa disposizione si produca. Sono strati di uguale resistenza, crescente nella direzione del nucleo; e quindi zone di uguale modificazione della coscienza, e in cui si estendono i singoli temi. Gli strati piú periferici contengono, dei vari temi, quei ricordi (o fascicoli) che si rammentano facilmente e sono sempre rimasti chiaramente coscienti; piú si va nel profondo, piú difficilmente i ricordi che emergono vengono riconosciuti, sinché in prossimità del nucleo s'incontrano quei ricordi che il paziente, anche riproducendoli, rinnega.

È questa particolarità della stratificazione concentrica del materiale psichico patogeno che, come vedremo, conferisce allo svolgimento di queste analisi i suoi caratteri tipici. Ora va menzionato ancora un terzo tipo di disposizione, il piú essenziale, e su cui è piú difficile dire qualche cosa di generale. È la disposizione secondo il contenuto di pensiero, il legame dato dal filo logico che giunge fino al nucleo e che tende a segnare una propria via, in ogni caso diversa, irregolare e tortuosa. Questa disposizione ha un carattere dinamico, in contrasto con quello morfologico delle due stratificazioni sopra indicate. Mentre queste ultime potrebbero essere rappresentate in uno schema spaziale con linee continue, curve e rette, l'andamento del concatenamento logico dovrebbe essere indicato con una linea a tratti, che passasse per le vie piú ingarbugliate dagli strati superficiali a quelli profondi e viceversa, avanzando tuttavia in genere dalla periferia verso il nucleo, e che dovesse in tal modo toccare tutte le stazioni, allo stesso modo come lo zigzagare delle mosse del cavallo, nella soluzione di un problema, taglia i riquadri della scacchiera.

Mi soffermo ancora un momento su quest'ultimo paragone per mettere in rilievo un punto nel quale esso non rende adeguatamente le caratteristiche dell'oggetto del confronto. La connessione logica corrisponde non soltanto a una linea spezzata a zigzag, ma piuttosto a una linea ramificata, e piú precisamente a un sistema di linee convergenti. Esso ha punti nodali nei quali due o piú fili s'incontrano per proseguirne uniti; e al nucleo fanno capo in genere piú fili aventi andamenti tra loro indipendenti, oppure collegati in certi punti da tratti laterali. È assai notevole, per dir le cose con altre

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

parole, osservare quanto spesso un sintomo sia determinato in vari modi, sia sovradeterminato.[1]

Il mio tentativo di descrivere l'organizzazione del materiale psichico patogeno sarà terminato se introdurrò ancora un'altra complicazione. Può infatti presentarsi il caso che si abbia piú di un unico nucleo nel materiale patogeno; cosí, per esempio, quando si tratta di analizzare un secondo attacco isterico, avente una propria etiologia, e che tuttavia si collega a un primo attacco, già superato da anni, di isteria acuta. Ci si può allora facilmente immaginare quali strati e percorsi ideativi debbano aggiungersi, per stabilire un collegamento fra i due nuclei patogeni.

All'immagine cosí ottenuta dell'organizzazione del materiale patogeno voglio ancora aggiungere qualche osservazione. Abbiamo detto di questo materiale, che esso si comporta come un corpo estraneo; anche la terapia agirebbe come l'allontanamento di un corpo estraneo dal tessuto vivente. Siamo ora in grado di comprendere in che cosa tale paragone sia difettoso. Un corpo estraneo non stabilisce alcun collegamento con gli strati di tessuti che lo circondano, pur modificandoli col produrre l'infiammazione reattiva. Il nostro gruppo psichico patogeno non si può invece enucleare nettamente dall'Io, i suoi strati esterni si confondono per ogni dove con elementi dell'Io normale e appartengono, propriamente, a quest'ultimo non meno che all'organizzazione patogena. Il confine fra i due viene fissato durante l'analisi in modo puramente convenzionale, ora qua ora là, e in singoli punti anzi non può neppure essere indicato. Gli strati interni si estraniano sempre di piú dall'Io, senza che tuttavia il confine del patogeno incominci in qualche punto in modo visibile. L'organizzazione patogena non si comporta tanto come un corpo estraneo, quanto piuttosto come un'infiltrazione. Quale elemento infiltrante si deve assumere, in questa similitudine, la resistenza. La terapia, infatti, non consiste nell'estirpare qualche cosa – la psicoterapia non è attualmente in grado di far questo, – ma nel liquidare la resistenza, aprendo cosí la via alla circolazione in una regione anteriormente sbarrata.

(Mi servo qui di una serie di similitudini, che hanno tutte una somiglianza piuttosto limitata con il mio tema e che neppure concordano fra di loro. Me ne rendo conto e non corro pericolo di sopravvalutare la loro importanza; ma mi guida l'intenzione di rendere

[1] [*Überbestimmt*, vedi p. 358, n. 1.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

intuibile da vari punti di vista una situazione mentale estremamente complessa e mai sinora descritta, per cui mi prendo la libertà di far uso di paragoni – in questa maniera non perfettamente corretta – anche nelle pagine che seguono.)

Se, a cose finite, si potesse mostrare a una terza persona il materiale patogeno nella sua organizzazione pluridimensionale e complessa, ormai riconosciuta, questa persona potrebbe giustamente domandare: "Come è riuscito un simile cammello a passare per la cruna di un ago?" Si parla infatti, e non a torto, di "strettoia della coscienza", termine che acquista senso e concretezza per il medico che effettua una di queste analisi. Nella coscienza dell'Io può entrare soltanto un unico ricordo alla volta; il paziente, occupato nell'elaborazione di questo solo ricordo, non vede nulla di quel che incalza e dimentica quello che è già passato. Se il superamento di questo ricordo individuale urta contro difficoltà, come ad esempio quando il paziente non rinuncia alla resistenza contro di esso, quando lo vuole rimuovere o mutilare, il passaggio è per cosí dire bloccato; il lavoro s'inceppa, non può sopraggiungere nient'altro, e quel ricordo singolo, che sta aprendosi la via, rimane di fronte al paziente fintantoché egli non l'abbia accolto nell'estensione del proprio Io. Tutta la massa voluminosa di materiale patogeno viene cosí trafilata attraverso una stretta fessura, e arriva perciò nella coscienza come tagliata a pezzi o in nastri. È compito dello psicoterapeuta ricomporre l'organizzazione presunta. Chi si diletta ancora di paragoni, potrà qui pensare a un giuoco di pazienza.

Accingendosi a iniziare un'analisi di questo tipo, dove ci si deve attendere una simile organizzazione del materiale patogeno, ci si può giovare dei seguenti dati dell'esperienza: *non è assolutamente possibile sperare di penetrare direttamente nel nucleo dell'organizzazione patogena*. Se pur si riuscisse a indovinare tale nucleo, il paziente non saprebbe che farsene della spiegazione cosí offertagli in regalo, e non ne verrebbe modificato psichicamente.

Non rimane altro che mantenersi in un primo tempo alla periferia della formazione psichica patogena. Si comincia col far narrare al malato quello che egli sa e ricorda, orientando già in questa fase la sua attenzione e superando le piú lievi resistenze mediante il procedimento della pressione. Ogni volta che, premendo, si è dischiusa una nuova via, è lecito attendersi che il paziente percorra un certo tratto senza nuove resistenze.

Dopo aver lavorato per qualche tempo in questa maniera, si risve-

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

glia in genere un'attività collaboratrice del paziente. Gli vengono ora in mente un gran numero di reminiscenze senza che occorra porgli domande o compiti; ci si è insomma aperta la strada verso uno strato piú interno, nell'ambito del quale il paziente dispone ora spontaneamente di materiale che ha tutto un'uguale resistenza. Si fa bene a lasciare che per un poco egli lo riproduca senza essere influenzato. Egli non è naturalmente in grado di scoprire da solo importanti connessioni, ma si può lasciargli il compito di scavare nell'ambito del medesimo strato. Le cose che egli produce in tal modo sembrano spesso sconnesse, ma forniscono tuttavia il materiale che verrà vivificato da una connessione riconosciuta in seguito.

Ci si deve in genere guardare a questo proposito da due cose. Se si ostacola il paziente nella riproduzione delle idee che affluiscono in lui, si rischia di "seppellire" molte cose che in seguito si dovranno comunque liberare con grande fatica. D'altra parte, non si deve neppure sopravvalutare la sua "intelligenza" inconscia, lasciandole la direzione di tutto il lavoro. Per ridurre a uno schema il metodo di lavoro, potrei dire, ad esempio, che ci si assume l'apertura di strati interiori, la penetrazione in senso *radiale*, mentre il paziente si occupa dell'estensione *periferica*.

La penetrazione, infatti, si realizza superando la resistenza nella maniera sopra indicata. Prima, tuttavia, si deve in genere assolvere un altro compito. Si deve riuscire a prendere in mano un capo del filo logico, con la guida del quale soltanto si può sperare di penetrare nell'intimo. Non ci si può attendere che le comunicazioni spontanee del paziente, il materiale degli strati piú superficiali, possano rendere facile all'analista il riconoscimento dei luoghi dove si scende nel profondo, dei punti dove le connessioni ideative cercate si annodano. Al contrario: proprio ciò è accuratamente occultato; la descrizione del paziente sembra completa e conchiusa in sé. Ci si trova in principio davanti a essa come davanti a un muro, che sbarra la vista e non lascia sospettare se vi sia qualche cosa al di là e cosa sia.

Quando tuttavia si esamina con occhio critico la rappresentazione che si è ottenuta dal paziente senza molta fatica e resistenza, si scoprono infallibilmente in essa lacune e difetti. Qua la connessione è visibilmente interrotta ed è rabberciata dal malato con un modo di dire o con un'informazione insufficiente; là s'incontra una giustificazione che in una persona normale si dovrebbe dire molto debole. Il paziente non vuole riconoscere queste lacune quando si richiama

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

la sua attenzione su di esse. Il medico però ha ragione di cercare dietro questi punti deboli il passaggio al materiale degli strati piú profondi, di sperare di trovare proprio qui i fili del nesso che insegue con il procedimento della pressione. Si dice dunque al malato: "Lei sbaglia; quello che Lei dice non può aver nulla a che fare con ciò di cui si tratta. Qui dobbiamo trovare dell'altro, e le verrà in mente sotto la pressione della mia mano."

Da una successione di pensieri, sia pur sprofondata nell'inconscio, di un isterico, si ha infatti il diritto di pretendere gli stessi requisiti di nesso logico e di motivazione giustificata che si richiederebbero in un individuo normale. Un allentamento di queste relazioni non rientra nei poteri della nevrosi. Quando i legami fra le rappresentazioni dei nevrotici e specialmente degli isterici fanno un'impressione diversa, quando il rapporto d'intensità delle varie rappresentazioni non appare spiegabile con le sole condizioni psicologiche, noi conosciamo la ragione proprio di questo e sappiamo indicarla nell'*esistenza di motivi nascosti, inconsci*. Ci è lecito dunque supporre motivi segreti di questo genere dovunque si rilevi una di queste fratture nella connessione, o una trasgressione della forza che il paziente attribuisce normalmente ai suoi motivi.

È ovvio che in questo lavoro ci si deve mantenere liberi dal pregiudizio teorico di avere a che fare con cervelli anormali di *dégénérés* e di *déséquilibrés*,[1] che avrebbero quale stigma la libertà di gettare a mare le comuni leggi psicologiche del collegamento fra le rappresentazioni, e nei quali una rappresentazione qualsiasi potrebbe senza motivo aumentare esageratamente in intensità e un'altra restare indistruttibile senza alcuna ragione psicologica. L'esperienza mostra, per l'isteria, il contrario; quando i motivi nascosti, spesso rimasti inconsci, sono stati trovati e messi in conto, anche nel nesso isterico delle idee non rimane nulla di misterioso e di irregolare.

In questo modo, dunque, rintracciando nella prima descrizione del paziente lacune che spesso sono mascherate da "falsi nessi" [vedi p. 437], si afferra un pezzo del filo logico nella periferia e da lí, con il procedimento della pressione, ci si apre la via per proseguire.

È assai raro, tuttavia, che si riesca cosí a penetrare lungo lo stesso filo fino alla zona piú interna; per lo piú, il filo si rompe per via: la pressione fallisce, non dà alcun risultato oppure ne dà uno che, per

[1] [Degenerati e squilibrati; in francese nel testo per un preciso riferimento alle opinioni degli psichiatri francesi del tempo.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

quanto ci si sforzi, non si riesce a chiarire e a proseguire. Si apprende presto a difendersi, in tal caso, dalla possibilità di confondere, com'è facile, una cosa con l'altra. L'espressione del malato deve decidere se si è veramente arrivati a una fine, o se ci si è imbattuti in un caso che non richiede una spiegazione psichica, o se è l'eccessiva resistenza a imporre un arresto al lavoro. Quando non si riesce a vincere rapidamente la resistenza, si deve ritenere di avere seguíto il filo fin dentro uno strato che per il momento è ancora impenetrabile. Lo si lascia allora cadere per afferrarne un altro che forse potrà essere seguíto fino a un punto altrettanto lontano. Quando con tutti i fili si è giunti nello stesso strato, e vi si sono trovati i nodi a motivo dei quali il singolo filo isolato non poteva piú essere seguíto, si può pensare ad aggredire nuovamente la resistenza che ci sta di fronte.

È facile immaginarsi quanto possa diventare complicato un lavoro simile. Si penetra in strati interni continuando a superare resistenze, si prende conoscenza dei temi accumulati in questo strato e dei fili che vi corrono, si esamina fino a qual punto, con i mezzi di cui al momento si dispone e con la conoscenza acquisita, ci si possa spingere avanti, ci si procura una prima informazione sommaria del contenuto degli strati successivi mediante il procedimento della pressione, si lasciano cadere i fili e si riprendono, li si segue fino ai punti nodali, si ripassano continuamente le cose dette, ed esplorando un fascicolo di ricordi si giunge ogni volta su un sentiero secondario che infine ha, tuttavia, uno sbocco. Finalmente si giunge in questo modo cosí avanti da poter abbandonare il lavoro a strati per penetrare attraverso una via maestra direttamente nel nucleo dell'organizzazione patogena. Con ciò la battaglia è vinta, ma non ancora terminata. Si devono riprendere gli altri fili, esaurire il materiale; ma ora il paziente collabora energicamente, la sua resistenza è per lo piú già infranta.

In questi stadi avanzati del lavoro risulta utile, quando s'indovini la connessione, comunicarla al paziente prima di averla scoperta. Se si è indovinato giusto, si accelera il corso dell'analisi; ma anche con un'ipotesi erronea ci si aiuta a progredire, obbligando il paziente a prendere posizione e provocando in lui energici rifiuti che già tradiscono una sua sicura conoscenza piú esatta.

Ci si convince cosí con stupore di *non essere in grado d'imporre al paziente cosa alcuna intorno a ciò che sostiene di non sapere, o d'influenzare i risultati dell'analisi stimolando la sua aspettazione.*

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Non sono riuscito una sola volta, anticipando il risultato, a modificare e a falsare la riproduzione dei ricordi o la connessione tra gli eventi, ciò che del resto alla fine avrebbe dovuto esser rivelato da una contraddizione nella compagine. Se si produceva un pensiero come l'avevo predetto, vi era sempre la testimonianza di molteplici reminiscenze non sospettate a provare che avevo solo indovinato giusto. Non si deve quindi temere di esprimere davanti al paziente una qualche opinione circa la connessione successiva; ciò non nuoce per nulla.

Un'altra osservazione che si ha continuamente occasione di ripetere, si riferisce alle riproduzioni spontanee del paziente. Si può asserire che durante un'analisi del genere non compare una sola reminiscenza che non abbia il suo significato. Un inserirsi di immagini mnestiche *irrilevanti*, che siano in qualche modo associate a quelle valide, a rigore non si verifica mai. Si può enunciare un'eccezione, che tuttavia non distrugge la regola, per quei ricordi che di per sé sono privi d'importanza, ma che sono indispensabili come elementi di congiunzione, in quanto l'associazione fra due ricordi ricchi di riferimenti si effettua solo attraverso ad essi.

