

FREUD OPERE

2



BORINGHERI

OPERE DI SIGMUND FREUD
EDIZIONE DIRETTA DA C. L. MUSATTI

2

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 tabù
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)

SIGMUND FREUD

OPERE

1892-1899

PROGETTO DI UNA PSICOLOGIA
E ALTRI SCRITTI



PAOLO BORINGHIERI

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

Prima edizione 1968
Sesta impressione 1982

© 1968 Editore Boringhieri s.p.a., Torino, corso Vittorio Emanuele 86
CL 61-8322-0

Edizione originale: Sigmund Freud *Gesammelte Werke*, 18 voll.

S. Fischer Verlag GmbH - Francoforte

© Imago Publishing Co., Ltd. - Londra - 1940-1950

INDICE

Cronologia degli scritti 1892(fine anno)-1897, ix

Introduzione di C. L. Musatti, xi

Minute teoriche per Wilhelm Fliess (1892-97)

Avvertenza editoriale, 3

Minuta A (1892), 7

Minuta B. L'etiologia delle nevrosi (1893), 10

Minuta D. Sulla etiologia e teoria delle principali nevrosi (1894), 17

Minuta E. Come si origina l'angoscia (1894), 19

Minuta F. Raccolta III (1894), 25

Minuta G. Melanconia (1895), 29

Minuta H. Paranoia (1895), 36

Minuta I. Eemicrania: punti assodati (1895), 42

Minuta J. Signora P. J. Et : 27 anni (1895), 45

Minuta K. Le nevrosi da difesa (Favola di Natale) (1895), 49

Minuta L (1897), 58

Minuta M (1897), 61

Minuta N (1897), 64

Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche (1893)

Avvertenza editoriale, 69

Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche, 71

Meccanismo psichico dei fenomeni isterici (1893)

Avvertenza editoriale, 87

Meccanismo psichico dei fenomeni isterici, 89

Charcot (1893)

Avvertenza editoriale, 103

Charcot, 105

Le neuropsicosi da difesa (1894)

Avvertenza editoriale, 119

Le neuropsicosi da difesa: abbozzo di una teoria psicologica dell'isteria acquisita, di molte fobie e ossessioni e di certe psicosi allucinatorie, 121

Ossessioni e fobie (1894)

Avvertenza editoriale, 137

Ossessioni e fobie: loro meccanismo psichico e loro etiologia, 139

Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia" (1894)

A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia" (1895)

Avvertenza editoriale, 149

Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia", 153

1. Sintomatologia clinica della nevrosi d'angoscia, 154
2. Comparsa ed etiologia della nevrosi d'angoscia, 161
3. Primi principi di una teoria della nevrosi d'angoscia, 168
4. Relazione con altre nevrosi, 173

A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia", 177 /

Progetto di una psicologia (1895)

Avvertenza editoriale, 195

1. Schema generale, 201

Introduzione, 201 1. Prima tesi principale: la concezione quantitativa, 201 2. Seconda tesi principale: la teoria dei neuroni, 203
 3. Le barriere di contatto, 204 4. Il punto di vista biologico, 207
 5. Il problema della quantità, 211 6. Il dolore, 212 7. Il problema della qualità, 213 8. La coscienza, 216 9. Il funzionamento dell'apparato, 218 10. Le vie di conduzione ψ , 220 11. L'esperienza di soddisfacimento, 222 12. L'esperienza di dolore, 224
 13. Affetti e stati di desiderio, 226 14. Introduzione dell'Io, 227 15. Processo primario e secondario in ψ , 229 16. La conoscenza e il pensiero riproduttivo, 231 17. Memoria e giudizio, 234
 18. Pensiero e realtà, 236 19. Processi primari: sonno e sogno, 239 20. L'analisi dei sogni, 241 21. La coscienza nel sogno, 244

2. Psicopatologia, 247

1. La coazione isterica, 247 2. La genesi della coazione isterica, 250
 3. La difesa patologica, 251 4. Il "proton pseudos" isterico, 252
 5. Le condizioni del $\pi\rho\acute{\omega}\tau\omicron\nu\ \psi\epsilon\ddot{\upsilon}\delta\omicron\varsigma\ \acute{\upsilon}\sigma\tau[\epsilon\rho\iota\kappa\acute{\omicron}\nu]$, 256
 6. La perturbazione del pensiero provocata dall'affetto, 256

3. Tentativo di rappresentare i processi ψ normali, 259

L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi (1896)

Avvertenza editoriale, 287

L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi, 289

Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa (1896)

Avvertenza editoriale, 305

Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa, 307

1. L'etiologia "specificata" dell'isteria, 308 2. Essenza e meccanismo della nevrosi ossessiva, 312
 3. Analisi di un caso di paranoia cronica, 318

Etiologia dell'isteria (1896)

Avvertenza editoriale, 331

Etiologia dell'isteria, 333

Sommari dei lavori scientifici del libero docente dottor Sigmund Freud 1877-1897 (1897)

Avvertenza editoriale, 363

Sommari dei lavori scientifici del libero docente dottor Sigmund Freud 1877-1897, 365

A. Anteriori al conseguimento della docenza, 365 B. Successivi al conseguimento della docenza, 373 Appendice, 392

La sessualità nell'etiologia delle nevrosi (1898)

Avvertenza editoriale, 395

La sessualità nell'etiologia delle nevrosi, 397

Meccanismo psichico della dimenticanza (1898)

Avvertenza editoriale, 421

Meccanismo psichico della dimenticanza, 423

Ricordi di copertura (1899)

Avvertenza editoriale, 433

Ricordi di copertura, 435

Nota autobiografica (1899)

Avvertenza editoriale, 457

Nota autobiografica, 459

Un presentimento onirico avveratosi (1899)

Avvertenza editoriale, 463

Un presentimento onirico avveratosi, 465

Elenco dei riferimenti bibliografici, 469

Indice analitico, 471

Elenco delle opere di Sigmund Freud, 485

**Cronologia delle Minute teoriche e degli altri scritti
degli anni 1892-97 inclusi nel primo e nel secondo volume
della presente edizione**

(la cronologia delle Minute è in molti casi incerta)

1892	Un caso di guarigione ipnotica (vol. 1)	fine anno
	Comunicazione preliminare (poi divenuta primo capitolo degli Studi sull'isteria; vol. 1)	»
	Minuta A	»
1893	Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche	1888-93
	Meccanismo psichico dei fenomeni isterici	gennaio
	Minuta B	febbraio
	Charcot	agosto
1894	Le neuropsicosi da difesa	gennaio
	Minuta D	maggio
	Minuta E	giugno
	Minuta F	agosto
	Osessioni e fobie	fine anno
	Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"	»
1895	Minuta G	7 gennaio
	Minuta H	24 gennaio
	Studi sull'isteria (vol. 1)	finiti all'inizio di marzo
	Minuta I	marzo
	Minuta J	
	A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia"	maggio
	Progetto di una psicologia	settembre-novembre
	Minuta K	Natale
1896	L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi	febbraio
	Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa	»
	Etiologia dell'isteria	aprile
1897	Minuta L	2 maggio
	Sommari dei lavori scientifici del libero docente dottor Sigmund Freud, 1877-1897	prima del 16 maggio
	Minuta M	25 maggio
	Minuta N	31 maggio

Introduzione di C. L. Musatti

Questo secondo volume delle Opere di Sigmund Freud comprende i lavori di interesse psicologico da lui scritti nel periodo che va dagli Studi sull'isteria, contenuti nel primo volume della presente edizione, alla Interpretazione dei sogni, costituente il terzo.

La delimitazione così formulata non è tuttavia precisa. Non esiste infatti un'unica data di composizione per gli Studi sull'isteria: l'opera, iniziata con quella Comunicazione preliminare (datata dicembre 1892, e pubblicata a sé nel gennaio 1893) che ne rappresenta la Introduzione, si completa con le altre parti, successivamente scritte da Freud e Breuer, e appare come volume, col nome dei due autori, nel maggio 1895: quando cioè Freud si era già distaccato sul piano scientifico da Breuer e aveva notevolmente progredito autonomamente nella evoluzione del proprio pensiero. È pertanto sembrato opportuno ai curatori della presente edizione fermarsi nel primo volume delle Opere agli Studi sull'isteria, e comprendere invece in questo secondo tutti quegli altri scritti psicologici di Freud che, composti a partire dalla fine del 1892, riguardano già questa nuova fase di evoluzione autonoma del suo pensiero: e ciò anche se tale sistemazione comporta una sovrapposizione cronologica fra primo e secondo volume.

Anche per quanto riguarda gli scritti dell'ultimo periodo qui presentati, si ha in certo modo sovrapposizione. La data generica 1900, con la quale Freud pubblicò la Interpretazione dei sogni, o quella esatta del 4 novembre 1899, giorno in cui effettivamente il libro è uscito, rappresenta, come è ovvio, un momento terminale. L'opera fu iniziata nella primavera del 1897 ed impegnò fortemente Freud (che parallelamente portava avanti la propria autoanalisi) per due anni e mezzo. Gli altri lavori apparsi in quel periodo, contemporanei dunque alla stesura della Interpretazione dei sogni, e an-

ch'essi in certo modo frutto dell'autoanalisi, vengono compresi nel presente volume: salvando in questo secondo caso la cronologia per quanto riguarda il momento in cui gli scritti sono stati completati, ma non parimenti per quanto riguarda invece l'epoca in cui le varie scoperte psicologiche, o comunque i vari progressi nella ricerca scientifica, sono stati raggiunti. È chiaro che non si poteva procedere diversamente, dato il lungo tempo di composizione della Interpretazione dei sogni e la sua complessità, e dato anche che quest'ultima opera ha dovuto, nella nostra edizione, essere completata con tutte le aggiunte e modificazioni successivamente introdotte nelle varie edizioni in un periodo che si estende fino al 1930: occorre quindi presentarla come opera a sé.

Il presente volume ha anche un'altra caratteristica: per due terzi è costituito da scritti che Freud ha pubblicato all'epoca della loro composizione, per un terzo invece da scritti usciti postumi, che non erano destinati originariamente alla pubblicazione (in quanto rappresentano poco più che appunti ad uso personale), e che secondo il desiderio di Freud avrebbero dovuto rimanere inediti. Questo consente di seguire lo sviluppo del pensiero di Freud, nel periodo che va dagli Studi sull'isteria alla Interpretazione dei sogni, parallelamente su due piani: quello delle prese di posizione pubbliche e quello della elaborazione privata per semplici tentativi e formulazioni provvisorie e preliminari.

I due piani non sono, per la verità, completamente distinti. Giacché anche nei lavori effettivamente pubblicati in questo periodo, si rilevano talora incertezze e ripensamenti; oppure si ritrovano, per concetti precedentemente affermati con grande vigore, improvvisi silenzi: i quali hanno il significato di un tacito ripudio o di un progressivo svuotamento di significato. È tuttavia certo che estendendo la lettura — come qui è possibile — anche a quelle che sono semplici tracce, appunti o stesure provvisorie (prive dunque dell'impegno responsabile che necessariamente accompagna ciò che è stato consapevolmente affidato alle stampe dall'autore) si ottiene un quadro assai più vivo e concreto di tutto il lavoro attraverso il quale la evoluzione del pensiero di Freud in questi anni si è venuta svolgendo.

Le linee di questa evoluzione sono individuabili con una certa precisione.

Una è intanto costituita da una estensione del campo della indagine psicopatologica. Il metodo di esplorazione, ai fini di una liquidazione dei sintomi morbosi, che Freud aveva accolto da Breuer, e

che egli aveva progressivamente modificato pur continuando a chiamarlo metodo catartico di Breuer, e i punti di vista teoretici sul funzionamento dell'apparato psichico che ne stavano a base, riguardavano all'origine una forma morbosa specifica, e cioè l'isteria. Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici si intitola la *Comunicazione preliminare*, *Studi sull'isteria l'opera completa*: e questo anche se nel capitolo sulla tecnica, degli stessi *Studi*, Freud osserva che nessuno dei casi clinici illustrati nel libro è un caso puro di isteria, perché i sintomi isterici sono collegati sempre a quelli di altre nevrosi, cosicché la terapia e la stessa teoria non possono riguardare l'isteria soltanto, ma investono l'intero campo delle psiconevrosi.

Questa esigenza di allargare l'orizzonte dell'indagine psicopatologica è avvertita da Freud fin dal tempo della *Comunicazione preliminare*, e cioè alla fine del 1892. Come si può constatare riferendosi soprattutto alle *Minute* teoriche per Wilhelm Fliess, che in questo volume vengono premesse agli altri scritti cronologicamente disposti.