Il tempo durante il quale un ricordo sosta nell'angusto passaggio che precede l'ingresso nella coscienza del paziente, è in diretta relazione, come è già stato detto [p. 427], con la sua importanza. Un'immagine che non vuole estinguersi, richiede ancora di essere presa in considerazione; un pensiero che non si lascia mettere in disparte, vuole essere ancora ripreso. Né una reminiscenza ritorna mai una seconda volta, quando sia stata esaminata; un'immagine che sia stata "sfogata a parole", non si rivede piú. Se c'è ritorno, bisogna attendersi con certezza che la seconda volta si colleghi all'immagine un nuovo contenuto di pensieri, una nuova sequenza si congiunga all'idea subitamente apparsa: ossia che non c'è stata un'elaborazione completa. Un ritorno con diversa intensità, prima sotto forma di accenno, poi con piena chiarezza, si verifica invece spesso; ma ciò non contraddice la precedente asserzione.

Quando l'analisi ha, fra gli altri compiti, l'eliminazione di un sintomo capace di aumentare d'intensità o di ripetersi (dolori, sintomi di irritazione come il vomito, sensazioni, contrattura), si osserva, durante il lavoro, un fenomeno interessante e non sgradito: la "partecipazione al discorso" da parte di quel sintomo.[1] Esso riappare, o

[1] [Vedi esempi a p. 203 e a p. 302.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

appare con intensità rafforzata, non appena si è giunti nella regione dell'organizzazione patogena che contiene l'etiologia del sintomo stesso, e continua ad accompagnare il lavoro con oscillazioni caratteristiche e istruttive per il medico. La sua intensità (poniamo si tratti di un impulso al vomito) cresce quanto piú profondamente si penetra in uno dei ricordi patogeni al riguardo, raggiunge il livello massimo poco prima della sua narrazione e, a racconto avvenuto, decresce improvvisamente o scompare anche del tutto per qualche tempo. Se, per la resistenza, il paziente differisce a lungo, la tensione della sensazione (l'impulso al vomito) diventa insopportabile, e se non si riesce a ottenere la comunicazione, il vomito si verifica realmente. Si raggiunge cosí un'impressione plastica del fatto che il "vomito" sostituisce un'azione psichica (qui, la comunicazione), cosí come sostiene la teoria della conversione isterica.

Questa oscillazione d'intensità da parte del sintomo isterico si rinnova poi ogni volta che si affronta un nuovo ricordo che sia patogeno rispetto a esso; il sintomo è, per cosí dire, sempre all'ordine del giorno. Se si è obbligati a lasciare cadere per qualche tempo il filo da cui questo sintomo dipende, anche il sintomo rientra nell'ombra per riemergere in un periodo successivo dell'analisi. Questo giuoco dura fin tanto che, con l'elaborazione del materiale patogeno, si sia ottenuta per questo sintomo una liquidazione definitiva.

A rigore, il sintomo isterico non si comporta qui per nulla diversamente dall'immagine mnestica o dal pensiero riprodotto, che si evocano sotto la pressione della mano. Nell'un caso e nell'altro, si ha la stessa ossessionante tenacia del ripresentarsi alla memoria del paziente, che deve essere liquidata. La differenza sta soltanto nel fatto che i sintomi isterici apparentemente si producono in modo spontaneo, mentre ci si ricorda bene di avere provocato noi stessi le scene e le idee. In realtà, però, vi è una serie continua che si estende dai *residui mnestici* non modificati di esperienze segnate dall'affetto e atti di pensiero sino ai sintomi isterici, che sono i *simboli mnestici* di queste esperienze e atti.

Il fenomeno della partecipazione al discorso da parte del sintomo isterico durante l'analisi comporta un inconveniente pratico a cui dobbiamo far sí che il paziente si adatti. È infatti del tutto impossibile effettuare d'un fiato l'analisi di un sintomo, o anche ripartire gli intervalli del lavoro in modo tale che essi coincidano esattamente con le pause del processo di elaborazione. L'interruzione invece, quale è inevitabilmente imposta da circostanze estrinseche,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

come il fatto che l'ora della seduta sia trascorsa, viene spesso a cadere nel momento meno adatto, proprio quando ci si sta avvicinando a qualche cosa di decisivo, o proprio mentre si sta profilando un nuovo tema. Sono gli stessi inconvenienti che guastano a ogni lettore di giornale la lettura della puntata quotidiana del suo romanzo d'appendice, quando, subito dopo il discorso decisivo dell'eroina, dopo lo sparo, e cosí via, ci si trova di fronte alle parole: "Il seguito al prossimo numero." Nel nostro caso il tema, trattato ma non liquidato, il sintomo inizialmente rinforzato e non ancora spiegato, rimane vivo nella vita psichica del paziente, e lo tormenta forse ancora piú del solito. Egli[1] deve però accettare questa situazione; non si possono organizzare le cose diversamente. Vi sono in genere pazienti che, durante un'analisi siffatta, non riescono a lasciar piú cadere il tema una volta toccato, ne sono ossessionati anche nell'intervallo fra due sedute e, poiché da soli non riescono a procedere nella liquidazione, soffrono momentaneamente piú che non prima della cura. Anche questi pazienti imparano, alla fine, ad aspettare il medico, a rimandare alle ore di trattamento tutto l'interesse che hanno per la liquidazione del materiale patogeno, e cominciano allora a sentirsi piú liberi negli intervalli.

Lo stato generale del paziente durante questo genere di analisi è pure meritevole di nota. Per un certo tempo ancora non influenzato dal trattamento, rimane espressione dei fattori che hanno agito nel passato, ma poi giunge un momento in cui il malato viene "ghermito", il suo interesse è incatenato, e da quel momento in poi anche il suo stato generale diventa sempre piú strettamente dipendente dall'andamento del lavoro. Ogni volta che si è ottenuta una nuova spiegazione, che si è raggiunta una fase importante nello svolgimento organico dell'analisi, anche il paziente si sente alleggerito, ha come un presentimento della liberazione che si approssima; in ogni arresto del lavoro, a ogni minacciosa perplessità, aumenta il carico psichico che lo opprime, si accentua il suo senso di infelicità, il suo stato di incapacità. Ma tutto questo solo per breve durata: l'analisi, infatti, procede per la sua strada, senza inorgoglirsi per l'attimo di benessere e senza lasciarsi impressionare per i periodi di offuscamento. In complesso si può essere contenti quando alle oscil-

[1] [Nella prima e nella seconda edizione tedesca, *Er* = egli. Nella terza *Es* (pronome neutro), evidentemente un errore di stampa, corretto in seguito con: *man* = si. Ma il senso è piú chiaro nella forma originale.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

lazioni spontanee nello stato del paziente si sono sostituite altre da noi stesse provocate e comprese, cosí come si costata volentieri che il succedersi spontaneo dei sintomi viene sostituito da quell'ordine del giorno che corrisponde allo stato dell'analisi.

In genere, in principio, il lavoro diventa tanto piú oscuro e difficile, quanto piú si penetra in profondità nella formazione psichica stratificata sopra descritta. Una volta però che si sia penetrati fino al nucleo, si fa luce e lo stato generale del paziente non deve piú temere un forte offuscamento. Il premio del lavoro, però, la cessazione dei sintomi morbosi, può essere atteso soltanto quando per ogni singolo sintomo si sia effettuata l'analisi completa; anzi, quando i sintomi sono fra loro collegati con nodi multipli, non ci si deve fare illusioni neppure per i successi parziali ottenuti durante il lavoro. In forza dei molti collegamenti causali esistenti, ogni rappresentazione patogena non ancora superata funziona da motivo per tutte le creazioni della nevrosi, e solo con l'ultima parola dell'analisi scompare l'intero quadro morboso, in modo del tutto simile a come si comporta il singolo ricordo riprodotto.

Quando un ricordo patogeno o una connessione patogena già sottratta alla coscienza dell'Io è rivelata dal lavoro dell'analisi e inserito nell'Io, si osservano nella personalità psichica cosí arricchita diversi modi di esprimersi circa un tale acquisto. Accade assai spesso che i pazienti, dopo che si sono faticosamente costretti a una certa conoscenza, dichiarino: "Ma questo io l'ho sempre saputo, questo glielo avrei potuto dire anche prima." I piú comprensivi riconoscono poi che si tratta di una autoillusione e si accusano di ingratitudine. Del resto, la presa di posizione dell'Io nei confronti del nuovo acquisto varia in genere secondo lo strato dell'analisi da cui esso proviene. Ciò che appartiene agli strati esterni, viene riconosciuto senza difficoltà; era infatti rimasto in possesso dell'Io, e solo la sua connessione con gli strati piú profondi del materiale patogeno costituisce per l'Io una novità. Anche ciò che viene portato alla luce da tali strati piú profondi, finisce con l'essere riconosciuto e accettato, spesso però soltanto dopo un piú lungo periodo di esitazioni e ripensamenti. Qui naturalmente le immagini mnestiche visive possono piú difficilmente esser rifiutate che non le tracce mnestiche di semplici processi ideativi. Non è affatto raro che il paziente dica dapprima: "È possibile che io abbia pensato questo, ma non riesco a ricordarmene", e solo dopo che egli si è familiarizzato per un certo tempo con questa ipotesi si aggiunge anche il riconoscimento;

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

il paziente ora ricorda e conferma anche con nessi secondari di aver avuto veramente una volta quel pensiero. È per me tuttavia un principio assoluto durante l'analisi il mantenere la valutazione di una reminiscenza che emerge, indipendente dal riconoscimento da parte del paziente. Non mi stancherò dal ripetere che siamo tenuti ad accettare tutto quello che con i nostri mezzi portiamo alla luce. Quand'anche vi fosse incluso qualche elemento non genuino o errato, il contesto ci insegnerebbe in seguito a escluderlo. Sia detto per incidenza, ben raramente ho avuto motivo di rifiutare in un secondo tempo il riconoscimento a una reminiscenza che avevo provvisoriamente accettata. Qualsiasi cosa emergesse, nonostante la piú ingannevole apparenza di una violenta contraddizione, è sempre risultata alla fine la cosa giusta.

Le rappresentazioni che provengono dagli strati piú profondi e che formano il nucleo dell'organizzazione patogena, anche dal paziente sono riconosciute come ricordi con la maggiore difficoltà. Anche quando tutto è finito, quando i pazienti, costretti dalla necessità logica e convinti dall'effetto terapeutico che accompagna proprio l'emergere di queste rappresentazioni, quando i pazienti, dico, hanno essi stessi espresso l'ipotesi di avere pensato in questo e in quel modo, aggiungono spesso: "*Ricordare* però di averlo pensato, questo non mi riesce." È facile allora mettersi d'accordo, si trattava di pensieri *inconsci*. Ma come è poi possibile inserire questa situazione nelle nostre concezioni psicologiche? Dobbiamo prescindere da questo rifiuto di riconoscimento da parte dei pazienti, che, a lavoro finito, è privo di senso? Dobbiamo supporre che si tratti realmente di pensieri che non sono mai stati formulati e per i quali si dava solo una possibilità virtuale di esistenza, cosicché la terapia consisterebbe nel completamento di un atto psichico precedentemente incompiuto? Evidentemente su questo argomento, e cioè sullo stato del materiale patogeno prima dell'analisi, è impossibile dire qualche cosa finché non abbiamo chiarito a fondo le nostre concezioni psicologiche fondamentali, specialmente sulla natura della coscienza. Rimane sí un fatto degno di riflessione che in queste analisi si possa seguire una sequenza di pensieri dal conscio all'inconscio (vale a dire, a qualcosa assolutamente non riconosciuto come ricordo), che si possa trarla da lí nuovamente per qualche pezzo attraverso la coscienza per vederla finire nuovamente nell'inconscio, e ciò senza che questo cambiamento della sua "illuminazione psichica" muti qualcosa in essa, nella sua logicità, nella connessione fra le sue singole parti.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Quando poi ho davanti a me per intero questa sequenza ideativa, non saprei piú dire quale suo frammento sia stato riconosciuto dal paziente come ricordo e quale no. Io vedo solo in certo qual modo i punti culminanti della sequenza ideativa immergersi nell'inconscio, all'opposto di quanto si afferma per i nostri processi psichici normali.

Devo infine trattare ancora un argomento che nell'effettuazione di un'analisi catartica di questo genere ha un'importanza purtroppo notevole. Ho già ammesso la possibilità che il procedimento della pressione fallisca, non provochi alcuna reminiscenza nonostante tutte le assicurazioni e insistenze. Ho detto che sono possibili due casi: o nel punto su cui si sta indagando non vi è realmente nulla da cercare – e si riconosce ciò dall'espressione perfettamente tranquilla del paziente, – oppure si è incontrata una resistenza che è superabile solo in un secondo tempo, ci si trova di fronte a un nuovo strato nel quale non si può ancora penetrare – e anche questo lo si legge nell'espressione tesa del paziente, che indica il suo sforzo mentale. – È possibile, tuttavia anche un terzo caso, che ha pure il significato di un ostacolo, non relativo però al contenuto, ma esteriore. Questo caso si verifica quando è turbato il rapporto fra paziente e medico, ed è l'ostacolo peggiore che si possa incontrare. Tuttavia si avrà a che fare con esso in ogni analisi piuttosto seria.

Ho già accennato [pp. 403 sg.] all'importanza del ruolo che spetta alla persona del medico nella produzione di motivi che possano vincere la forza psichica della resistenza. In non pochi casi, specialmente con donne, e quando si tratti di chiarire processi di pensieri erotici, la collaborazione dei pazienti diventa un sacrificio personale, che deve essere compensato con un qualche surrogato dell'amore. La premura del medico e la sua paziente cordialità devono essere sufficienti come surrogato. Se però questo rapporto fra la paziente e il medico viene turbato, viene anche meno la disponibilità della paziente; quando il medico vuole informarsi della successiva idea patogena, si inserisce nella paziente la consapevolezza delle lagnanze che in essa si sono accumulate verso lo stesso medico. Per quanto ho potuto sperimentare, questo ostacolo si verifica in tre casi principali.

1) Nell'estraniarsi personale, quando la paziente si crede trascurata, poco stimata, insultata, o quando ha sentito parlar male del medico e del metodo di cura. Questo è il caso meno serio; l'ostacolo è facilmente superabile con le spiegazioni e i chiarimenti, benché la

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

suscettibilità e la diffidenza delle isteriche possano talora manifestarsi in misura insospettata.

2) Quando la paziente viene presa dal timore di abituarsi troppo alla persona del medico, di perdere la propria indipendenza nei suoi confronti, e persino di poterne dipendere sessualmente. Questo caso è piú importante, perché è determinato da fattori meno individuali. Il movente per questo ostacolo è insito nella natura della sollecitudine terapeutica. La paziente ha ora un nuovo motivo di resistenza, che si manifesta non solo in relazione a una reminiscenza particolare, ma ad ogni tentativo di trattamento. Molto spesso, la paziente si lamenta di dolori al capo quando si comincia il procedimento della pressione. Il suo nuovo motivo di resistenza rimane infatti per lo piú inconscio in lei, ed essa lo esprime mediante un sintomo isterico di nuova produzione. Il mal di testa significa l'avversione a lasciarsi influenzare.

3) Quando la paziente si spaventa per il fatto di trasferire sulla persona del medico le rappresentazioni penose che emergono dal contenuto dell'analisi. Ciò è frequente, e anzi in alcune analisi è un fatto generale. La traslazione[1] sul medico avviene per *falso nesso*.[2] Devo qui darne un esempio. Un certo sintomo isterico in una delle mie pazienti era stato il desiderio, concepito molti anni prima e subito ricacciato nell'inconscio, che l'uomo col quale stava conversando si fosse fatto coraggio e afferrandola l'avesse baciata. Una volta, alla fine di una seduta, sorge nella paziente un desiderio analogo nei riguardi della mia persona; essa ne è terrorizzata, passa una notte insonne e la volta dopo, pur non rifiutando il trattamento, si dimostra del tutto inutilizzabile per il lavoro. Conosciuto ed eliminato l'ostacolo da parte mia, il lavoro procede nuovamente, ed ecco che ora il desiderio che aveva tanto spaventato la paziente riappare come ricordo, il primo dei ricordi patogeni ora richiesti dalla connessione logica. Le cose si erano quindi svolte nel modo seguente. Dapprima era emerso nella coscienza della paziente il contenuto del desiderio, senza i ricordi delle circostanze accessorie che avrebbero permesso di localizzare questo desiderio nel passato. Il desiderio

[1] [È il primo esempio di uso del termine "traslazione" (*Übertragung*) nella sua accezione psicoanalitica. Vedine un uso affine nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 513. Il termine sarà però ripreso e chiaramente stabilito solo nelle ultime pagine del *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901).]

[2] Per i falsi nessi e la coazione ad associare, vedi p. 230 in nota. [I falsi nessi erano già stati discussi da Freud in *Le neuropsicosi da difesa* (1894) §2.]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

cosí presente, in base alla coazione ad associare che dominava la coscienza, era stato collegato con la mia persona, a cui era consentito che la paziente rivolgesse la sua attenzione, e in seguito a questa *mésalliance* – che io chiamo "falso nesso" – s'era destato lo stesso affetto che, a suo tempo, l'aveva costretta a rifiutare quel desiderio illecito. Da che ho appreso questo, posso presumere che in ogni caso in cui la mia persona si trovi coinvolta in modo simile si verifichino nuovamente una traslazione e un falso nesso. Lo strano è che la paziente rimane ogni volta nuovamente vittima dell'inganno.

Non si può condurre a termine alcuna analisi se non si sa affrontare la resistenza che risulta da queste tre occorrenze. Anche qui si trova la via giusta se ci si accinge a trattare questo nuovo sintomo, prodotto su modello antico, al modo dei vecchi sintomi. Anzitutto, si ha il compito di rendere l'"ostacolo" cosciente alla paziente. Ad esempio, con una delle mie pazienti il procedimento della pressione era rimasto improvvisamente senza effetto: avevo motivo di ritenere che si trattasse di un'idea inconscia del tipo di quella menzionata al punto 2), e mi riuscí di coglierla la prima volta di sorpresa. Le dissi che doveva essersi prodotto un ostacolo contro la continuazione del trattamento, ma che il procedimento della pressione aveva almeno il potere di mostrarle questo ostacolo, e la premetti sulla testa. Ella disse meravigliata: "Vedo Lei qui seduto sulla sedia, ma questo non ha senso; che cosa può significare?" Potei ora darle le spiegazioni. In un'altra paziente, l'"ostacolo" non soleva mostrarsi direttamente in seguito alla pressione, ma lo potevo dimostrare ogni volta riconducendo la paziente al momento in cui esso era sorto. Il procedimento della pressione non ci rifiutava mai la riproduzione di quel momento. Trovando e dimostrando l'ostacolo, la prima difficoltà era eliminata, ma ne rimaneva ancora una piú grande. Essa consisteva nell'indurre la paziente a parlare quando si trattava apparentemente di rapporti personali e dove la terza persona coincideva con quella del medico.

All'inizio ero molto seccato di questo aumento del mio lavoro psicologico, finché non giunsi a comprendere la legge che governava l'intero processo; mi accorsi poi, anche, che questa traslazione non implicava un notevole aumento di lavoro. Per la paziente, il lavoro rimaneva lo stesso: si trattava sempre di sormontare l'affetto penoso per aver potuto nutrire per un istante desideri del genere, mentre sembrava indifferente per il successo che essa prendesse

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

come tema del suo lavoro questo rifiuto psichico nel caso storico o in quello recente con me. Le pazienti, a loro volta, imparavano gradualmente a capire che in queste traslazioni sulla persona del medico si tratta di una coazione e di una illusione, che si dissolvono con la fine dell'analisi. Penso, tuttavia, che se avessi trascurato di spiegare loro la natura di questo "ostacolo", avrei semplicemente sostituito con un nuovo sintomo isterico, sia pure piú blando, l'altro sviluppatosi spontaneamente.

Questi accenni all'esecuzione di queste analisi e alle esperienze compiute, ritengo possano bastare. Forse fanno apparire la situazione piú complicata di quanto non sia; molte cose, infatti, si spiegano da sole quando ci si trova impegnati in un lavoro simile. Ho elencato le difficoltà del lavoro non per destare l'impressione che, dati i compiti che s'impongono al medico e al malato, solo in rari casi valga la pena d'intraprendere un'analisi catartica. Come medico, io mi lascio guidare dal presupposto contrario. Non posso però di certo stabilire le piú precise indicazioni per l'applicazione del metodo terapeutico qui descritto senza inoltrarmi nella trattazione del tema, piú vasto e piú importante, della terapia delle nevrosi in genere. Ho spesso paragonato tra me la psicoterapia catartica a interventi chirurgici, chiamando le mie cure "operazioni psicoterapeutiche", rilevando analogie con l'apertura di una cavità purulenta, col raschiamento di una zona affetta da carie, eccetera. Un'analogia simile trova la sua giustificazione non tanto nell'allontanamento degli elementi morbosi, quanto nella produzione di condizioni di risanamento migliori per l'ulteriore decorso del processo.

Mi son sentito spesso obiettare dai miei pazienti, quando promettevo loro aiuto o sollievo per mezzo di una cura catartica: "Ma se dice Lei stesso che il mio male si collega probabilmente alla mia situazione e al mio destino: a quelli Lei non può certo recare alcun mutamento. In qual maniera mi vuole allora aiutare?" Ho potuto loro rispondere: "Non dubito affatto che dovrebbe essere piú facile al destino che non a me eliminare la Sua sofferenza: ma Lei si convincerà che molto sarà guadagnato se ci riuscirà di trasformare la Sua miseria isterica in una infelicità comune. Contro quest'ultima, Lei potrà difendersi meglio con una vita psichica[1] risanata."

[1] [Nelle edizioni tedesche prima del 1925: "sistema nervoso".]

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Elenco dei riferimenti bibliografici

La data tra parentesi indica l'anno di edizione delle varie opere e, per gli scritti di Freud, quello di composizione; nel caso di due o più opere dello stesso autore appartenenti al medesimo anno, è contrassegnato da asterisco il numero di pagina in cui si dà per la prima volta la citazione bibliografica dei diversi scritti.

Averbeck, H.
(1886): 35, 37

Benedikt, M.
(1894): 356
Bernheim, H.
(1ª ed. 1886, 2ª ed. 1887): 66, 69-80, 91, 230
(1892): 67
Binet, A.
(1892): 178
Breuer, J. e Freud, S.
(1892): 126, 129, 131, 137, 141-43, 146, 156, 171, 339, 344, 360, 374 sg.
(1892-95): 10, 44, 78, 131, 137
Bum, A.
(1891): 68

Cabanis, Georges
(1824): 342
Charcot, J.-M.
(1887): 17, 19 sg., 30, 71, 75, 143 sg., 184, 186
(1ª ed. 1888, 2ª ed. 1892): 53, 61, 76, 131, 151-60, 288

Darkschewitsch, L. O. von e Freud S.
(1886): 8
Darwin, C.
(1872): 250, 332
Delbœuf, J.
(1888): 92
(1889): 178

Exner, S.
(1894): 341 sg., 384

Forel, A.
(1889): 67, 70, 81-92
Freud, S. (i riferimenti rimandano all'edizione Boringhieri delle Opere. Vedine l'elenco al fondo del presente volume)
(1886): 8*; 13*
(1887): 405
(1888): 160*, 399; 372*
(1889): 112
(1891): 6, 13, 268, 358
(1892): vedi Breuer e Freud; 177*, 181, 221, 262; 187*, 210
(1892-94): 10, 53, 61, 131
(1892-95): 10, 44, 56, 58, 129, 131, 137, 267
(1893): 10*, 53, 160; 11*, 30, 48, 51, 74, 158 sg., 248, 359; 344*
(1894): 123*, 153, 247, 356, 389, 396; 231*, 246, 249, 272, 278, 300, 357, 359, 396, 437; 231*
(1895): 138, 245, 288, 336 sg., 341, 344
(1896): 53*; 277*; 277*, 288
(1899): 94, 104, 232, 267, 326, 336 sg., 341, 409, 437
(1901): 133*, 149; 390*, 437
(1903): 267
(1904): 67, 267
(1905): 189
(1906): 175
(1909): 61*, 143, 187; 167*, 212, 249, 262, 332
(1913): 7*; 207*
(1914): 167, 206, 352
(1915): 78*, 341; 138*; 290*
(1915-17): 91
(1920): 138*, 336, 341; 336*
(1921): 66, 91, 106, 408
(1924): 17, 23, 41, 65 sg., 189, 206
(1927): 61, 187
(1937): 117
(1938): 139

Gicklhorn, J. e R.
(1960): 3

Hecker, E.
(1893): 397

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Hückel, A.
(1888): 72

Janet, P.
(1889): 178
(1892-94): 261, 342, 374
(1893): 375
Jendrássik, E.
(1886): 75
Jones, E.
(1953, trad. it. 1962): 17, 163 sg., 167, 206

Kaan, H.
(1893): 128
Kossmann, R. e Weiss, J.
(1ª ed. 1890, 3ª ed. 1905): 67 sg., 95

Lange, C. G.
(1885): 347

Mach, E.
(1875): 356
Meynert, T.
(1888): 75
(1889): 82, 84-86
Mitchell, S. W.
(1877): 35, 38

Moebius, P. J.
(1888): 334
(1891): 157
(1894): 360, 365
(1895): 392

Oppenheim, H.
(1890): 338, 349, 385, 388

Pitres, A.
(1891): 328

Richer, P.
(1ª ed. 1881, 2ª ed. 1885): 20
Romberg, M. H.
(1840): 365

Strümpell, A. von
(1892): 388

Trousseau, A.
(1836-39): 151

Villaret, A.
(1888-91): 41

Westphal, C. F. O.
(1877): 396

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Indice analitico

In questo indice compaiono solo i nomi degli autori non citati nell'Elenco dei riferimenti bibliografici. Sono inclusi anche questi quando nel testo viene citato il nome dell'autore senza riferimento a un'opera specifica.

Abasia, 49, 298, 303-06, 318, 327
Abbazia, 214, 222, 227 sg.
Aberrazioni, sessuali, 108
Abreazione, 139 n., 142, 180-82, 185, 187, 302, 310, 314 sg., 339, 352, 369, 394; e terapia catartica, 259, 302, 310-12, 315, 322 sg., 395; origine del termine, 180 n.; tardiva, 314-16
Abulia, 127 sg.
Abulie, 246-49, 258
Accessi convulsivi, 25-27, 44 sg., 50, 59, 61; *vedi anche* Isteroepilessia
Accesso confusionale, *vedi* Confusione mentale
Acromatopsia isterica, 48
Acustico, *vedi* Udito
Adolescenza, 252n., 288, 356, 383, 387; *vedi anche* Pubertà
Afasia, 268; isterica, 49, 157
Affaticamento, 91, 130; mentale, 160
Affetto(i), 126, 139, 142, 145; astenici, 348; conflitto di, 271; conversione di, 300 sg., 316 sg., 325-27, 336, 357-59, 362, 368 sg., 388-90, 421; e associazioni, 318, 348, 351 sg., 354 sg., 359, 377 sg.; ed espressione somatica, 96 sg., 107; e predisposizione per la malattia, 97 sg., 102 sg.; eccitamento cerebrale negli, 345-49, 361; importo di, 318, 359 n.; incapsulati, 187, 248 sg., 314, 325, 394; negli stati ipnoidi, 362-65, 376-81, 393; resistenza "strappa" un, 416; ricordo e, 179-83, 185 sg., 277 sg., 324 sg., 351 sg., 358 sg., 370, 432; ricordo e affetto che lo accompagnano, e scomparsa dei sintomi, 178, 366, 369, 376, 394, 419; scarica di, 179 sg., 185, 259, 348-54, 369, *vedi anche* Abreazione; sessuali, 183, 346 sg., 378, 388-91; spostamento di, 231 sg. n.; stenici, 348; trauma e, 177 sg., 182 sg., 245-49, 283, 357 sg.; valore affettivo, 318, 359, 368
Afonia, 49
Aggressività, 347, 389
Agorafobia, 157, 268 n.
Album senza figure (Andersen), 196
Alcoolismo, 53 sg., 108
Alfalgesia isterica, 46
Allattamento, difficoltà isterica nell', 122-26, 128 sg.
Allucinatoria, confusione, 254, 391; suggestionabilità, 383; vivezza, dei ricordi, 180 sg.
Allucinatorio, carattere, dei ricordi, 141
Allucinazione, 105 sg.; isterica, 45, 62, 144
Allucinazioni: isteriche, 175 sg., 178, 184, 354, 380 sg., 393; carattere "retrogrado" delle, 337, 337 n.; di animali, 215-17, 220, 225 sg., 233-35, 238; di dolore, 336 sg.; e percezione, 336, 349 sg.; motivazione inconscia delle, 381; negative, 194, 198; nel caso di *Anna O.*, 190, 192, 195-202; 205 sg., 210, 360 n.; nel caso di *Cäcilie M.*, 375; nel caso di *Elisabeth von R.*, 328, 332 n.; nel caso di *Emmy von N.*, 214, 245, 254; nel caso di *Katharina*, 281, 283, 286 sg.; olfattive, 263 sg., 269-71, 273-77; uditive, 339; visive, 176, 192, 195, 202-05, 217; 220, 222, 227 n., 233-35, 281, 283, 286 sg., 360 n.
Alois, 282
Alti Tauri, 280
Amaurosi, 258 n.; isterica, 47
Ambliopia, 202; isterica, 47
Amburgo, 6
Ammalati, desiderio di essere, 386; paura di essere, 386, 397
Ammontare affettivo, 318, 359 n.
Amnesia, 183, 187, 193, 207, 224 n., 262, 360 sg., 365, 378-80; ipnotica, 124; isterica, 145; *vedi anche* Dimenticare, Ecmnesia, Paramnesia
Amore, 105 sg., 347, 363 sg., 377 sg., 391, 410; inconscio, 318 sg.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Analgesia isterica, 46, 257 n., 263, 338, 385
Analogica, induzione (Moebius), 334
Analogie: apertura di una porta chiusa a chiave, 420; carne designata dai vegetariani come "carogna", 83; città sepolta, 293; corpo estraneo nel tessuto vivente, 178, 366, 426; cristallizzazione, 402; edificio a più piani, 388; filo telefonico, 341; fiori doppi, 384; formazione stratificata, 424-30, 434-36; gioco di pazienza, 427; impianto elettrico, 341 sg., 345, 349 sg., 353 n., interventi chirurgici, 439; malattia infettiva, 401 sg.; monaco del medioevo e il dito di Dio, 228; mosse del cavallo, 425; muro, 428; principi travestiti da mendicanti nell'Opera, 416; risuonatore e suono di un diapason, 381; romanzo d'appendice, 433; pittografia, 284; "strettoia della coscienza", 427, 431; san Cristoforo e Cristo, 91, 91 n.; tisi polmonare, 335; Titani, 373; uova di echinoderma, 207
Andersen, H., 196
Anestesia, 363; emianestesia, 177, 338, 374, 379, 381 sg.; isterica, 11, 25, 27-32, 47-51, 56, 73, 176-78, 183, 191, 193, 201, 204, 207, 227, 230, 233, 236 sg., 245, 338, 385 sg., 397, 399; organica, 46, 48
Angoscia, 177, 251, 348 sg., 389 sg.; accessi di, 194, 280 sg., 282 n., 287; astinenza sessuale e, 181, 228 n., 247, 260, 391, 398; come sintomo isterico, 192-99, 205, 207 sg., 214, 225, 229, 229 n., 246-48, 289, 356; negli sati ipnoidi, 361, 363 sg., 378 sg.; nevrosi d', 228 n., 268 n., 291 n., 390, 396 n., 397-400; verginale, 282, 289, 399
Animali, 344 sg., 347; allucinazioni di, 215-17, 220, 225 sg., 233-35, 238; esperimenti su, 89; paura degli, 185, 216 sg., 219-21, 225 sg., 229, 233-35, 238, 246, 257
Anna O., signorina, 164-68, 176, 179, 181, 189-213, 334, 354, 356, 360 n., 361-64, 369, 373 n., 377-81, 392, 398, 402, 422, 424
Anniversari, *vedi* Commemorazioni
Anoressia, 176, 191, 194 sg., 198, 205, 240-43, 348 sg., 357 sg.
Antichità, trattamento psichico nell', 101 sg.
Apparato digerente, 350
Arc de cercle, 45
Arrossire, 339, 365, 385
Artralgia, 338, 385; isterica, 11, 56
Ascensore, paura dell', 229, 233
Asma, 385
Assenza mentale, 343, 376-78
Assenze, 192, 194-96, 198 sg., 201, 203, 205, 362 sg., 381
Assistenza ai malati ed etiologia dell'isteria, 314-17, 320, 326, 363 sg., 378, 391
Associare, coazione ad, 231 n., 254, 437 n.
Associazione: di rappresentazioni, 77, 119, 130, 180, 185, 187, 317, 344 sg., 348, 351, 354, 359, 369, 374, 377 sg., 381 sg., 394, 407-09; e sogno, 141 sg., 156; limitate nelle nevrosi, 142; liquidazione di eccitamento per via di, 146; nel sogno, 340; per contemporaneità, 232 n., 270 sg., 274 sg., 326-30, 354; rappresentazioni escluse dall', 182 sg., 185, 248, 272, 283, 300, 317-19, 355 sg., 359, 361, 406-09, 423; *vedi anche* Associazioni libere
Associazione verbale, attraverso la memoria, 412 sg.
Associazioni libere, 220 n.
Associazioni, rappresentazione delle, 409 sg.
Assuefazione, 114, 159; *vedi anche* Alcoolismo
Astasia, 49, 303-05, 318, 327
Atetosi, 213
Atrofia: isterica, 8, 11, 49; muscolare, 12
Attacchi isterici, 137, 140, 143-46, 155-57
Attenzione, 98, 102 sg.; concentrazione dell', 338, 342, 359 sg., 364, 374, 384; del malato, in psicoterapia, 403, 408, 428; e movimenti automatici, 30; "facilitazione per attenzione", 384
Attesa, 98 sg., 102, 126 sg., 207, 248, 251, 341 sg., 345, 369 sg., 397 sg., 430
Attitudes passionnelles (fase dell'attacco isterico), 45, 143 sg., 155, 184
Attività motoria, 184-86, 250, 253, 339 sg., 342-44, 346-49, 351-53, 368, 387 sg., 393
Attività poetica, 353
Attone (vescovo), 234
August P., caso di, 25-32
Aura isterica, 281, 331
Autoaccusa, 211, 228, 231 sg., 237, 316, 329, 373, 386, 406, 415
Autocoscienza, 367 sg., 372 sg.
Autoipnosi, 86, 139-41, 145, 179, 182, 196, 205, 208 sg., 294, 334, 360-65, 379, 383, 386, 391; *vedi anche* Ipnoide, stato
Autosuggestione, 77, 86, 89