Dal 1892 al 1895 (proprio contemporaneamente alla stesura degli *Studi sull'isteria*) Freud tentò pure la costruzione di una teoria per spiegare certe manifestazioni morbose, che egli considerava dovute a comportamenti sessuali imperfetti, e cioè tali da non consentire un pieno appagamento dell'impulso istintivo, la nevrastenia e la nevrosi d'angoscia: quelle che più tardi verranno dette nevrosi attuali, perché sarebbero dovute al regime sessuale attuale, in opposizione alle psiconevrosi da difesa, riferibili in certo modo all'azione postuma di situazioni sessuali traumatiche del passato. Il primo cenno a questa dottrina si ha nella *Minuta A* (1892), mentre una esposizione più ampia è contenuta nella *Minuta B* (1893) e — dopo altre minori osservazioni delle *Minute D* ed *E* (1894) — nell'articolo *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"*, sempre del 1894 (e pubblicato nel 1895).—

Nello stesso 1894 Freud affronta, con *Le neuropsicosi da difesa e con Ossessioni e fobie* (pubblicato questo nel 1895) il problema della seconda psiconevrosi: la nevrosi ossessiva, contrapposta all'isteria per il diverso meccanismo di produzione. Nella *Minuta K* del 1° gennaio 1896, denominata da Freud "*Favola di Natale*", egli espone per la prima volta quella sua teoria sul trauma sessuale infantile, come momento etiologico specifico dell'isteria e della nevrosi ossessiva, che gli si era venuta imponendo nell'autunno dell'anno precedente, e che egli renderà pubblica nei due articoli *L'ereditarietà e*

l'etiologia delle nevrosi e Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa, composti nei primi mesi del 1896.

Ma benché Freud abbia considerato il metodo catartico prima, e la psicoanalisi poi, come tecniche terapeutiche utilizzabili per le sole psiconevrosi, egli non si limitò a cercar di comprendere il meccanismo di produzione di queste malattie, ma estese subito l'indagine anche a forme psicotiche.

Fin dalla Minuta A del 1892, egli rivela un interesse per il problema della malinconia, che è ripreso nella Minuta G del gennaio 1895, dove sono affermati concetti (compreso quello del rapporto della malinconia col lutto) che Freud svilupperà più di venti anni dopo al tempo della prima guerra mondiale.

Nel 1894, con l'articolo *Le neuropsicosi da difesa*, Freud cercò di utilizzare lo stesso concetto di "difesa", con cui spiegava il meccanismo di produzione delle psiconevrosi, nella interpretazione della genesi dei deliri allucinatori psicotici, pervenendo a un primo abbozzo di una teoria della schizofrenia. Nella Minuta H del 1895 e in quella K del 1896 più specificamente affronta il problema della paranoia, sul quale ritorna nelle Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa, dello stesso 1896, in cui illustra un caso clinico indicato allora come paranoia cronica (con una diagnosi rettificata molti anni dopo in demenza paranoide).

È notevole come in questo ampliamento del campo di indagine Freud abbia toccato anche problemi per i quali il pensiero moderno fa uso del concetto di malattie psicosomatiche. Così una delle *Minute per Fliess* (la I, attribuita al marzo 1895) è interamente dedicata al problema della emicrania, la cui etiologia è considerata simile a quella delle nevrosi attuali.

Nella produzione scientifica di questo periodo non troviamo soltanto anticipazioni di concetti che verranno più ampiamente illustrati negli anni a venire, o progressi delle indagini a sviluppo lineare, ma anche tentativi in direzioni rivelatesi dopo parecchio tempo false e quindi lasciati a metà, oppure prese di posizione assai ferme inizialmente, e in seguito abbandonate perché clamorosamente smentite dall'esperienza. Talora situazioni di questo genere hanno dato luogo ad autentici drammi per Freud, che veniva preso da crisi di sfiducia in sé stesso e nella propria opera.

Quando si prescinda da tali risonanze emotive personali, e si analizzino questi insuccessi scientifici su un piano obiettivo nei loro aspetti particolari, si può fare una constatazione. Non si tratta, come

potrebbe apparire, di semplici abbagli in cui Freud sia caduto, di ipotesi gratuite che non reggono al vaglio dei fatti, o di progetti ambiziosi per cui manchino gli idonei strumenti. Non si tratta cioè di "tempo e lavoro perduti", come Freud stesso fu talora indotto a ritenere, ma di posizioni che, pur essendo erronee ed autenticamente erronee, poggiano sopra fatti reali, o sopra intuizioni originariamente esatte: per cui nell'atto stesso in cui Freud deve riconoscere di aver tratto da quei fatti o da quelle intuizioni conclusioni non sostenibili, è anche in grado di utilizzare in modo diverso gli elementi validi della propria ricerca.

Una di queste situazioni si è verificata nel 1895 col Progetto di una psicologia. Nella primavera di quell'anno, mentre stanno uscendo gli Studi sull'isteria, Freud pensa alla possibilità di tracciare uno schema completo del funzionamento del sistema nervoso, che renda conto di quei processi psichici che egli aveva individuato studiando l'isteria e altre manifestazioni psicopatologiche, e anzi che renda conto di tutta intera la fenomenologia della vita psichica.

L'idea, estremamente ambiziosa, traeva origine: dalla radicata impressione di Freud di una insufficienza della psicologia tradizionale, quale si insegnava prevalentemente nelle università, e cioè la psicologia herbartiana, a costituire un fondamento per l'interpretazione delle manifestazioni psichiche oggetto del suo studio; dalla necessità che egli, per la sua stessa formazione scientifica, avvertiva di esprimere in termini neurologici i processi di base che dovevano spiegare la fenomenologia psichica; e infine dalla impressione che le cognizioni negli ultimi tempi acquisite dal pensiero scientifico, con ricerche alle quali egli stesso in quanto neurologo aveva contribuito, rappresentassero ormai un tale avanzamento sulla via di una completa comprensione del funzionamento del sistema nervoso, da consentire effettivamente la formulazione di questa teoria psiconeurologica: o, come egli si esprimeva, di una "psicologia per neurologi".

Nell'autunno 1895 scrive tre dei quattro capitoli che avrebbero dovuto costituire l'opera intera. Ma già nel novembre ha l'impressione di essersi imbarcato in un'impresa che non può essere portata a termine. Il 1° gennaio 1896 si occupa per l'ultima volta del Progetto, inserendo in una lettera a Fliess qualche pagina che avrebbe dovuto modificare punti di vista già precedentemente elaborati. Poi abbandona definitivamente tutto, e non parlerà più di questo tentativo mancato.

Ci è facile oggi renderci conto di come il Progetto di Freud non

fosse realizzabile. Ma sarebbe del tutto erroneo pensare che effettivamente, di quel brogliaccio, decifrabile con difficoltà e dai concetti spesso oscuri, in cui il manoscritto incompiuto della Psicologia consiste, nulla di valido sia rimasto. Non solo molte osservazioni particolari là contenute si ritrovano in opere successive di Freud, ma l'idea stessa di una psicologia dinamica, che è l'idea base del Progetto, è rimasta fondamentale in tutta l'opera successiva di Freud; anche se è scomparso (o è rimasto appena accennato sotto forma di semplice linguaggio metaforico) il rinvio a concetti neurologici e in genere a immagini riguardanti la natura corporea del sistema che sottende la vita psichica.