Babinski, J., 151
Baginsky, A., xxv, 13 e n.
Baginsky, B., 13, 14 n.
Balbettio o balbuzie, 213, 217, 221, 225, 233 sg., 235 n., 238 sg., 250 sg., 253 sg.
Bambini: affezioni cerebrali nei, 8; isteria nei, 52 sg.; nevrosi nei, 54; *vedi anche* Infantile
Basedow, morbo di, 44, 157
Beaunis, H., 88
Belle indifférence, 290
Benedikt, M., 179 n., 356 n.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Beregszászy, dottor von, 25
Bérillon, E., 90
Berlino, 5, 10-13, 26, 89
Bernays, Martha, vedi *Freud, Martha*
Bernfeld, S., 3
Bernheim, H., 60, 66 sg., 69-80, 86, 88, 90 sg., 115, 118, 258, 264-66, 372 n., 406
Biriet, A., 72, 178 n., 183, 338, 372 sg., 392
Binswanger, O. L., 75
Bisce, paura delle, *vedi* Serpenti
Bismarck, O. von, 348
Bolo isterico, 44, 56
Born, Bertrand de, 382
Braid, J., metodo di, 116
Breuer, J.: collaborazione con *Freud*, 78 n., 124, 137-40, 143 n., 149, 156, 159, 164, 210 n., 283 sg., 329, 336 n., 341 n., 352 n., 357 n., 422; e *Anna O.*, 164-68, 206 n., 398, 402, 422, 424; e *Cäcilie M.*, 329, 332 n.; e *Emmy von N.*, 218 sg., 228, 237 sg., 240, 260; e il metodo catartico, 213, 252, 395, 404 sg.; e stati ipnoidi, 141 n.; uso della terapia catartica, 41, 58 n., 67; uso dell'ipnosi e della suggestione, 59 sg., 119 n.
Bright, malattia di, 25
Briquet, P., 6
Brouardel, P.-C.-H., 7
Brücke, E., 6, 6 n.
Burkart, R., 38

Cäcilie M., *signora*, 231 sg. n., 260, 268, 327-32, 354, 375 sg., 381
Capacità intellettuale degli isterici, 184, 189 sg., 260-62, 291, 374-77, 382-84, 403
Carattere, cambiamento di, 237, 243 sg., 315 sg. n.
Carattere allucinatorio dei ricordi, 141
Carica, *vedi* Investimento
Casi clinici: *vedi* Anna O.; August P.; Cäcilie M.; Elisabeth von R.; Emmy von N.; Katharina; Mathilde M.; Lucy R.; Rosalia H. *Senza nome*: anonimi di isterici trattati con ipnosi, 122-33; articolazione dell'anca anchilosata, 177; autolesioni, 386; coscienziosità morbosa, 386; fobia per i cani, 185; follia della sorella, 412 sg.; furia contro un superiore, 185; gatto, salto di un, sulla spalla, 358; ombrello, ipnotizzato, 258 n., 421; piedi, grandi, 252 sg. n.; pseudo-peritonite, 370 sg.; rapporti omosessuali, con la governante, 411 sg.; simboli teosofici, 414 sg.; tosse nervosa, 410; trauma omosessuale, 357 sg.; vecchia signora bigotta, 410 sg.; vertigine per strada, 268 n., 282 n.
Catacombe di Roma, 256
Cataplessia, 141
Catarsi, 180 n.
Catartico, metodo: evoluzione della catarsi alla psicoanalisi, 174; uso di *Breuer* del, 213, 252, 395 sg., 404 sg.; uso di *Freud* del, 262 n.; valore terapeutico del, 235 n., 259, 265 sg., 400-05, 420 sg., 439; *vedi anche* Ipnosi, nella terapia catartica; Pressione, tecnica della; Tecnica terapeutica
"Cecità ad occhi aperti", 273 n.
Censura, 406 sg., 418
Cephalea adolescentium, 252 n.
Cerebrale: affezioni, infantili, 8; corteccia, 78, 86 sg., 92; localizzazione del senso nella corteccia, 13, 78, 86 sg., 92; *vedi anche* Eccitamento, intracerebrale
Cervello, anatomia del, 41
Charcot, J.-M., 65 sg., 151-60, 184-88, 208, 236 n., 252 n., 288, 288 n., 290 n., 359, 380, 398; studi di *Freud* sotto, 3, 5-14, 19 sg., 65, 153 sg.; studi sull'isteria di, 10-13, 17, 19 sg., 23, 25, 41, 43 sg., 53 n., 54, 61 n., 71-73, 75 n., 88, 132, 143, 155-60; uso dell'ipnosi di, 6 sg., 11 sg., 65, 70-73, 75 n., 76 sg., 87, 158
Charité, ospedale di Berlino, 11
Chiaroveggenza, sotto ipnosi, 87
Chimica sessuale, 93
Chimney-sweeping, 197, 403
Coazione: ad associare, 231 n., 254, 437 n., 438 sg.; a ripetere, 262 n.
Coitus interruptus, 389
Collera, *vedi* Ira
Colpa, senso di, *vedi* Autoaccusa
Coma isterico, 45
Commemorazioni, periodiche, 315, 316 n.
Complesso, 231 n., 375, 375 n.; uso del termine, 141 n.
Comunicazione verbale: allentamento di tensione mediante la, 356 sg.; disturbi isterici della, 176, 193 sg., 202, 205, 207, 213, 217-21, 225, 228, 232, 240, 250-54, 379, *vedi anche* Balbettio, Mutismo; figure retoriche, 372
Condition seconde, 142, 145, 186, 198-200, 204, 208-12, 381; *vedi anche* Assenze, *Double conscience*, Scissione della coscienza
Confessione cattolica, 356 sg.
Confusione mentale, 238, 240, 250-53, 392, 402
Contemporaneità, associazione mediante, 232 n., 270 sg., 273-75, 326-30, 354
Contrasto, rappresentazione di, 250-53
Contrattura isterica, 50, 54, 60, 71-73, 119, 159, 176, 190-93, 197 sg., 201, 205, 208, 210, 321, 360 n., 362, 370 sg., 379, 431
Contrazioni, *vedi* Crampi
Contrazioni isteriche, *vedi* Convulsioni

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Controvolontà, 122, 128-33, 156, 176, 251; *vedi anche* Rappresentazioni di contrasto
Conversione isterica: di affetti, 300 sg., 316-18, 325-27, 336, 357-59, 362, 368 sg.; di rappresentazioni sessuali, 388 sg.; difesa mediante, 272, 277-79, 300, 316-19, 379, 406 sg., 422; e periodo d'incubazione, 288, 359, 382 n.; e sommazione dei traumi, 325 sg., 358 sg.; e stati ipnoidi, 362 sg., 364 sg., 380, 393; esperienze di, 246, 271 sg., 278 sg., 286, 288, 301 sg., 304 sg., 310, 320 sg., 415; origine del termine, 352 n.; teoria della, 246, 253 sg., 277, 349-60, 362, 368 sg., 390 sg., 432; *vedi anche* Fenomeni ideogeni
Convulsioni: generali, 184, 246, 328; epilettoidi, 176 sg., 184 sg., 351; isteriche, 176 sg.
Coprolalia, 132 sg., 156
Corea, 13
Corpo e psiche, rapporto tra, 94-107
Coscienza, 356, 386; disgregazione della, 139-46; esclusione dalla, nelle nevrosi, 130; inammissibilità delle rappresentazioni alla, 367-70, 369 n., 373-75, 378, 380, 406 sg.; inibisce, la, le rappresentazioni di contrasto, 130; natura della, 78, 78 n., 372, 435; rapporto con l'inconscio, 78 n.; restrizione del campo della, 375; secondo stato di, 140, 142, 145; "ufficiale" (Charcot), 236 n., "vuoto" della, 361
Coscienziosità, morbosa, 386
Costanza, principio di, 52 n., 137, 139, 146, 344-46, 348
Coxalgia, 54
Crampi, isterici, 178, 232 n., 246, 328, 356; *vedi anche* Contrattura, Tic
Crampo, alla nuca, 216, 231 sg., 232 n., 243, 254 sg.
Cranefield, P. F., 69
Cristo, 91 n.
Critica: e suggestionabilità, 382 sg.; rinuncia alla, da parte dei pazienti, 267, 307, 408, 409 n., 415 sg.; scomparsa della, negli stati ipnoidi, 361 sg.

Darkševič o *Darkschewitsch, L. O.*, 8 n.
Deambulazione, disturbi della, nell'isteria, 257 n., 290, 292, 296, 298, 304, 330
Debolezza mentale e isteria, 376 sg., 382-84, 403
Debolezza nella deambulazione, *vedi* Deambulazione
Degenerati, 113
Degenerazione, 246, 261, 313, 387, 397, 429
Delbœuf, J., 178 n., 258
Délire ecmnésique, 328
Deliri isterici, 44 n., 130 sg., 143, 156, 181, 184, 214 n., 216, 216 n., 232 n., 234, 237, 245, 254 sg., 361, 391-93
Delitti suggeriti, 92
Demenza precoce, 253
Demone, 393
Depressione, 97, 124, 127; nevrotica, 230 n., 231, 238, 241, 246, 249, 251, 252 n., 263, 273, 314, 315 n., 356; *vedi anche* Malinconia
Desiderio inconscio, 437 sg.
Determinismo e libero arbitrio, 84
Diagnosi dell'isteria, 245, 257 sg. n., 291, 387 sg., 395-99, 418
Difesa: amnesia, a scopo di, 361; contro la sessualità, 390; conversione a scopo di, 271 sg., 277-79, 300, 316-19, 379, 407, 421; Io e la, 402, 407, 415; resistenza quale, 415-20; scissione della psiche determinata dalla, 318, 379 sg.; usata quale equivalente di rimozione, 181 n.; teoria della, 171, 181 n., 359, 421 sg.; *vedi anche* Rimozione
Differenze di temperamento: di eccitamento cerebrale, 344 sg., 382 sg.; in relazione a nuove rappresentazioni, 383
Dimenticanza, dimenticare, 352, 367; motivi per, 181, 267 sg., 272, 406 sg.; soltanto in apparenza, 266-68, 406, 408 sg., 432; *vedi anche* Amnesia, Logoramento, Memoria
Diplopia, 191, 202
Dislocazione nella formazione dei sintomi, 139 sg.
Dispnea, 280 sg., 283, 285, 346-48
Disposizione ereditaria per le nevrosi, 52, 123, 153, 157, 160
Disposizione isterica, *vedi* Predisposizione, isteria per
Dissociazione, *vedi* Confusione mentale, Scissione della coscienza
Distrofia, *vedi* Atrofia, muscolare
Dita, movimenti delle, sintomi isterici, 214, 252 n., 323 sg.
"Dito indolenzito", 385
Dolore, 107 sg.; al capo, 437; allo stomaco, di origine isterica, 217 sg., 225-27, 241 sg.; reumatico e isteria, 232 n., 249, 250 n., 292, 301, 320, 326 sg.
Dolore come sintomo isterico, 219, 224, 230-33, 249 sg., 257 sg. n., 325-28, 330 sg., 336-38, 370 sg., 384 sg., 388, 431 sg.; e dolore organico, 232 n., 249 sg., 291 sg., 301, 320, 325-27, 336-38; *vedi anche* Artralgia, *Cephalea*; Dolore, allo stomaco; Emicrania, Iperalgesia, Nevralgia, Ovarialgia
Dolore organico, 177, 249 sg., 337, 349; "punti coniugati", 337, 385; *vedi anche* Dolore, reumatico

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Donne, isteria nelle, 10, 53-56, 144; nevrastenia nelle, 122 sg.
Dostoevskij, F., 61 n.
Double conscience, 182, 207, 371, 373, 380 n.; *vedi anche* Assenze, *Condition seconde*, Scissione della coscienza
Dubbio religioso, 355

Eccitabilità: anormale, nell'isteria, 338, 349 sg., 374 sg., 381, 384-89, 391; neuromuscolare, nell'isteria, 71-74, 77 sg.
Eccitamento: distribuzione dell', nelle nevrosi, 52, 60; e conversione isterica, 246, 272, 277 sg., 349-60, 368; e disposizione all'isteria, 383-85, 387; e stati ipnoidi, 562 sg.; intracerebrale, 333, 340-53, 363, 368 sg., 372; somma di, 139 sg., 146, 245, 272
"Eccitazione" (o "agitazione") e "incitamento", 343-46
Ecmnesia, 328 n.; *vedi anche* Amnesia, *Délire ecmnésique*
Ecolalia, 132
Eiaculatio praecox, 389
Eisenlohr, C., 6
Elemento logico nel materiale patogeno degli isterici, 425 sg., 428 sg., 435, 437
Elettroterapia, 38, 58 sg., 65, 120
Elisabeth von R., signorina, 166, 169, 181, 250 n., 267 n., 290-314, 316-21, 326 sg., 330, 369, 399, 431 n.
Eloquio, *vedi* Comunicazione verbale
Emianestesia, 177, 338, 374, 379, 381 sg.; isterica, 25, 46, 49, 56, 73, 156
Emianopsia, 48, 156
Emicrania, 91, 216 n., 232 n., 254
Emiplegia isterica, 48 sg., 159
Emmy von N., signora, 164-66, 168, 177, 213-62, 324, 362, 369, 398, 421, 424
Emozione, *vedi* Affetto
Encefalopatia saturnina, 53 sg.
Energia, forme di, "libera" e "legata", 341 n.
Energia psichica "legata" e "libera", 341; *vedi anche* Investimento
Enuresi, 91
Epilessia, 13, 44 sg., 52, 61 sg., 159, 176, 281 n., 351, 387; *vedi anche* Isteroepilessia
Epilettoidi, convulsioni, 176 sg., 184 sg., 351
Ereditari, fattori, *vedi* Fattori
Erezione, 335
Erichsen, J., 11 n.
Eritema, 336 sg.
Eros, 389
Esperimento, modifica dei sogni a scopo di, 94
Essere sepolti vivi, fobia dell', 247
Etat secondaire, vedi *Condition seconde*
Etna, 373
Euforia, 191-95, 197; *vedi anche* Stati di eccitazione maniaca
Eulenburg, A., 75