In questo senso la Psicologia del 1895 riappare nel capitolo settimo della Interpretazione dei sogni, in tutte le opere successive di metapsicologia, e ancora in quel gruppo di scritti redatti tra il 1920 e il 1922 (Al di là del principio di piacere, Psicologia delle masse e analisi dell'Io, e L'Io e l'Es) in cui è ripreso il problema della costituzione e della organizzazione dell'apparato psichico, con riferimento anche alla formazione della memoria.

A proposito della formazione della memoria, e della idea sostenuta da Freud nel Progetto, secondo la quale dovrebbero esservi nel sistema nervoso centrale cellule che gli stimoli esterni non modificherebbero stabilmente e cellule invece che subirebbero una modificazione durevole e che pertanto conserverebbero le tracce dell'azione esercitata dall'ambiente sugli organi percettivi, va osservato che Freud ha, con tale idea, in certo modo anticipato, anche nei particolari, lo schema dei moderni elaboratori elettronici dotati di una "memoria": elaboratori di cui non si può certo dire a tutt'oggi che riproducano, nel modo del loro funzionamento, un cervello umano, ma le cui operazioni in gran parte corrispondono, nei risultati, alle operazioni mentali dovute a quel cervello.

Nel momento stesso in cui lasciava cadere il Progetto, si consolidava in Freud la persuasione della validità di quella teoria etiologica delle psiconevrosi a cui sopra è stato fatto cenno. È la teoria secondo la quale vi sarebbe all'origine dell'isteria e della nevrosi ossessiva una situazione traumatica risalente alla prima infanzia, e consistente in una sorta di aggressione sessuale subita (per lo più da parte di adulti) nel primo caso, ed esercitata attivamente (come ripetizione eventualmente di un precedente episodio passivo) nel secondo. Freud, come si è detto, espose questa dottrina nella Minuta K del 1° gennaio 1896 e nei due articoli scritti immediatamente dopo.

Ma anche questa teoria dovette essere abbandonata. Nella lettera a Fliess del 21 settembre 1897, in preda a un grande sconforto, Freud riconosce di essere caduto in errore. I traumi sessuali precoci riferiti dai pazienti in analisi e ai quali aveva prestato fede si erano rivelati semplici fantasie elaborate in un periodo successivo e proiettate, sotto forma di ricordi allucinati, in quel remoto passato.

Sembra certo che Freud, il quale aveva da poco iniziato la propria autoanalisi, abbia fatto sopra sé stesso questa scoperta. Comunque ne ebbe successivamente conferma dalla propria autoanalisi (vedi la lettera a Fliess del 3 gennaio 1899).

Freud, che con gli articoli sopra citati si era fortemente compromesso di fronte al pubblico, attese molto tempo per sconfessare pubblicamente la teoria del trauma sessuale precoce. Neanche questo però fu un inutile errore, per il successivo sviluppo del suo pensiero. Se un paziente in analisi racconta come episodi reali fantasie fabbricate sopra la propria infanzia, ciò deve corrispondere a qualche cosa di obiettivo. Se reali non sono gli episodi specifici, reali debbono essere le situazioni emotive generatrici dei falsi ricordi. Ma allora non sotto l'azione di persone adulte si risveglierebbero precocemente nei bambini impulsi, sensazioni e fantasie, appartenenti alla sfera sessuale, ma autonomamente, in forza di un naturale sviluppo e di una progressiva organizzazione dell'istinto.

È la tesi di un'originaria sessualità infantile (con forme ovviamente particolari e diverse da quelle proprie della sessualità adulta, e costituente una preparazione alla stessa sessualità adulta): tesi che Freud svilupperà sistematicamente parecchi anni più tardi e che esporrà nei Tre saggi sulla teoria sessuale del 1905.

Diverso è stato il destino di un'altra dottrina, pure elaborata in questa epoca e poi lasciata cadere: la dottrina delle nevrosi attuali, alla quale anche è stato già accennato più su.

Come dicemmo Freud la espose negli anni dal 1892 al 1894, prima in varie *Minute a Fliess* e poi nell'articolo *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi di angoscia"*. Inizialmente riteneva che la nevrastenia e la nevrosi d'angoscia fossero da tener distinte dalle psiconevrosi, perché non potevano essere riferite a "residui" di situazioni traumatiche passate, e non potevano quindi venir combattute con una esplorazione psicologica che mirasse a riattualizzare il ricordo di quelle situazioni traumatiche liquidandole. Sembrò a Freud di poter constatare invece che esse si accompagnavano sempre a modalità non del tutto normali di com-

portamento sessuale: masturbazione abituale, coito interrotto, prolungata astinenza ecc. Gli parve anche che si potesse stabilire un diverso comportamento sessuale anomalo per la nevrosi d'angoscia e per la nevrosi. Come pure che fosse sufficiente una modificazione del "regime sessuale" per ottenere: o che i sintomi della primitiva nevrosi si trasformassero in quelli dell'altra, oppure che si avesse una remissione generale dei sintomi.

Freud tentò anche di spiegare il processo di produzione dell'angoscia nella nevrosi corrispondente: si sarebbe trattato della trasformazione (in angoscia appunto) di una carica di eccitamento libidico, non defluita attraverso quella normale forma di scarica che si ha in un rapporto sessuale completo e soddisfacente.

Più tardi Freud si rese conto: che i sintomi di queste nevrosi non si presentano e scompaiono con quella automaticità che era prevista dalla teoria iniziale, che la stessa distinzione fra nevrosi attuali e psiconevrosi da difesa non era del tutto netta, e soprattutto del fatto che un regime sessuale non normale (quale dovrebbe essere quello responsabile della produzione delle nevrosi attuali), qualora si protragga nel tempo e non sia il momentaneo prodotto di situazioni reali contingenti, è sempre l'effetto di inibizioni o difese nevrotiche nei confronti della sessualità; cosicché in definitiva anche queste presunte nevrosi attuali si rivelerebbero di origine psicogena, e sarebbero quindi affrontabili analiticamente non diversamente dalle psiconevrosi.

Questo è il motivo per cui Freud non ha più in seguito ripreso il problema delle nevrosi attuali come problema specifico. Freud tuttavia ha anche evitato di ripudiare esplicitamente la teoria delle nevrosi attuali. E ciò perché, anche dopo aver abbandonato la distinzione netta fra nevrosi da difesa e nevrosi attuali, non si sentì di escludere completamente l'azione, accanto a tutti i fattori d'ordine psicologico sempre esistenti, di un fattore somatico, collegato a un imperfetto deflusso di una tensione sessuale accumulata. Ciò a cui Freud pensava di non dover rinunciare era la teoria dell'angoscia come carica sessuale trasformata (per una sorta cioè di "conversione", simile a quella dell'isteria, come aveva detto nella Minuta G). Egli riaffermò questo concetto molti anni dopo nella Introduzione alla psicoanalisi (1915-1917). E perfino in Inibizione, sintomo e angoscia del 1925, che pure contiene la teoria nuova dell'angoscia come segnale di allarme presente in certo modo in ogni nevrosi, non è respinta (anche se è detto che si tratta di una pura ipotesi) l'idea

di una equivalenza, o corrispondenza da un punto di vista energetico, della libido e dell'angoscia.

Il periodo durante il quale Freud procede sulla via delle sue scoperte con movimento incerto, passando da improvvisi entusiasmi a momenti di dubbio o di desolato sconforto, è soprattutto quello che precede immediatamente il 1897. La situazione si modifica radicalmente in quell'anno.

Nell'ottobre 1896 era morto il padre di Freud, ed egli ne era rimasto profondamente turbato. Il successivo acuirsi di disturbi nevrotici, consistenti in manifestazioni ansiose di vario genere, lo indussero nell'estate successiva a sottoporsi a un lavoro di analisi, analogo a quello a cui egli sottoponeva i propri pazienti. Si ebbe così quella che fu detta l'autoanalisi di Freud.

Strettamente collegati a tale lavoro di autoanalisi sono i progressi che egli compie in questo nuovo periodo.

Anzitutto le grandi scoperte sul sogno.

Freud era riuscito fin dal luglio del 1895 ad analizzare un proprio sogno, scoprendone il nascosto significato. Da allora il problema della interpretazione dei sogni fu portato avanti sia con i pazienti che con sé stesso, finché nel 1897 tale interpretazione divenne uno degli strumenti principali dell'autoanalisi. Nella primavera dello stesso 1897 Freud si era anche immerso nello studio teorico del sogno, sulla base della letteratura scientifica esistente, e aveva enunciato il proposito di scrivere una completa opera sul sogno: quella che divenne la Interpretazione dei sogni.

Autoanalisi e stesura del libro procedettero da allora in poi di pari passo. Su ciò non ci soffermiamo rimandando il lettore al terzo volume delle Opere.

Ma in quella stessa primavera 1897 Freud si occupa ripetutamente in tre *Minute a Fliess* (L, M e N) del problema delle fantasie, e dei rapporti che esse presentano da un lato con i sogni, dall'altro con la creazione poetica. In seguito, in una lettera a Fliess del 15 ottobre 1897, in relazione con problemi della propria analisi, egli delinea una interpretazione analitica dell'Amleto, e l'anno dopo, nella lettera a Fliess del 20 giugno 1898, dà un nuovo saggio di interpretazione di un'opera letteraria, con l'analisi della novella di Conrad Ferdinand Meyer, *La giustiziera*.

Sono, queste analisi, molto brevi, sommarie e parziali; costituiscono tuttavia primi modelli di quel tipo di lavoro analitico che Freud porterà a un livello di alta perfezione, scrivendo nel 1906 *Il*

delirio e i sogni nella "Gradiva" di Wilhelm Jensen, e di cui fornirà la compiuta giustificazione teoretica nel saggio su Il poeta e la fantasia del 1907.

Il lavoro di autoanalisi fece scoprire a Freud in questi anni anche altre forme d'indagine psicologica. Se il nevrotico è una persona che si difende dal prendere coscienza di qualche cosa che pur rientra nella sua esperienza, deve riscontrarsi in lui un difettoso funzionamento della memoria. L'analisi anzi consisterà nella utilizzazione di procedimenti che consentano di superare questa memoria difettosa.

Freud nel corso dell'autoanalisi riscontrò su di sé l'esistenza di questi mancati funzionamenti della memoria, che possono presentare forme molto diverse.

Così nel 1898, in due lettere a Fliess del 26 agosto e 22 settembre, accenna alla possibilità di ricostruire, mediante un lavoro di analisi, il processo per cui un nome proprio, che pure ci è noto, al momento di essere pronunciato ci sfugge, e per cui in sua sostituzione si presentano altri nomi: di cui sappiamo benissimo che non sono in verità il nome cercato, ma che ciò nonostante si impongono con una certa insistenza alla nostra attenzione.

Il caso citato nella prima delle due lettere riguarda il momentaneo oblio del nome dell'autore dell'Andreas Hofer: che è il poeta Julius Mosen, mentre Freud resta fissato su un cognome come Lindau, o Feldau. Freud dice di non poter rendere pubblico il lavoro di analisi, effettuato su questo oblio di nome, perché esso scoprirebbe troppi elementi della propria vita personale sui quali egli intende invece mantenere il riserbo.

Il caso citato nella seconda lettera riguarda l'oblio improvviso del nome del pittore che ha dipinto il ciclo della fine del mondo nel Duomo di Orvieto: Luca Signorelli. I nomi che si presentavano a Freud in sostituzione di quello esatto erano: Botticelli e Boltraffio.

Il lavoro di analisi con cui Freud poté chiarire sia il motivo dell'amnesia momentanea del nome reale, sia il perché dei nomi di sostituzione, fu da lui esposto nel saggio pubblicato l'anno stesso col titolo Meccanismo psichico della dimenticanza.

Un'altra specie di errore di memoria è stato preso in considerazione da Freud in questo periodo col suo saggio sui Ricordi di copertura, composto nella primavera del 1899 e pubblicato nello stesso anno. Freud intende per ricordi di copertura determinati ricordi, localizzati nell'infanzia, o addirittura nella prima infanzia del soggetto, con un contenuto che sembra del tutto privo di un rilievo giustificante la

persistenza nella memoria, e che in base a un lavoro analitico risultano essere una travestita allusione a qualche cosa di assai piú importante, rimasto invece escluso dal ricordo cosciente, cosicch  soltanto attraverso questo lavoro di analisi pu  essere risollevato dall'oblio.

Lo specifico ricordo di copertura che Freud riferisce ed analizza   personale; per cui l'analisi esposta costituisce un frammento dell'autoanalisi di Freud: anche se egli maschera tutta la situazione attribuendo il caso a un ipotetico paziente.

Freud fece di tutto per non essere riconosciuto nell'episodio narrato, ma fin  col tradirsi, cosicch  la situazione ha potuto essere inserita nella biografia di lui: vedi E. Jones, *Vita e opere di Freud*, trad. A. e M. Novelletto (Il Saggiatore, Milano 1962) vol. 1, p. 51.

Freud constat  questi difetti nel funzionamento della memoria, nel corso della propria autoanalisi, ed ebbe una conferma di fenomeni di tal genere nelle analisi condotte sui propri pazienti. Tali fenomeni potevano perci  venir considerati come sintomi circoscritti verificantisi nel quadro dei disturbi nevrotici complessivi oggetto della terapia psicoanalitica, e suscettibili anch'essi di essere sottoposti ad analisi per essere risolti e liquidati.