Facilitazione, 342 sg., 349, 352-54, 359, 384; per attenzione (Exner), 342, 384
Falsi nessi, *vedi* Nesso, falso
Falso ricordo, 229, 229 n., 240
Fame, 346, 360
Fantasie, creazione di, 363
Fattore quantitativo, *vedi* Quantità
Fattori chimici, 346
Fattori ereditari, 183, 187, 189, 243, 259, 261, 277, 314
Fattori tossici e affetti, 347 sg.
Faust (Goethe), 246 n., 293 n., 339 n. 373 n.
Fenomeni ideogeni, sintomi isterici, 334-39, 347, 351-61, 365, 369-71, 373, 380, 388, 399; *vedi anche* Conversione
Féré, C. S., 72
Ferrovia, incidente ferroviario, trauma, 358 sg.; viaggi in, paura dei, 243 sg.; vedi anche *Railway-brain, Railway-spine*
Fidanzata di Messina (Schiller), 352 n.
Fiducia di guarigione, 99-101
Filadelfia, 38
"Filosofia naturale", 93
Fissazione: di sintomi, 130; nell'ipnosi, 74 sg., 86 sg., 115 sg., 118, 124
Fliess, W., 41, 65, 137, 139 n., 163 sg., 168, 267 n., 277 n., 336 n.
Fobie, 126 sg., 157, 246-48, 397 sg., 412; *vedi anche* Agorafobia, Angoscia, Paura
Folie du doute, 127, 132
Forel, A., 65, 67, 69 sg., 80-92
Formes frustes, 152
Formule protettive, 197, 214, 214 n., 216, 220 sg., 238, 250, 253
"Frankfurter Zeitung", 216
Franklinizzazione, 292 sg.
Franziska, 282-85
Freddo, senso di, sintomo isterico, 215, 219, 232, 236, 301
Freud, Martha (moglie di Freud), 3, 6 n., 17, 164, 167
Funzioni motorie, *vedi* Motorie

Gastein, 296 sg., 305, 308 sg., 317, 320
Genitori e bambini, rapporto tra, 105
Gicklhorn, J., 3
Giglio turco, 256
Gilles de la Tourette, malattia di, 13
Goethe, J.W., 246, 293 n., 339 n., 353, 373 n.
Gola, strozzamento isterico della, 209, 321 sg., 331, 356
Goltz, F., 13
Grand hypnotisme, 12, 71-74, 88

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Grande hystérie (isteroepilessia), *vedi* Isteria, grande
Grands mouvements, fase dei, nell'attacco isterico, 44
Gruber, professor, 28
Guglielmo I, imperatore di Germania, 348
Guinon, G., 132
Gusto, disturbi del, sintomo isterico, 28, 48
Gusto di vivere, perdita del, 315 n.; *vedi anche* Depressione, Malinconia

Heidenhain, R., 70, 70 n.
Heine, ospedale di Amburgo, 6
Hôtel-Dieu, ospedale di Parigi, 6

Idea, *vedi* Rappresentazione
"Idea fissa", 257; *vedi anche* Rappresentazione ossessiva
Idroterapia, 58 sg., 91, 215, 230 n., 273, 296 sg.
Impressione spiacevole, 272, 343 sg., 355, 407
Impressioni dell'infanzia, causa di sintomi isterici, 176
Impulsi suicidi, 27
Inconscio: amore, 318 sg., desiderio, 437 sg.; motivo, 429; processo mentale, 360 n., 366-83, 389, 429, 435; rapporto con la coscienza, 78 n.
Inconscio, l', 210, 210 n., 236 n., 278, 380-83, 429, 435-37; uso del termine, 210 n.
Incubazione, periodi di, nell'isteria, 190, 204, 286, 288, 359, 365, 380 n., 402
Induzione analogica (Moebius), 334
Infantile, nevrosi, 54 sg., 57; paralisi, 41; *vedi anche* Bambini
Influenza, di massa, 100
Inibizione, di rappresentazioni di contrasto, 126-28, 130 sg., 145, 156
Inibizione verbale, *vedi* Comunicazione verbale
Innamorarsi, *vedi* Amore
Insonnia, 91, 95, 123 sg., 195, 208, 238, 360
Insufficienza psichica (*Janet*), 261, 374-77
Interpretazione dei sogni, *vedi* Sogni
Intestinali, disturbi, 95
Intossicazione, fattore di isteria, 53-55
Inversione dell'ordine cronologico: nelle comunicazioni dei pazienti, 201, 236 n., 424; nello sviluppo dei sintomi, 279
Inversione, sessuale, 357 sg., 412
Investimento, 248, 248 n.
Io: "doppio", 378; ignoranza dell', 288; nell'isteria, secondo Janet, 261; primario (*Janet*), 251; rapporto dell', col materiale patogeno, 373, 415, 422 sg., 426 sg., 434; rappresentazioni escluse dalla catena di associazioni dell', nell'isteria, 130; rimozione delle rappresentazioni da parte dell', 272, 277-79, 283, 288, 318-20, 407, 422; sopraffazione dell', 401 sg.
Iperalgesia, 290-92, 338, 384 sg.; *vedi anche* Dolore come sintomo isterico
Iperestesia: di "attesa", 345; isterica, 31, 48, 56, 397
Ipnoide: isteria, 319 n., 422 sg.,; spavento, 360, 364 sg., 379; stato, 182-87, 191-201, 283, 360-66, 378-93, 422 sg.
Ipnosi, ipnotismo, 65-92, 112-21, 124-26, 129, 140-42, 155, 158; auto-, 139-41, 145, 179, 182, 196, 205, 208 sg., 293 sg., 334, 360-65, 378 sg., 383, 386, 391; come psicoterapia, 103-11; *Delbœuf* e, 17 n., 258; effetti non dannosi delle, 370 sg.; e paranoia, 70 sg., 83, 113; estranee, 334, 383; grande ipnotismo (*grand hypnotisme*), 71-74, 88; in relazione agli stati ipnoidi, 360-65, 391, 391 n.; nella terapia catartica, 175, 181-85, 213, 229 sg. n., 239 sg., 258 n., 258 sg., 267 n., 381, 383, 394 sg., 408, 420 sg.; opera di *Bernheim* sull', 60, 65 sg., 69-80, 86-88, 90 sg., 115, 118; opera di *Charcot* sull', vedi Charcot J.-M.; opera di *Forel* sull', 65, 67, 69 sg., 80-92; pericoli dell', 70 sg., 82-85, 112 sg., 121, 124; periodo di uso dell', da parte di *Freud*, 267 n.; piccolo ipnotismo, 74; possibilità di, 264-66, 269, 299, 395, 405; rapporti con l'ipnotizzatore, 104-08; ricordi ridestati nella, 175, 181, 209, 249, 255-58, 265 sg., 405, 420 sg.; tecnica dell', 74 sg., 86 sg., 89 sg., 112-21; teoria dell', 81, 86-88, 91; trattamento dell'isteria con, 51, 59, 69 sg., 71-80, 88 sg., 90 sg., 114, 143, 158; uso dell', da parte di *Freud*, 12, 65, 86 n., 90 sg., 124-26, 129, 155, 267 n.
Ipnotiche, suggestioni, *vedi* Suggestioni ipnotiche
Ipocondria, 291 n., 386, 397
Ira, 185, 194, 348 sg., 352, 360, 369, 380, 390
Isteria: assistenza ai malati ed etiologia dell', 314-17, 320, 326, 363 sg., 378, 391; controvolontà nell', 127-32; costituzionale, 140-42, 140 n.; da difesa, 319, 421-23; *d'occasion*, 123, 128 sg.; definizione e descrizione, 38, 43-56; derivazione della parola, 390; diagnosi dell', 245, 257 sg. n., 291, 387 sg., 395-99, 418; e nevrastenia, 44, 56, 127 sg.; etiologia sessuale dell', 171 sg., 260, 287-89, 316 sg., 378, 387-92, 396-401, 411; "grande" o *grande hystérie* (isteroepilessia), 44, 61, 88, 143 sg., 159, 361, 371, 380 n., 391 sg.; ipnoide, 319 n., 422 sg.;

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

monosintomatica, 252, 303, 402, 424; negli isterici (uomini), 380; negli uomini, 10 sg., 23, 25-32, 53-56, 144, 159; nei bambini, 52 sg.; nelle donne, 10, 53-56, 144; nelle monache, 130 sg., 145, 156; "per malignità", 387; predisposizione, per, 183, 187, 259, 277, 298, 360, 375, 383-92, 402; primi studi di Freud sull', 3, 5 sg., 41; psichicamente acquisita, 183, 277 sg., 287 sg.; ritenzione, 314, 321-25, 357, 422 sg.,; studi di *Charcot* sull', *vedi* Charcot J.-M.; terapia dell', 56-60; traumatica, 10 sg., 53-55, 139 sg., 144 sg., 155 sg., 175 sg., 184, 208, 355, 358 sg., 365, 390, 424
"Isteria da difesa", 319, 421-23
Isteria monosintomatica, 252, 303, 402, 424
Isterici, sintomi, *vedi* Sintomi
Isterico (-a, -i), attacchi, 176, 184 sg., 254, 263, 281, 323, 328 sg., 351, 372 sg., 380, 391 sg., 397 sg., 401, 411 sg.; aura, 281, 331; "controvolontà", 176, 250; conversione, *vedi* Conversione; psicosi, 181, 184, 190, 210-12, 231 n., 254, 380, 391 sg., 402; reminiscenze, 179, 366; sonno, 184; stigmate, 186, 247, 386-88, 395, 403
Isteroepilessia, 44, 61, 159; *vedi anche* Isteria, grande
Isterogena, zona, *vedi* Zone isterogene
Istinto, 347; *vedi anche* Pulsione

Janet, J., 183
Janet, P., 56 n., 159, 183, 251, 261, 338, 372-77, 381 sg., 392

Kahane, M., 79
Karplus, P., 358 n.
Katharina, 166, 169, 280-89, 369, 398 sg.
Klein-Friedrichsberg, manicomio, 6
Koch, R., 335
Krafft-Ebing, R. von, 70, 85
Königstein, L., 23, 28

Lavoro, incapacità al, 123
Lessing, G. E., 326 n.
Leyden, E. von, 38
Libero artbitrio e determinismo, 84
Liébeault, A., 81, 88-90, 115, 264
Liégeois, J., 88, 92
Linguaggio, 179 sg., 329-32, 348; *vedi anche* Comunicazione verbale
Loeb, J., 13
Logoramento (o usura) delle rappresentazioni, 179 sg., 181 sg., 351 sg., 359, 365, 381
Lott, dottor, 124
Lucy R., Miss, 165 sg., 169, 263 sg., 269-79, 287 sg., 299, 398
Lue, 25, 54
Luigi XIII, 6 n.
Lutto, periodo di, 314

Macbeth (Shakespeare), 389 n.
Macropsia, 202, 205, 226 sg., 227 n., 233
Malattia, organica, in rapporto all'isteria, 254, 291 sg., 301, 325 sg., 350 sg., 353 sg., 385, 410; *vedi anche* Dolore, reumatico
Malattie organiche: e isteria, 47-51, 56, 149, 157-60; terapia ipnotica delle, 113 sg.
Malinconia, 214 n., 246, 315 n., 371; etiologia della, 127; *vedi anche* Depressione
Malumore, *vedi* Depressione
Marie, P., 12, 12 n.
Masnadieri (Schiller), 258 n.
Massa, influenza di, 100
Masturbazione, 356
Mathilde, H., signorina, 315 n.
Medioevo, 10, 43, 47, 130 sg.
Mefistofele (nel *Faust*), 246, 373 n.
Memoria, 141; lacune della, 210, 224 n., 231 n., 244
Mendel, E., 13
Ménière, morbo di, 13, 90
Mesmer, F., 87
Metodo catartico, *vedi* Catartico
Meynert, T., 5, 25, 65, 69, 82 n., 86-88, 112 n., 336 n.
Mida, 356
Midollo allungato, 8
Mitchell, S. Weir, cura ingrassante di, 38, 58, 405
Moebius, P. J., 179 n., 334-36, 338, 360 sg., 387, 391 n., 392
Molecole, labilità delle, 338 n., 385
Monache: delirio isterico delle, 181, 391; isteria nelle, 130 n., 145, 156
Monoplegia, isterica, 158 sg.
Moralità, 356, 389
Morfina, sottrazione di, e isteria, 392
Morfinomania, 108
Morges, lago di Ginevra, 82 n.
Morgue, la, 7
Morte, paura della, 216, 219, 268 n.
Mosca, 8
Motorie, funzioni, disturbi delle, 28-31, 49, 89
Movimenti dei muscoli, 96-98, 103
Munk, H., 12, 13 n.
Mutismo isterico, 193; *vedi anche* Afasia

Nancy, 60, 65 sg., 79, 86, 88, 90 sg., 115, 264
Narcotici, 51, 58 sg., 84, 346, 392
Nascita di un bambino, causa di nevrosi, 123, 128 sg.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Nausea, 284, 286; causata da impressioni ottiche, 356 n.; isterica, 176, 356, 431 sg., *vedi anche* Vomito isterico
Nebbia, paura della, 234, 246
Nesso, falso, 230 n., 429, 437 sg.
Neuriti, 341 n.
Neurologia, 3, 77-79, 149, 339-53, 363, 365 sg., 385-88; *vedi anche* Neuropatologia
Neuropatologia, 5, 7, 9, 11, 13, 19 n., 69 sg., 79, 83, 122, 151, 153 sg., 157
Nevralgia, 337; isterica, 176-78, 201, 327-30, 336, 354, 375, 385, 413 sg.; ovarialgia, 245, 337, 370, 380, 385
Nevrastenia, 95 sg., 245, 291, 301 n., 396-99; combinata con l'isteria, 56; confronto con l'isteria, 43 sg., 127 sg.; disposizione ereditaria alla, 53; etiologia, sessuale della, 160; negli uomini, 56; nelle donne, 122 sg.; terapia della, 38, 58, 114
Nevrosi: abreazione e dottrina delle, 339; disposizione ereditaria per le, *vedi* Disposizione ereditaria; e rappresentazioni di contrasto, 127 sg., 130-32; esclusione dalla coscienza, 130; etiologia sessuale delle, *vedi* Sessuale, etiologia; etiologia traumatica delle, 139 sg., 157; nei bambini, 54; rapporto delle, con la psicosi, 43 sg., 52; sovradeterminazione nelle, 401, *vedi anche* Sovradeterminazione; *vedi anche* Angoscia, nevrosi d'; Infantile, nevrosi; Isteria, Malinconia, Nevrastenia, Nevrosi miste; Ossessiva, Traumatica, nevrosi
Nevrosi articolare, 338, 385
Nevrosi miste, 245, 395, 399 sg.
Noia, 343, 384, 386
Nothnagel, H., 5
Nuca, crampi alla, 216, 231 sg., 232 n., 243, 254 sg.
Nucleo del materiale patogeno nell'isteria, 278, 424-27, 430, 434 sg.