D'altra parte non soltanto i pazienti in trattamento sono esposti a improvvise amnesie di nomi, o presentano ricordi di copertura. A tutti gli uomini accadono cose di questo genere.

Freud fu spinto da questa constatazione a concepire l'idea di una micropatologia psicologica, e nella lettera a Fliess del 17 luglio 1899 (poche settimane dopo aver spedito alla rivista che lo doveva pubblicare il lavoro sui Ricordi di copertura) accenn  — sia pur parlandone come di una fantasia — a una "psicopatologia della vita quotidiana".

Ovviamente non la sola memoria, ma tutte le funzioni psichiche che presiedono al nostro comune comportamento, sono ugualmente soggette a momentanei inceppi, arresti o deviazioni, per l'intervento di fattori inconsci. Cosicch  la sfera coperta da questa psicopatologia in miniatura doveva risultare assai vasta.

Otto giorni prima che uscisse la Interpretazione dei sogni, nella lettera a Fliess del 27 ottobre 1899 Freud parla genericamente di altri cinque libri che si proponeva di scrivere: si pu  presumere che in prima linea dovesse figurare quella Psicopatologia della vita quotidiana, per la quale un anno dopo (lettera del 14 ottobre 1900) sta gi  raccogliendo il materiale, e che finir  di scrivere e pubblicare nell'estate del 1901.

Un'altra linea di ricerca si presenta a Freud in questo periodo, e proprio mentre sta redigendo la Interpretazione dei sogni. Fliess, al quale Freud aveva inviato gran parte del manoscritto del libro, aveva osservato che i sogni là riportati e analizzati sembravano essere troppo ingegnosamente e spiritosamente costruiti. L'11 settembre 1899 Freud, riconoscendo l'esattezza della osservazione di Fliess (riportata poi anche nella Interpretazione dei sogni), gli risponde dicendo che i soggetti dei sogni sono facilmente spiritosi, perché sono sottoposti a una pressione e la via diretta di espressione è per essi sbarrata. E conclude dicendo che il carattere manifestamente spiritoso di tutti i prodotti dell'inconscio deve stare in stretta connessione con una spiegazione psicologica dei motti di spirito e dell'umorismo.

Prima del 1900 Freud aveva raccolto una grande quantità di "storielle ebrae", che egli considerava particolarmente idonee a illustrare il meccanismo di produzione dell'effetto spiritoso, e nelle sue lettere a Fliess di questi anni utilizzò spesso, applicandole a sé stesso, tali storielle. Si può pertanto far risalire a questo periodo anche l'origine dell'opera Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio, pubblicata nel 1905, che è precisamente costruita in prevalenza sopra un materiale di questa specie.

Ma in linea generale si può dire che dopo il 1897, e cioè dopo l'inizio dell'autoanalisi, tutti i prodotti dell'attività umana sono apparsi a Freud manifestazioni sottoposte all'influenza determinante di processi inconsci analoghi a quelli individuabili nei sintomi nevrotici; per cui il campo dei fenomeni a cui il metodo psicoanalitico dell'interpretazione poteva essere applicato finiva col coincidere con l'intero oggetto della ricerca psicologica.

Il periodo, nella vita di Freud, a cui si riferiscono le opere del presente volume, è anche quello durante il quale i suoi rapporti di amicizia con Wilhelm Fliess sono stati più intensi.

Fliess (1858-1928) era un medico berlinese specialista in otorinolaringoiatria. Nel 1887 era venuto a Vienna per ragioni di studio e aveva frequentato, dietro consiglio di Breuer, le lezioni di Freud. Si determinò una reciproca simpatia, e, al suo ritorno a Berlino, si iniziò una corrispondenza, che divenne più frequente e confidenziale nel 1892.

Fliess non era medico soltanto, ma anche biologo, e sviluppò alcune teorie: in parte notevoli, come quella di una generale bisessualità degli esseri viventi; in parte alquanto fantastiche, come l'idea

di una relazione delle mucose nasali con l'attività genitale e il principio secondo il quale vi sarebbe una legge generale di periodicità in tutti i fenomeni biologici, fondata su alcuni numeri particolari. Era una persona bizzarra con tratti paranoicali, ma di ingegno acuto e di vasta cultura.

Non è facile comprendere esattamente le ragioni profonde che hanno reso possibile l'instaurarsi di questa intima amicizia tra Freud e Fliess. Ma è certo che quest'ultimo ebbe un'importante funzione per lo sviluppo del pensiero scientifico di Freud, in quanto ne divenne per molti anni il confidente: Freud, specialmente dopo che si erano attenuati i suoi legami con Breuer, teneva in gran conto il parere di Fliess, e gli esponeva i propri progetti e le proprie scoperte, sia in periodici incontri a due (che egli chiamava Congressi) a Berlino, a Vienna o in altre città, sia attraverso la corrispondenza.

Quando iniziò l'autoanalisi, Freud si avvide come la figura di Fliess vi fosse particolarmente implicata. Si rese cioè conto di aver realizzato, nei confronti di lui, che teneva costantemente aggiornato su quanto emergeva dal proprio inconscio, una condizione di dipendenza analoga a quella che si produce nei comuni rapporti analitici fra paziente e analista.

Col progredire dell'autoanalisi Freud riuscì a liberarsi da questa condizione di dipendenza; ma alcuni inconsci elementi ostili, che erano parte integrante (come accade appunto nella situazione analitica) della sua relazione con Fliess, non furono evidentemente liquidati. Ed essi, congiunti alle suscettibilità di Fliess, portarono nell'estate del 1900 a uno screzio, in seguito al quale i rapporti fra i due si attenuarono, fino a interrompersi del tutto nel 1902.

Uno strascico molto sgradevole si ebbe qualche tempo dopo, quando Fliess accusò Freud — fondatamente, come Freud fu costretto ad ammettere — di aver privatamente comunicato a Swoboda e a Weininger la sua dottrina sulla bisessualità, ancora inedita, nella precisa intenzione, sia pure inconscia, di togliergli il vanto della priorità.

La maggior parte della corrispondenza di Freud con Fliess, quale è stata conservata, appartiene proprio agli anni che vanno dal 1892 al 1900.

Di tale corrispondenza, sono stati inseriti nel presente volume (come è stato detto più su) gli scritti aventi il carattere di comunicazioni scientifiche, sia pure sotto forma di appunti o sommari. Non sono state invece incluse le semplici lettere: quantunque anche esse

contengano talora, frammisti alle comunicazioni di carattere personale o familiare, ampi brani dedicati alla discussione di problemi scientifici e notizie sul lavoro di ricerca. Ma a tali lettere (vedine l'edizione citata qui sotto) viene fatto riferimento, quando è necessario, nelle Avvertenze editoriali e nelle note che accompagnano i singoli lavori qui pubblicati.

Le citazioni di scritti di Freud avvengono secondo il titolo, la datazione e la numerazione di pagina della presente edizione (vedi elenco al fondo del volume). Per i numerosi riferimenti alle lettere di Freud si veda in particolare, nella serie degli *Epistolari di Sigmund Freud*, il volume *Le origini della psicoanalisi: lettere a Wilhelm Fliess 1887-1902* (Boringhieri, Torino 1968).

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.

MINUTE TEORICHE PER WILHELM FLIESS

1892-97

Avvertenza editoriale

Col titolo di *Minute teoriche per Wilhelm Fliess*, vengono qui pubblicati alcuni appunti che Freud scrisse nel periodo che va dal 1892 al 1897 e che egli spedì, isolatamente o accompagnati da lettera, all'amico Fliess, per tenerlo al corrente dello sviluppo delle sue osservazioni cliniche e delle sue teorie.

Non erano ovviamente, questi appunti, destinati alla pubblicazione. Essi sono stati trovati nelle "carte di Freud" conservate da Fliess, con le lettere personali scritte allo stesso Fliess e col manoscritto di un lavoro non completato, che Freud chiamava concisamente *Psicologia* e a cui, quando fu pubblicato postumo, fu dato dai curatori il titolo di *Entwurf einer Psychologie* (Progetto di una psicologia).

L'insieme delle carte comprende 284 elementi. Esse, dopo la morte di Fliess, nel 1928, furono — come racconta E. Jones, *Vita e opere di Freud*, trad. A. e M. Novelletto (Il Saggiatore, Milano 1962) vol. 1, pp. 350 sgg. — cedute a un libraio di Berlino, Reinhold Stahl, che nel 1937 le vendette a Parigi alla principessa Marie Bonaparte, allieva e amica di Freud. Freud, quando fu informato della cosa, avrebbe voluto che quelle carte fossero distrutte. Ma la Bonaparte le conservò ugualmente.

I manoscritti ebbero una serie di peripezie e corsero il rischio di venir confiscati dai nazisti a Vienna dove erano stati inizialmente depositati in una banca, e poi di essere distrutti durante la guerra a Parigi, dove rimasero custoditi presso la legazione di Danimarca.

Alla fine della guerra furono portati a Londra, dove la stessa Bonaparte, la figlia di Freud, Anna, ed Ernst Kris ne curarono nel 1950 la pubblicazione: omettendo soltanto quelle lettere, o parti di lettere, che contengono riferimenti di carattere troppo riservato a pazienti, a familiari o ad altre persone. Il titolo dato alla raccolta è *Aus den Anfängen der Psychoanalyse* (Imago Publishing Co., Londra 1950); nelle nostre note la citeremo come *Anfänge*. L'edizione italiana dell'editore Boringhieri, *Le origini della psicoanalisi* (trad. Giulio Soavi), è del 1961. Per la presente edizione la traduzione delle *Minute* è stata rifatta dai curatori su un miglior testo critico tedesco fornito da James Strachey.

Negli *Anfänge* le *Minute* (*Abhandlungen an Wilhelm Fliess*) sono

contrassegnate progressivamente con una lettera dell'alfabeto, dall'A alla N. Questa indicazione è qui conservata, perché così questi scritti sono ormai conosciuti nella letteratura. Viene però omessa la Minuta C, dato che si tratta in realtà di una lettera, dedicata soprattutto al modo di come al momento procedeva il lavoro di Fliess e non diversa dalle comuni lettere che Freud scriveva a Fliess. Il lettore la troverà nel volume dell'epistolario con Fliess, come seguito alla lettera del 30 maggio 1893.

Si sarebbero potute inserire queste Minute al posto che cronologicamente loro compete, dato che la presente edizione italiana delle opere di Freud segue appunto, il più rigorosamente possibile, l'ordine cronologico di composizione degli scritti. Ma le Minute, per il loro comune carattere di appunti non destinati alla pubblicazione e diretti a un unico destinatario, costituiscono un qualche cosa di globale e sono quindi da pubblicare unitariamente. Per tener conto anche del problema cronologico, viene dato all'inizio del volume uno specchietto indicante la collocazione di ciascuna Minuta nella serie di tutti gli scritti di Freud compresi nel periodo dal 1892 al 1897.

Le Minute sono fra loro assai diverse, sia come contenuto, sia per la forma. Alcune sono poco più che elenchi di argomenti e problemi che Freud si propone di approfondire (Minute A, D, I). Altre sono invece veri e propri abbozzi, o prime stesure di memorie scientifiche, come le Minute B, E, G, H, che portano rispettivamente i seguenti titoli: *L'etiologia delle nevrosi*, *Come si origina l'angoscia*, *Melanconia*, *Paranoia*. Altre ancora sono esposizioni di casi clinici (F e J). Ed altre infine appunti, corrispondenti a quelli che Freud aveva l'abitudine di prendere quotidianamente, per registrare le riflessioni e le osservazioni che gli accadeva via via di fare (L, M e N).

Ovviamente le connessioni fra il contenuto delle Minute e quello degli scritti contemporanei destinati alla pubblicazione sono assai forti. A queste connessioni verrà fatto riferimento nelle Avvertenze editoriali riguardanti i vari lavori editi fin dall'inizio. Qui vogliamo solo accennare ad alcuni concetti specifici che appaiono per la prima volta nelle Minute: sia che si tratti di concetti ripresi poi negli scritti della stessa epoca, sia che invece si tratti di pensieri che solo molto più tardi appaiono nelle opere pubblicate da Freud.

Rientrano nella prima categoria principalmente i seguenti argomenti:

Nella Minuta A (senza data, attribuita alla fine del 1892) è accennata per la prima volta la tesi che la nevrastenia e la nevrosi d'angoscia siano dovute a irregolarità nel comportamento sessuale. Questa tesi è compiutamente svolta nella successiva Minuta B dell'8 febbraio 1893. Nella Minuta E (senza data, attribuita al giugno 1894) è esposto il concetto della conversione dell'energia sessuale fisica in angoscia. Nella Minuta K (Natale 1895), che contiene nel complesso gli elementi dell'articolo *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (spedita all'editore il

5 febbraio successivo), è esposto quel principio del ritorno del rimosso a cui Freud in tutta la sua opera successiva fa assai spesso riferimento.

Nella Minuta L (del 2 maggio 1897) vi è un cenno al carattere regressivo dell'attività onirica (già affermato da Freud nel 1895 nel *Progetto*, cap. 1, § 19) rispetto all'attività fantastica, che è soltanto progressiva: concetto che verrà sviluppato nel settimo capitolo dell'*Interpretazione d'... sogni*.