Obersteiner, H., 85
Olfattiva, percezione: disturbi della, nell'isteria, 263 sg., 269-71, 273-77; e ricordo, 269-71, 273-76
Olfattivi, disturbi, nell'isteria, 263 sg., 269-71, 273-77; stimoli, 263
Olfatto, disturbi del senso dell', sintomo isterico, 28, 48
Ombrello, ipnotizzato, 258 n.
Omosessualità, 257 sg.
Oppenheim, H., 11
Orazio, 378
Ordine cronologico: delle comunicazioni del paziente, 201-03, 236 n., 306, 323, 424; dello sviluppo dei sintomi, 279
Orgasmo, 347, 391
Oscenità, *vedi* Coprolalia
Ossessi, 10, 43, 47
Ossessione, *vedi* Rappresentazione ossessiva
Ossessiva: nevrosi, 95, 396-98; pulizia, 389 n.
Ottiche, impressioni, *vedi* Visive
Ovaia, dolori all' (o Ovarialgia), 245, 337, 370, 380, 385

Palpitazioni, 340, 365, 385; nell'isteria, 26 sg.
Pappenheim, Bertha, 165, 168 sg.
Parafasia isterica, 193, 196, 207
Paralisi: generale, nel decadimento mentale, 367; infantile, 41; isterica, 11 sg., 29, 48-50; 55, 59, 72-77, 119, 149, 158, 176, 178, 188, 190, 198, 201, 204 sg., 208, 210, 227, 230, 249, 306, 315 n., 334, 339, 362, 420; organica, 48 sg., 149, 158
Paramnesia, *vedi* Falso ricordo
Paranoia, 243, 277 n.
Paraplegia, isterica, 49
Paresi, *vedi* Paralisi
Parestesia isterica, 321 sg.
Parigi, 4-14, 19, 23, 35, 65, 86
Parinaud, H., 9
Parola, *vedi* Comunicazione verbale
Paura: degli animali, 185, 216 sg., 219-21, 225 sg., 229, 233-35, 238, 246, 257; dei pellerossa, 217 sg.; dei serpenti, 192, 204 sg., 225, 246, 334, 354, 360 n., 362; dei temporali, 221, 236, 246; dei vermi, 234 sg.; dei viaggi in ferrovia, 243 sg.; dell'ascensore, 229, 233; della morte, 216, 219, 268 n.; della nebbia, 234, 246; della pazzia, 218 sg., 222, 224, 225 n., 229, 247; delle sorprese, 222, 227 sg., 247; delle streghe, 236 n.; di essere ammalati, 386, 397; di essere sepolti vivi, 247; di qualcuno che sta dietro, 227; *vedi anche* Agorafobia, Angoscia, Fobie, Spavento
Pavor nocturnus, 357
Pazzia, paura della, 218 sg., 222, 224, 225 n., 229, 247
Pellerossa, paura dei, 217 sg.
Percezione: e allucinazione, 336 sg., 349 sg.; e pulsione sessuale, 335, 347; e ricordo, 336; negli isterici, 374, 393; nel sonno e nella veglia, 340 sg.
Periodo mestruale, irregolare nell'isteria, 221, 370
Persone estranee, fobia per le, 226, 247
Perversione, 389, 397
Piacere, principio di, 368
Pianto, 179, 348, 365; isterico, 238, 315, 315 sg. n., 366
Piccolo male, 176
Pietroburgo, 235
Playfair, cura di, 58
Poliopia monoculare, 28

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Postipnotico, suggerimento, *vedi* Suggerimento
Predisposizione, *vedi* Fattori ereditari
Predisposizione, isteria per, 183, 187, 259, 277, 298, 360, 375, 383-92, 402
Presentimento, 232 n., 236 n.
Pressione: tecnica della, 266 sg., 268 n., 299, 306 sg., 408-18, 420, 421 n., 427-32, 436-38; periodo di uso della, da parte di *Freud*, 267 n.
Preyer, W.T., 75
Principio di costanza, *vedi* Costanza
Problemi, soluzione dei, 355
Processi mentali normali e nevrotici, 73
Processi normali e ipnosi, 69, 89
Processo mentale inconscio, rappresentazioni di contrasto come, 127
Proponimenti, 126-28, 131
Pseudoencefalite isterica, 380
Pseudoperitonite isterica, 370, 380
Psicosi: ipnosi non consigliabile nel caso di, 113; isteriche, 181, 184, 190, 210-12, 231 n., 254, 380, 391 sg., 402; "prodotta sperimentalmente", 70 sg., 83; rapporto con la nevrosi, 43 sg., 52; *vedi anche* Demenza precoce; Paralisi, generale nel decadimento mentale; Paranoia
Pubertà, 54, 123, 346, 350, 384, 387
Pulizia ossessiva, 389 n.
Pulsione, di vendetta, 352 n.; sessuale, 260, 347, 389

Quantità, 245, 343, 352, 384, 407

Rabbia, *vedi* Ira
Ragazzi, attacchi isterici in, 131, 144
Railway-brain, 54; *vedi anche* Ferrovia
Railway-spine, 11, 54 sg.
Ranvier, *L.-A.*, 13
Rapport, nell'ipnosi, 104 sg.
Rappresentazione (o idea): delirante, 95, 361; ossessiva, 132, 156, 231 n., 277 n., 395-97, 412 sg., 416 sg.; sovravalente, 390
Rappresentazioni di contrasto, 126-31, 250-53; *vedi anche* Controvolontà
Rappresentazioni incompatibili, 272, 277-79, 283, 288, 310, 317-20, 340, 356 sg., 382, 406 sg., 421
Religione, 99 sg.
Resistenza: all'ipnosi, 264-66, 269, 299, 395, 405; alla cura, 191, 307 sg., 310, 318, 406 sg., 411 sg., 415-23, 425-31, 436-38; contro nuove rappresentazioni, 382 sg., 406 sg.; "principio di minor", 354
Retrograda, natura, delle allucinazioni, 337
Reumatismo, *vedi* Dolore, reumatico
Ribrezzo, *vedi* Nausea, Ripugnanza
Richer, *P.*, 20
Richetti, *dottor*, 17
Ricordi: e affetto, 179-83, 277 sg., 351, 381; e olfatto, 269-71, 273-76; e percezione, 336 sg., 383; e strettoia della coscienza, 427, 431; ridestati con la tecnica della pressione, 269 n., 274 sg., 302, 306 sg., 408-14, 427, 432, 436; ridestati nell'ipnosi, 175, 181, 209, 249, 255-58, 265 sg., 405, 420 sg.; scomparsa dei sintomi isterici risvegliando i, e l'affetto, 178, 185, 366, 369, 376, 394, 419; vivacità dei, negli isterici, 180 sg., 217-19, 274, 315, 417; *vedi anche* Amnesia, Dimenticanza, Simboli mnestici
Ricordo: carattere allucinatorio del, 141; ed etiologia del, nelle nevrosi, 139, 141, 144 sg., 155; *vedi anche* Amnesia
Riflessi: azione dei, 179 sg., 344, 349, 352-54, 359, 373 sg., 387; teoria dei, 385, 393
Rimozione: ed etiologia dell'isteria, 181, 272, 277 sg., 300, 310, 316 sg., 319, 379, 421; sessuale, 171, 388-92; teoria della, 221 n., 359, 406; usata come equivalente di difesa, 181 n.
Rimprovero, *vedi* Autoaccusa
Rinite, 263 sg., 271, 274, 277
Ripugnanza, 177, 205, 214, 242, 248 sg., 286, 356, 358
Riso, 365
Risveglio, 343
Ritenzione: fenomeni di, 259 sg., 314 sg., 321-25, 357; isteria da, 314, 321-25, 357, 422 sg.
Robert, *W.*, 232 n.
Roma, 229, 321 n.
Rosalia, *H.*, *signorina*, 321-25
Rosenzweig, *S.*, 68
Rügen, 227, 233 sg., 246

"Salaam", spasmi a, nell'isteria, 45
Salpêtrière, 5-9, 12 n., 19, 30, 43, 72 sg., 149, 151, 154, 157
San Cristoforo, 91, 91 n.
San Domingo, 230 n., 249
Schafberg, 253 n.
Schiller, *F.*, 258 n., 352 n.
Scissione della coscienza: 182 sg., 191 sg., 200, 204-12, 229 n.-31 n., 261 sg., 278 sg., 288, 318-20, 361 sg., 365 sg., 370-75, 377-83, 392 sg.; opinione di *Janet*, 374 sg., 374 n.; *vedi anche* Assenze, *Condition seconde*, *Double conscience*
Sclerosi: a placche, 12; multipla, 258
Seduzione, 285 sg., 289 n., 324, 358; *vedi anche* Trauma, sessuale
Sensazione sgradevole, *vedi* Impressione spiacevole
Serie complementare, 141 n.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Serpenti, paura dei, 192, 204 sg., 225, 246, 334, 354, 360 n., 362
Servizio militare, obbligatorio, 37
Sessuale: affetto, 183, 346 sg., 378, 388-91; amplesso, tra adulti, causa di angoscia nei bambini, 282 n., 283, 286, 289; astinenza, e angoscia nevrotica, 181, 228 n., 247, 260, 391, 398; curiosità, negli adolescenti, 288, 388 sg.; eccitamento, 347, 355, 384, 388 sg.; etiologia, dell'isteria, 171 sg., 260, 287-89, 316 sg., 378, 387-92, 396-401, 411; etiologia, delle nevrosi, 52 sg., 160, 346 sg., 389 sg., 395-401, 411; pulsione, 260, 347, 389; repressione, 171, 388-92; trauma, 142, 239, 282-89, 324 sg., 357 sg., 389, 401, 411, 413
Sessualità infantile, 172, 288 n.
Sete, 346
Shakespeare, W., 194, 389 n., 393
Sifilide, *vedi* Lue
Simboli mnestici: olfattivi, 269-71, 273-75; sensazioni contemporanee, 232 n., 271, 273-75, 326-30, 354; sintomi isterici, 177, 219 n., 225 n., 232 n., 249-51, 253 sg., 263, 287, 298, 305 sg., 324-32, 362, 431 sg.; verbali, 329-32, 362, 412 sg.; visivi, 287, 414 sg., 417 sg., 434
Simbolismo: nei sogni, 177; verbale, 354, 362
Simbolizzazione verbale, 354, 362; "donna del secolo scorso", 216 n., 255; "fare un passo falso", 330; "ficcarsi qualcosa in testa", 331; "fitta al cuore", 331; "mandar giú qualcosa", 331 sg.; "non esser capace di andare avanti", 306; "schiaffo in faccia", 329, 331; "star sola", 305 sg.
Sintomi isterici, 11, 50, 56-60, 62, 72 sg., 75, 78, 122, 129-33, 139 sg; dislocazione nella formazione dei, 139 sg.; fatti determinanti dei, 175-78, 178 n., 185, 201-04, 211 sg., 216 sg., 221 n., 259 sg., 262, 293, 302 sg., 361 sg., 406; fenomeni ideogeni, 334-39; 347, 351-61, 365, 369 sg., 371, 373, 380, 388, 399, *vedi anche* Conversione; formazione di nuovi, in luogo di quelli eliminati, 274, 400, 402; influenza delle condizioni di vita sui, 95; multiformità dei, 94 sg.; "partecipazione al discorso", 203 n., 302, 431 sg.; scomparsa dei, quando il ricordo è accompagnato dall'affetto, 178, 366, 369, 376, 394, 419; sfogarsi a parole, 193 sg., 196-204, 206, 209, 211, 302, 431; simboli mnestici, 177, 219 n., 225 n., 232 n., 249-51, 253 sg., 263, 287, 298, 305 sg., 324-32, 362, 431 sg.; soluzione dei, 107-11; sovradeterminazione dei, 358, 401, 423 sg., 426; terapia, 178 n., 187, 258 sg., 298, 312, 399-404, 431 sg., 434; *vedi anche* Abasia, Abulia, Accessi convulsivi, Acromatopsia, Afasia, Afonia, Alfalgesia, Allucinazione, Allucinazioni, Amaurosi, Ambliopia, Amnesia, Analgesia, Anestesia, Angoscia, Anoressia, Artralgia, Asma, Astasia, Atetosi, Atrofia, *Attitudes passionnelles*, Bolo isterico, *Cephalea adolescentium*, Coma; Comunicazione verbale, disturbi della; *Condition seconde*, Contrattura, Controvolontà, Convulsioni, Convulsioni epilettoidi, Coprolalia, Coxalgia, Crampi, Crampo alla nuca; Deambulazione, disturbi della; *Délire ecmnésique*, Deliri, Depressione, Diplopia, Dispnea; Dita, movimenti delle; Dolore allo stomaco, Eccitabilità neuromuscolare, Ecmnesia, Ecolalia, Emianestesia, Emicrania, Emiplegia, Eritema, Euforia, *Folie du doute*; Freddo, senso di; Gola, strozzamento della; Gusto, disturbi del; Idea fissa, Insonnia, Iperalgesia, Iperestesia, Macropsia, Monoplegia, Mutismo; Nevralgia; Olfatto, disturbi dell'; Ovarialgia, Palpitazioni, Parafasia, Paralisi, Paraplegia, Parestesia, Pianto, Piccolo male, Pseudoencefalite, Pseudoperitonite, Sordità, Spasmi clonici, Stanchezza, Stordimento, Strabismo, Svenimento, Tic, Tosse nervosa, *Transfert*, Tremore, *Tussis hysterica*; Udito, disturbi dell'; Vertigine; Vista, disturbi della; Vomito, Zoopsia
Sisifo, 402
Sistema circolatorio, 335, 343, 345, 350, 385, 391 n.
Sistema: primario, 341 n.; secondario, 341 n.
Sogni: carattere contraddittorio dei, 231 n.; coazione a stabilire dei nessi e, 231 n., 254; di defunti, 340; di dolori fisici, 337; interpretazione dei, 232 n.; paragonati a sintomi nevrotici, 210, 340; siamo tutti alienati nei, 184; simbolismo nei, 177; stimoli sensori e, 340
Sogno: di camminare su sanguisughe, 234; di un mostro con becco d'avvoltoio, 225; di sedie che si trasformano in serpenti, 225; di vestire dei morti, 234; dissociato dalla veglia, 141 sg.; e materiale rifiutato, 156; e veglia, 141 sg.
Sogno, stimoli che modificano il, 94
Sogno ad occhi aperti, 182 sg., 190, 207, 363-65, 378, 391, 405
Sogno d'una notte d'estate (Shakespeare), 393
Somma di eccitamento, 140, 146
Sonnambulismo ipnotico, 104

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Sonno, 340-43, 383; collegato con l'ipnosi, 69, 71, 74 sg., 77, 84, 86, 88; sintomo isterico, 184
Sordità: isterica, 48, 192, 201-03, 205, 422
Sorpresa, timore di una, 223, 227, 247, 281
Sovradeterminazione dei sintomi, 325 sg., 358, 401, 423 sg., 426
Sovravalente, rappresentazione, 390
Spasmi clonici, 50, 61
Spavento, 97; e associazione, 180, 348; e attesa, 345; ed etiologia dell'isteria, 177 sg., 182, 203, 252, 358 sg., 370, 390; ipnoide, 360 sg., 364 sg.; *vedi anche* Paura
Spiritualismo, 81 sg.
Spostamento di affetto, 231 sg. n.
Stanchezza, 341, 348, 350, 393; isterica, 262 sg., 290, 308, 363
Stati di eccitazione maniaca, 380; *vedi anche* Euforia
Stati ipnoidi, 141 sg.
Stati tossici, 94
Stato catalettico, 144; in ipnosi, 76, 116, 119, 124
Stato vigile, *vedi* Veglia
Sternuto, 353
Stigmata Diaboli, 47
Stigmate isteriche, 10, 25, 52, 54, 140, 186, 247, 386-88, 395, 403; *vedi anche* Sintomi isterici
Stimolazioni esterne, 87
Stimoli: sensori, 335 sg., 338-40, 343-45, 347 sg., 354, 374, 384, 387; olfattivi, 263; visivi, 356 n.
Stordimento isterico, 411
Storie cliniche, *vedi* Casi clinici
Strabismo, 190 sg., 193, 202, 205, 354
Strasburgo, 13
Streghe, paura delle, 236 n.
Stregoneria, 10, 43, 47
Strümpell, A. von, 179 n.
Stupefacenti, 346, 392
Subconscio, 210 n., 231 n., 367 sg., 370-73, 375, 379; termine abbandonato da *Freud*, 210 n.
Suggerimento postipnotico, 230 n., 244, 256, 392
Suggestionabilità: allucinatoria, 383; degli isterici, 382 sg., 390 sg., 393
Suggestione, 106-10; auto-, 77, 86, 89, 334, 360 sg., 383, 386, 390 sg.; esterna, 334, 383; ipnotica, 65 sg., 68-72, 75-80, 84-92, 115 sg., 158, 184, 187, 237, 239 sg., 257, 258 e n., 394; postipnotica, 87, 89, 106, 119, 230 n., 244, 256 sg., 392
Suicidio, impulsi al, 195
Superstizioni, 236 n., 393
Svenimenti isterici, 194, 204, 216, 258 n., 268 n., 282 n., 321 n., 370, 385
Tabe, 13, 52
Tare, *vedi* Fattori ereditari
"Teatro privato" di *Anna O.*, 190, 207, 363, 377
Tecnica della pressione, *vedi* Pressione
Tecnica terapeutica, 93-111, 264-67, 403-10, 415-22, 427 sg., 431-39; concentrazione, 265, 373, 407, 411, 414, 420; espressione del volto del paziente, 239, 418, 430, 436; insistenza del dottore, 306 sg., 406 sg., 419; rapporto tra medico e paziente, 403 sg., 420 sg., 436-46, *vedi anche* Traslazione; rinuncia alla critica da parte del paziente, 267, 307, 408, 409 n., 416; stato del paziente, 433 sg.; *vedi anche* Catartico, metodo; Ipnosi, nella terapia catartica; Pressione
Telepatia, 98
Temporali, timore dei, 221, 236, 246
Tentazioni sessuali, incestuose, 289 n.
Terapia: catartica, 38, 41, 58 n., 59, 67; causale, 90 sg., 121
Teresa, santa, patrona dell'isteria, 376
Terrore, *vedi* Spavento
Teseo (in *Sogno d'una notte d'estate*), 393
Testa, mal di, 94 sg.; *vedi anche* Emicrania
Tetano intercellulare, di *Exner*, 340 sg.
Thomsen, R., 11
Tic, 13, 156, 176 sg., 213, 214 n., 218, 226, 228, 233, 250-53, 387; convulsivo, 132 sg.,; isterico, 129 sg.
Tiflis, 216
Timore, *vedi* Paura
Tiroide, 157
Titani, 373
Tosse nervosa, 191, 201, 206, 209, 356, 410
Tossicomanie, 114, 159
Transfert (in francese), isterico, 47, 51, 60, 72 sg.
Traslazione, 206 n., 404, 419 sg., 436-39
Trasmissione del pensiero, 81
Trauma: ausiliario, 278 sg., 287 sg.; e affetto, 177, 182 sg., 245-49, 283, 357-59; grosso, 177, 184, 424; ipnosi quale cura, 90, 142; omosessuale, 357 sg.; psichico, ed etiologia dell'isteria, 144-46, 157, 177 sg., 180-86, 246-49, 253 sg., 259 sg., 264, 277-79, 314 sg., 319 sg., 329, 355, 366, 405, 424; psichico, esempi di, 155, 190, 193 sg., 207, 216-23, 226, 231, 235 n., 237, 239, 251 sg., 263, 271-77, 294 sg., 297 sg., 303, 310, 357 sg.; sessuale, 142, 239, 282-89, 324 sg., 357 sg., 389, 401, 411, 413; sommazione di, 325, 357 sg., 424
Trauma articolare, *vedi* Nevrosi articolare
Traumatica: isteria, 175 sg., 184, 208, 355, 358 sg., 365, 390, 424; nevrosi, 85, 119,

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

139 sg., 157, 176-78, 182 sg., 208, 355, 379
Tremito o Tremore, isterico, 27, 30, 51, 201, 257 n., 365
Tubercolosi, 25, 90
Turbe linguistiche, *vedi* Comunicazione verbale
Türkenlilie, 256
Tussis hysterica, 59

Udito: allucinazione uditiva, 339; disturbi dell', nell'isteria, 192, 201-03, 205, 422
Uhland, J., 382
Umore patologico, *vedi* Depressione
Uomini: isteria negli, 10 sg., 23, 25-32, 53-56, 144, 159; nevrastenia negli, 56
Urbantschitsch, V., 73
Usura delle rappresentazioni, *vedi* Logoramento

Veglia: e ipnosi, 69; e sogno, 141 sg.; paragonata al sonno, 340-43
Vendetta, 179, 230 n., 352 n., 353
Vergogna, 177, 339, 406
Vermi, paura dei, 234 sg.
Vertigine isterica, 157
Vertigine, sintomo isterico, 268 n., 281, 283
Vienna, 5, 14, 23, 59, 66, 83, 195, 198 sg., 204, 206, 214, 237 sg., 244, 258 n., 263, 309, 312 sg., 323 sg.; collegio medico di, 67; facoltà di medicina, di, 5, 14; Freud a, 3, 5, 8, 65 sg.; Istituto di fisiologia di, 6 n.; Ospedale generale di, 6; Società di medicina, 23, 75 n., 82 n.
Visione, disturbi della, sintomo isterico, 11, 28, 32, 47 sg.
Visive: allucinazioni, 176, 192, 195, 202-05, 217, 220, 222, 227 n., 233-35, 281, 283, 286 sg., 360 n.; impressioni, causa di ribrezzo, 356 n.
Visivo: ricordo, vivacità del, negli isterici, 217 sg., 274, 315, 417; simbolo mnestico, 287, 414 sg., 417 sg., 434; stimolo sensorio, 356 n.
Vista, disturbi della, nell'isteria, 176 sg., 190-93, 200 sg., 204 sg., 258 n., 386; *vedi anche* Amaurosi, Ambliopia, Diplopia, Macropsia, Strabismo, Visione
Volontà, 98 sg., 102, 238, 310, 383, 393, 408; debolezza di, 128; pervertimento della, 128; *vedi anche* Abulia, Controvolontà
Vomito: isterico, 56, 124 sg., 176 sg., 283 sg., 286 sg., 356-58, 369, 431 sg.; nella gravidanza, 385

Wernicke, K., 390 n.
Westphal, C. F. O., 11 n., 396

Zone isterogene, 31, 45-47, 73, 187, 292, 302-04, 326, 399
Zoopsia, 225 sg.; *vedi anche* Allucinazioni, di animali
Zuntz, professor, 13
Zurigo, 69, 81

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Elenco delle "Opere di Sigmund Freud"

Le date indicano l'anno in cui fu ultimata la composizione dell'opera. Quando l'anno di pubblicazione differisce da quello di composizione, esso segue, tra parentesi, al titolo. Nel caso di scritti di anni diversi raggruppati sotto un titolo collettivo, o nel caso di scritti iniziati a pubblicare parzialmente prima che la composizione fosse giunta al termine, le date indicano l'arco di tempo.

VOLUME 1: 1886-1895

1886.	*Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino.* (1960)	Bericht über meine Studienreise nach Paris und Berlin. (1960)
	Prefazione alla traduzione delle "Lezioni sulle malattie del sistema nervoso" di J.-M. Charcot.	Vorwort des Übersetzers zu "Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie" von J.-M. Charcot.
	Osservazione di un caso grave di emianestesia in un paziente isterico.	Beobachtung einer hochgradigen Hemianästhesie bei einem hysterischen Manne.
1887.	*Due brevi recensioni (a Averbeck e a Weir Mitchell).*	Referate: Averbeck und Weir Mitchell.
1888.	*Isteria. (In appendice: Isteroepilessia.)*	Hysterie. - (Hysteroepilepsie.)
1888-92.	*Ipnotismo e suggestione.*	Hypnotismus und Suggestion:
	Prefazione alla traduzione di "Della suggestione" di Hippolyte Bernheim. (1888)	Vorrede des Übersetzers zu "Die Suggestion und ihre Heilwirkung" von Hippolyte Bernheim. (1888)
	Recensione a "L'ipnotismo" di August Forel. (1889)	Referat über "Der Hypnotismus" von August Forel. (1889)
	Trattamento psichico (trattamento dell'anima). (1890)	Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). (1890)
	Ipnosi. (1891)	Hypnose. (1891)
	Un caso di guarigione ipnotica. (1892-93)	Ein Fall von hypnotischer Heilung. (1892-93)
1892.	*Abbozzi per la "Comunicazione preliminare" [poi divenuta primo capitolo degli "Studi sull'isteria"].* (1940-41)	Beiträge zu "Vorläufige Mitteilung". (1940-41)
1892-94.	*Prefazione e note alla traduzione delle "Lezioni del martedí della Salpêtrière" di J.-M. Charcot.*	Vorwort und Anmerkungen des Übersetzers zu "Poliklinische Vorträge" von J.-M. Charcot.
1892-95.	*Studi sull'isteria. (In collaborazione con Josef Breuer.)* (1893-95)	Studien über Hysterie. (1893-95)

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

VOLUME 2: 1892-1899

1892-97.	*Minute teoriche per Wilhelm Fliess [le minute sono indicate con le lettere da A a N].* (1950)	Abhandlungen an Wilhelm Fliess. (1950)
1893.	*Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche.*	Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques.
	Meccanismo psichico dei fenomeni isterici.	Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene.
	Charcot.	Charcot.
1894.	*Le neuropsicosi da difesa.*	Die Abwehr-Neuropsychosen.
	Ossessioni e fobie. (1895)	Obsessions et phobies. (1895)
	Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia". (1895)	Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen. (1895)
1895.	*A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia".*	Zur Kritik der "Angstneurose".
	Progetto di una psicologia. (1950)	Entwurf einer Psychologie. (1950)
1896.	*L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi.*	L'hérédité et l'étiologie des névroses.
	Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa.	Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen.
	Etiologia dell'isteria.	Zur Ätiologie der Hysterie.
1897.	*Sommari dei lavori scientifici del libero docente dottor Sigmund Freud, 1877-1897.*	Inhaltsangaben der wissenschaftlichen Arbeiten des Privatdozenten Dr. Sigmund Freud, 1877-1897.
1898.	*La sessualità nell'etiologia delle nevrosi.*	Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen.
	Meccanismo psichico della dimenticanza.	Zum psychischen Mechanismus der Vergesslichkeit.
1899.	*Ricordi di copertura.*	Über Deckerinnerungen.
	Nota autobiografica. (1901)	Autobiographische Notiz. (1901)
	Un presentimento onirico avveratosi. (1941)	Eine erfüllte Traumahnung. (1941)

VOLUME 3: 1899

	L'interpretazione dei sogni. (1900)	Die Traumdeutung. (1900)

VOLUME 4: 1900-1905

1900.	*Il sogno.* (1901)	Über den Traum. (1901)
1901.	*Psicopatologia della vita quotidiana.*	Zur Psychopathologie des Alltagslebens.
	Frammento di un'analisi d'isteria. (Caso clinico di Dora.) (1905)	Bruchstück einer Hysterie-Analyse. (1905)
1903.	*Il metodo psicoanalitico freudiano.* (1904)	Die Freudsche psychoanalytische Methode. (1904)

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

1903-04.	*Noterelle nella "Neue freie Presse".*	Aufzeichnungen über "Neue freie Presse".
1904.	*Recensione a "I fenomeni psichici di coazione" di Leopold Löwenfeld.*	Referat über "Die psychischen Zwangserscheinungen" von Leopold Löwenfeld.
	Psicoterapia. (1905)	Über Psychotherapie. (1905)
1905.	*Tre saggi sulla teoria sessuale.*	Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.

VOLUME 5: 1905-1908

	Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio.	Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten.
	Le mie opinioni sul ruolo della sessualità nell'etiologia delle nevrosi. (1906)	Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. (1906)
	Personaggi psicopatici sulla scena. (1942)	Psychopathische Personen auf der Bühne. (1942)
1906.	*Diagnostica del fatto e psicoanalisi.*	Tatbestandsdiagnostik und Psychoanalyse.
	Prefazione alla prima edizione della "Raccolta di brevi scritti sulla teoria delle nevrosi 1893-1906".	Vorwort zur ersten Auflage der "Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus den Jahren 1893-1906".
	Il delirio e i sogni nella "Gradiva" di Wilhelm Jensen. (1907)	Der Wahn und die Träume in Wilhelm Jensens "Gradiva". (1907)
1907.	*Azioni ossessive e pratiche religiose.*	Zwangshandlungen und Religionsübungen.
	Istruzione sessuale dei bambini.	Zur sexuellen Aufklärung der Kinder.
	Risposta a un questionario sulla lettura e sui buoni libri.	Antwort auf eine Rundfrage "Vom Lesen und von guten Büchern".
	Prospetto per la collana "Scritti di psicologia applicata".	Prospekt für die Reihe "Schriften zur angewandten Seelenkunde".
	Il poeta e la fantasia. (1908)	Der Dichter und das Phantasieren. (1908)
1908.	*Fantasie isteriche e loro relazione con la bisessualità.*	Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität.
	Carattere ed erotismo anale.	Charakter und Analerotik.
	La morale sessuale "civile" e il nervosismo moderno.	Die "kulturelle" Sexualmoral und die moderne Nervosität.
	Prefazione a "Stati nervosi d'angoscia e loro trattamento" di Wilhelm Stekel.	Vorwort zu "Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung" von Dr. Wilhelm Stekel.
	Osservazioni generali sull'attacco isterico. (1909)	Allgemeines über den hysterischen Anfall. (1909)
	Teorie sessuali dei bambini.	Über infantile Sexualtheorien.
	Il romanzo familiare dei nevrotici. (1909)	Der Familienroman der Neurotiker. (1909)
	Analisi della fobia di un bambino di cinque anni. (Caso clinico del piccolo Hans.) (1909)	Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. (1909)

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

VOLUME 6: 1909-1912

1909.	*Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva. (Caso clinico dell'uomo dei topi.) (In appendice gli appunti di lavoro del 1907-08.)*	Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. - (Arbeitsnotizen, 1907-08.)
	Cinque conferenze sulla psicoanalisi. (1910)	Über Psychoanalyse. (1910)
	Prefazione a "Psicoanalisi: saggi nel campo della psicoanalisi" di Sándor Ferenczi. (1910)	Vorwort zu "Lélekelemzés, értekezések a pszichoanalisis köreböl, irta Dr. Ferenczi Sándor". (1910)
1910.	*Significato opposto delle parole primordiali.*	Über den Gegensinn der Urworte.
	Le prospettive future della terapia psicoanalitica.	Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischer Auffassung.
	Un ricordo d'infanzia di Leonardo da Vinci.	Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci.
	I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica.	Die psychogene Sehstörung in psichoanalytischen Auffassung.
	Contributi a una discussione sul suicidio.	Zur Einleitung der Selbstmord-Diskussion. Schlusswort.
	Lettera al dottor F. S. Krauss a proposito della rivista "Anthropophyteia".	Brief an Dr. Friedrich S. Krauss über die "Anthropophyteia".
	Esempi del modo come si tradiscono le fantasie patogene dei nevrotici.	Beispiele des Verrats pathogener Phantasien bei Neurotikern.
	Recensione a "Lettere a donne nervose" di Wilhelm Neutra.	Referat: Wilhelm Neutra, "Briefe an nervöse Frauen".
	Psicoanalisi "selvaggia".	Über "wilde" Psychoanalyse.
	Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente. (Caso clinico del presidente Schreber.) (1911)	Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). (1911)
1910-17.	*Contributi alla psicologia della vita amorosa:*	Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens:
	1. Su un tipo particolare di scelta oggettuale nell'uomo. (1910)	1. Über einen besonderen Typus der Objektwahl beim Manne. (1910)
	2. Sulla piú comune degradazione della vita amorosa. (1912)	2. Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens. (1912)
	3. Il tabú della verginità. (1918)	3. Das Tabu der Virginität. (1918)
1911.	*Precisazioni sui due princípi dell'accadere psichico.*	Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens.
	Sogni nel folklore. (In collaborazione con D. E. Oppenheim.) (1958)	Träume im Folklore. (1958)
	Sulla psicoanalisi. (1913)	On Psycho-analysis. (1913)
	Il significato della successione delle vocali.	Die Bedeutung der Vokalfolge.
	"Grande è la Diana efesia".	"Gross ist die Diana der Epheser".
1911-12.	*Tecnica della psicoanalisi;*	Zur Technik der Psychoanalyse:
	L'impiego dell'interpretazione dei sogni nella psicoanalisi. (1911)	Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse. (1911)

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

	Dinamica della traslazione. (1912)	Zur Dynamik der Übertragung. (1912)
	Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. (1912)	Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. (1912)
1912.	*Modi tipici di ammalarsi nervosamente.*	Über neurotische Erkrankungstypen.
	Contributi a una discussione sull'onanismo.	Zur Einleitung der Onanie-Diskussion. Schlusswort.
	Nota sull'inconscio in psicoanalisi.	A Note on the Unconscious in Psychoanalysis.

VOLUME 7: 1912-1914

1912-13.	*Totem e tabú.*	Totem und Tabu.
1913.	*Un sogno come mezzo di prova.*	Ein Traum als Beweismittel.
	Prefazione a "Il metodo psicoanalitico" di Oskar Pfister.	Geleitwort zu "Die psychoanalytische Methode" von Dr. Oskar Pfister, Zürich.
	Prefazione alla traduzione di "Riti scatologici di tutti i popoli" di J.G. Bourke.	Geleitwort zu "Der Unrat in Sitte, Brauch, Glauben und Gewohnheitsrecht der Völker" von John Gregory Bourke.
	Prefazione a "I disturbi psichici della potenza virile" di Maxim. Steiner.	Vorwort zu "Die psychischen Störungen der männlichen Potenz" von Dr. Maxim. Steiner.
	Materiale fiabesco nei sogni.	Märchenstoffe in Träumen.
	Il motivo della scelta degli scrigni.	Das Motiv der Kästchenwahl.
	Le bugie di due bambine.	Zwei Kinderlügen.
	La disposizione alla nevrosi ossessiva.	Die Disposition zur Zwangsneurose.
	L'interesse per la psicoanalisi.	Das Interesse an der Psychoanalyse.
	Esperienze ed esempi tratti dalla pratica dell'analisi.	Erfahrungen und Beispiele aus der analytischen Praxis.
	Falso riconoscimento ("già raccontato") durante il lavoro psicoanalitico. (1914)	Über fausse reconnaissance ("déjà raconté") während der psychoanalytischen Arbeit. (1914)
	Il Mosè di Michelangelo. (1914)	Der Moses des Michelangelo. (1914)
1913-14.	*Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi:*	Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse:
	1. *Inizio del trattamento.* (1913)	1. Zur Einleitung der Behandlung. (1913)
	2. *Ricordare, ripetere e rielaborare.* (1914)	2. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. (1914)
	3. *Osservazioni sull'amore di traslazione.* (1915)	3. Bemerkungen über die Übertragungsliebe. (1915)
1914.	*Per la storia del movimento psicoanalitico.*	Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung.
	Introduzione al narcisismo.	Zur Einführung des Narzissmus.
	Psicologia del ginnasiale.	Zur Psychologie des Gymnasiasten.
	Dalla storia di una nevrosi infantile. (Caso clinico dell'uomo dei lupi.) (1918)	Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. (1918)

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

VOLUME 8: 1915-1917

1915.	*Metapsicologia:*	Metapsychologie:
	Pulsioni e loro destini.	Triebe und Triebschicksale.
	La rimozione.	Die Verdrängung.
	L'inconscio.	Das Unbewusste.
	Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno. (1917)	Metapsychologische Ergänzung zur Traumlehre. (1917)
	Lutto e melanconia. (1917)	Trauer und Melancholie. (1917)
	Considerazioni attuali sulla guerra e la morte.	Zeitgemässes über Krieg und Tod.
	Lettera alla dottoressa Hermine von Hug-Hellmuth. (1919)	Brief an Frau Dr. Hermine von Hug-Hellmuth. (1919)
	Comunicazione di un caso di paranoia in contrasto con la teoria psicoanalitica.	Mitteilung eines der psychoanalytischen Theorie widersprechenden Falles von Paranoia.
	Caducità. (1916)	Vergänglichkeit. (1916)
	Trasformazioni pulsionali, particolarmente dell'erotismo anale. (1917)	Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik. (1917)
1915-17.	*Introduzione alla psicoanalisi.* (1916-17)	Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (1916-17)
1916.	*Parallelo mitologico con una rappresentazione ossessiva plastica.*	Mythologische Parallele zu einer plastischen Zwangsvorstellung.
	Una relazione fra un simbolo e un sintomo.	Eine Beziehung zwischen einem Symbol und einem Symptom.
	Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico.	Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit.
	Una difficoltà della psicoanalisi. (1917)	Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse. (1917)

VOLUME 9: 1917-1923

1917.	*Un ricordo d'infanzia tratto da "Poesia e verità" di Goethe.*	Eine Kindheitserinnerung aus "Dichtung und Wahrheit".
1918.	*Vie della terapia psicoanalitica.* (1919)	Wege der psychoanalytischen Therapie. (1919)
	Bisogna insegnare la psicoanalisi nell'università? (1919)	Kell-e az egyetemen a psychoanalysist tanitani? (1919)
1919.	*"Un bambino viene picchiato".*	"Ein Kind wird geschlagen".
	Introduzione al libro "Psicoanalisi delle nevrosi di guerra".	Einleitung zu "Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen".
	Il perturbante.	Das Unheimliche.
	Prefazione a "Il rito religioso: studi psicoanalitici" di Theodor Reik.	Vorrede zu "Probleme der Religionspsychologie" von Dr. Theodor Reik.
	Pubblicazione e premiazione di lavori psicoanalitici.	Internationaler Psychoanalytischer Verlag und Preiszuteilungen für psychoanalytische Arbeiten.
	Necrologio di J. J. Putnam.	James J. Putnam †.
	Necrologio di Victor Tausk.	Victor Tausk †.
1920.	*Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile.*	Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

	Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra. (1955)	Gutachten über die elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker. (1955)
	Preistoria della tecnica analitica.	Zur Vorgeschichte der analytischen Technik.
	Il dottor Anton von Freund.	Dr. Anton von Freund.
	Associazione d'idee di una bambina di quattro anni.	Gedankenassoziation eines vierjährigen Kindes.
	Al di là del principio di piacere.	Jenseits des Lustprinzips.
	Complementi alla teoria del sogno.	Ergänzungen zur Traumlehre.
1921.	*Psicologia delle masse e analisi dell'Io.*	Massenpsychologie und Ich-Analyse.
	Prefazione a "Discorsi di psicoanalisi" di J. J. Putnam.	Preface to "Addresses on Psycho-Analysis" by J. J. Putnam.
	Prefazione a "La psicologia dei sogni a occhi aperti" di J. Varendonck.	Introduction to J. Varendonck, "The Psychology of Day-Dreams".
	Psicoanalisi e telepatia. (1941)	Psychoanalyse und Telepathie. (1941)
	Alcuni meccanismi nevrotici nella gelosia, paranoia e omosessualità. (1922)	Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. (1922)
	Sogno e telepatia. (1922)	Traum und Telepathie. (1922)
1922.	*Prefazione a "Il metodo psicoanalitico" di Raymond de Saussure.*	Vorwort zu "La méthode psychanalytique" von Raymond de Saussure.
	La testa di Medusa. (1940)	Das Medusenhaupt. (1940)
	Osservazioni sulla teoria e pratica dell'interpretazione dei sogni. (1923)	Bemerkungen zur Theorie und Praxis der Traumdeutung. (1923)
	Due voci di enciclopedia: "Psicoanalisi" e "Teoria della libido". (1923)	"Psychoanalyse" und "Libidotheorie". (1923)
	Qualche parola sull'inconscio.	Etwas vom Unbewussten.
	L'Io e l'Es. (1923)	Das Ich und das Es. (1923)
	Una nevrosi demoniaca nel secolo decimosettimo. (1923)	Eine Teufelsneurose im siebzehnten Jahrhundert. (1923)
1923.	*L'organizzazione genitale infantile.*	Die infantile Genitalorganisation.
	Prefazione a "Rapporto sul Policlinico psicoanalitico di Berlino" di Max Eitingon.	Vorwort zu Max Eitingon, "Bericht über die Berliner psychoanalytische Poliklinik".
	Lettera a Luis López-Ballesteros y de Torres.	Brief an Luis López-Ballesteros y de Torres.
	Josef Popper-Lynkeus e la teoria del sogno.	Josef Popper-Lynkeus und die Theorie des Traumes.
	Il dottor Sándor Ferenczi (per il cinquantesimo compleanno).	Dr. Ferenczi Sándor (Zum 50. Geburtstag).
	Breve compendio di psicoanalisi. (1924)	Kurzer Abriss der Psychoanalyse. (1924)
	Nevrosi e psicosi. (1924)	Neurose und Psychose. (1924)
	Lettera a Fritz Wittels. (1924)	Brief an Fritz Wittels. (1924)

VOLUME 10: 1924-1929

1924.	*Il problema economico del masochismo.*	Das ökonomische Problem des Masochismus.
	Lettera alla rivista "Le Disque vert".	Lettre à "Le Disque vert".

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

	Il tramonto del complesso edipico.	Der Untergang des Ödipuskomplexes.
	La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi.	Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose.
	Le resistenze alla psicoanalisi. (1925)	Die Widerstände gegen die Psychoanalyse. (1925)
	Nota sul "notes magico". (1925)	Notiz über den "Wunderblock". (1925)
	Autobiografia. (1925)	Selbstdarstellung. (1925)
	Comunicazione del direttore sui mutamenti nella direzione della "Zeitschrift".	Mitteilung des Herausgebers.
1925.	*Alcune aggiunte d'insieme alla "Interpretazione dei sogni".*	Einige Nachträge zum Ganzen der Traumdeutung.
	Lettera al direttore del periodico "Jüdische Presszentrale Zürich".	Brief an den Herausgeber der "Jüdischen Presszentrale Zürich".
	In occasione dell'inaugurazione dell'Università ebraica.	To the Opening of the Hebrew University.
	Prefazione a "Gioventú traviata" di August Aichhorn.	Geleitwort zu "Verwahrloste Jugend" von August Aichhorn.
	Necrologio di Josef Breuer.	Josef Breuer †.
	La negazione.	Die Verneinung.
	Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi.	Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds.
	Psicoanalisi. (1926)	Psycho-Analysis. (1926)
	Inibizione, sintomo e angoscia. (1926)	Hemmung, Symptom und Angst. (1926)
1926.	*Necrologio di Karl Abraham.*	Karl Abraham †.
	A Romain Rolland.	An Romain Rolland.
	Premessa a un articolo di E. Pickworth Farrow.	Bemerkung zu E. Pickworth Farrow's "Eine Kindheitserinnerung aus dem 6. Lebensmonat".
	Discorso ai membri della Associazione B'nai B'rith. (1941)	Ansprache an die Mitglieder des Vereins B'nai B'rith. (1941)
	Il problema dell'analisi condotta da non medici.	Die Frage der Laienanalyse.
	Il dottor Reik e il problema dei guaritori empirici.	Dr. Reik und die Kurpfuschereifrage.
1927.	*L'avvenire di un'illusione.*	Die Zukunft einer Illusion.
	Feticismo.	Fetischismus.
	L'umorismo.	Der Humor.
	Un'esperienza religiosa. (1928)	Ein religiöses Erlebnis. (1928)
	Dostoevskij e il parricidio. (1928)	Dostojewski und die Vatertötung. (1928)
1929.	*Il dottor Ernest Jones (per il cinquantesimo compleanno).*	Dr. Ernest Jones (Zum 50. Geburtstag).
	Un sogno di Cartesio: lettera a Maxime Leroy.	Brief an Maxime Leroy über einen Traum des Cartesius.
	Il disagio della civiltà. (1930)	Das Unbehagen in der Kultur. (1930)

VOLUME 11: 1930-1938

1930.	*Premio Goethe 1930.*	Goethe-Preis 1930.
	Prefazione a un numero speciale di "The Medical Review of Reviews".	Geleitwort zu "The Medical Review of Reviews", vol. 36, 1930.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

	Prefazione a "Elementi di psicoanalisi" di Edoardo Weiss. (1931)	Geleitwort zu "Elementi di psicoanalisi" von Edoardo Weiss. (1931)
	Prefazione a "Dieci anni dell'Istituto psicoanalitico di Berlino".	Vorwort zu "Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut".
	Introduzione allo studio psicologico su Thomas Woodrow Wilson. (1966)	Einleitung zu "Thomas Woodrow Wilson. Eine psychologische Studie". (1966)
	La perizia della Facoltà medica nel processo Halsmann. (1931)	Das Fakultätsgutachten im Prozess Halsmann. (1931)
1931.	*Tipi libidici.*	Über libidinöse Typen.
	Sessualità femminile.	Über die weibliche Sexualität.
	Prefazione a "Teoria generale delle nevrosi secondo i princípi psicoanalitici" di Hermann Nunberg. (1932)	Geleitwort zu "Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage" von Hermann Nunberg. (1932)
	Lettera a Georg Fuchs.	Brief an Georg Fuchs.
	Lettera al borgomastro di Přibor.	Brief an den Bürgermeister der Stadt Přibor.
	L'acquisizione del fuoco. (1932)	Zur Gewinnung des Feuers. (1932)
1932.	*Prefazione al "Piccolo dizionario di psicoanalisi" di Richard Sterba.* (1936)	Geleitwort zu "Handwörterbuch der Psychoanalyse" von Richard Sterba. (1936)
	Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni). (1933)	Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (1933)
	Perché la guerra? (1933)	Warum Krieg? (1933)
	I miei rapporti con Josef Popper-Lynkeus.	Meine Berührung mit Josef Popper-Lynkeus.
1933.	*Necrologio di Sándor Ferenczi.*	Sándor Ferenczi †.
	Prefazione a "Edgar Poe, studio psicoanalitico" di Marie Bonaparte.	Vorwort zu "Edgar Poe, étude psychanalitique", von Marie Bonaparte.
1934-38.	*L'uomo Mosè e la religione monoteistica: tre saggi.* (1937-38)	Der Mann Moses und die monotheistische Religion: Drei Abhandlungen. (1937-38)
1935.	*La finezza di un'azione mancata.*	Die Feinheit einer Fehlhandlung.
	A Thomas Mann per il suo sessantesimo compleanno.	Thomas Mann zum 60. Geburtstag.
1936.	*Un disturbo della memoria sull'Acropoli: lettera aperta a Romain Rolland.*	Brief an Romain Rolland: Eine Erinnerungsstörung auf der Akropolis.
	Necrologio di Ludwig Braun.	Zum Ableben Professor Brauns.
1937.	*Necrologio di Lou Andreas-Salomé.*	Lou Andreas-Salomé †.
	Analisi terminabile e interminabile.	Die endliche und die unendliche Analyse.
	Costruzioni nell'analisi.	Konstruktionen in der Analyse.
1938.	*La scissione dell'Io nel processo di difesa.* (1940)	Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. (1940)
	Risultati, idee, problemi. (1941)	Ergebnisse, Ideen, Probleme. (1941)
	Compendio di psicoanalisi. (1940)	Abriss der Psychoanalyse. (1940)
	Alcune lezioni elementari di psicoanalisi. (1941)	Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis. (1941)
	Una parola sull'antisemitismo.	Ein Wort zum Antisemitismus.
	Antisemitismo in Inghilterra.	Anti-semitism in England.

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4

Stampato in Italia
dalla "Novalito"
di Torino
Giugno 1982

Volume di 495 pagine

www.scribd.com/Cultura_in_Ita4