Nella Minuta N (del 31 maggio 1897) sono contenute le indicazioni abbreviate *Bw* (*Bewusst*) e *Ubw* (*Unbewusst*), per Conscio e Inconscio, che Freud userà poi correntemente. L'indicazione *Vbw* (*Vorbewusst*), Preconscio, si trova invece nella lettera di pari data con cui Freud accompagnava l'invio della minuta a Fliess.

Costituiscono invece prime anticipazioni di concetti che verranno sviluppati da Freud solo molto più tardi, le seguenti:

Nella Minuta G (attribuita al 7 gennaio 1895) è espresso il concetto che alla base della malinconia stia la perdita di qualche cosa, in modo analogo di quanto avviene per il lutto. È inoltre stabilito un rapporto tra la malinconia e la anoressia. Questi concetti verranno ripresi molti anni dopo in *Lutto e malinconia* del 1917.

Nella Minuta H (del 24 gennaio 1895), in cui è affrontato per la prima volta il problema della paranoia, è anche affermato che essa costituisce un modo patologico di difesa attraverso un processo di proiezione. Questi concetti, che ritornano nella Minuta K (Natale 1895) e nell'analisi di un caso di paranoia cronica contenuta nelle *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896), verranno compiutamente sviluppati nello studio sul presidente Schreber (1910).

Nella Minuta N (del 31 maggio 1897) vi è l'affermazione che il meccanismo della creazione poetica è lo stesso di quello delle fantasie isteriche: concetto questo che Freud riprenderà dieci anni più tardi nello studio sulla *Gradiva* di Jensen (1906) e nell'articolo *Il poeta e la fantasia* (1907). Nella stessa minuta vi è un accenno alla repressione sessuale nella sua relazione col tabú dell'incesto, come condizione per lo sviluppo della civiltà, concetto che Freud riprenderà in *Totem e tabú* del 1912-13, e poi negli scritti degli ultimi anni sul problema della civiltà.

Minuta A¹

1892

Problemi

1. L'angoscia, nelle nevrosi d'angoscia,² nasce dall'inibizione della funzione sessuale o dall'angoscia collegata con la loro etiologia?
2. In che misura reagisce in modo diverso, agli ulteriori traumi sessuali, una persona sana da una persona avente una predisposizione dovuta alla masturbazione? Solo quantitativamente? o qualitativamente?
3. Il semplice coitus reservatus (condom) costituisce in genere una pratica nociva?³
4. Esiste una nevrastenia congenita con congenita debolezza sessuale, oppure essa è sempre acquisita durante la giovinezza? (bambinaie, masturbazione da parte di altra persona).
5. È l'eredità qualcosa di diverso da un moltiplicatore?⁴
6. Quali sono le componenti dell'etiologia della depressione periodica?
7. La frigidità sessuale della donna è qualcos'altro che una conseguenza dell'impotenza? Può causare per sé stessa una nevrosi?

¹ [Priva di data. Gli editori degli *Anfänge* la attribuiscono alla fine del 1892, essendo il contenuto simile (in forma più concisa) a quello della Minuta B. Questa minuta è uno dei pochi scritti tedeschi di Freud in caratteri latini; Freud infatti scriveva abitualmente in caratteri gotici e aveva una particolare difficoltà a scrivere in tedesco con caratteri latini (come sappiamo da una lettera di Freud a Jones del 20 novembre 1926).]

² [È la prima comparsa del termine "nevrosi d'angoscia" (*Angstneurose*), cui sarà dedicato il secondo paragrafo della minuta successiva; per le sue ulteriori vicende vedi oltre p. 146, n. 1.]

³ [Ove, cioè, non si dia una precedente pratica di masturbazione. All'interrogativo Freud risponderà affermativamente nella Minuta B, p. 12.]

⁴ [La stessa analogia tratta da un circuito elettrico sarà ripresa, più oltre, nello scritto A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia" (1895) p. 192, nel sommario di esso a p. 388, e in *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896) p. 293.]

Teci

1. Non esiste nevrastenia o nevrosi analoga senza un disturbo nella funzione sessuale.
2. Tale disturbo ha un immediato effetto causale o agisce come predisposizione per altri fattori, ma sempre in modo che, senza di esso, gli altri fattori non provocano la nevrastenia.
3. A causa della sua etiologia, la nevrastenia, negli uomini, è accompagnata da una relativa impotenza.
4. La nevrastenia nelle donne è conseguenza diretta della nevrastenia negli uomini, tramite questa riduzione della loro potenza.
5. La depressione periodica è una forma di nevrosi d'angoscia che, altrimenti, si manifesta sotto forma di fobie o di attacchi d'angoscia.
6. La nevrosi d'angoscia è, in parte, una conseguenza dell'inibizione della funzione sessuale.
7. Semplici eccessi e sovraffaticamento non sono fattori etiologici.¹
8. L'isteria, nelle nevrosi nevrasteniche, indica una repressione degli affetti concomitanti.

Serie

1. Di uomini e donne che sono rimasti sani.
2. Di donne sterili nelle quali mancano fatti traumatici preventivi nel matrimonio.
3. Di donne affette da gonorrea.
4. Di uomini di mondo affetti da gonorrea che, per tale ragione, hanno evitato i contatti e hanno coscienza della loro ipospermia.
5. Di individui, membri di famiglie gravemente affette, che sono rimasti sani.
6. Osservazioni provenienti da luoghi in cui certe anomalie sessuali sono endemiche.

¹ [La svalutazione dell'importanza etiologica del sovraffaticamento compare di frequente nei primi scritti di Freud. Vedi oltre, ad esempio, *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894) p. 167. e *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi* (1898) pp. 405 sg. Figurerà precisata in una nota di *Analisi terminabile e interminabile* (1937) § 3.]

Fattori etiologici

1. Esaurimento dovuto ad anormale soddisfacimento.
2. Inibizione della funzione sessuale.
3. Affetti che accompagnano tali pratiche.
4. Traumi sessuali prima dell'età della ragione.

L'etiologia delle nevrosi

1893

Trascrivo tutto quanto, caro amico, per te e per il nostro comune lavoro per la seconda volta. Naturalmente terrai il manoscritto lontano dalla tua giovane moglie.

I.

Che la *nevrastenia* sia una conseguenza frequente di un'anormale vita sessuale, si può considerare cosa nota a tutti. Vorrei però sostenere e provare sperimentalmente la tesi che la *nevrastenia* è sempre soltanto una *nevrosi sessuale*.

Insieme con Breuer, ho adottato un punto di vista simile relativamente all'isteria. L'isteria traumatica era nota. Dicemmo, allora: ogni isteria che non è ereditaria, è traumatica.² Allo stesso modo ora io affermo della *nevrastenia*: ogni *nevrastenia* è sessuale.

Per il momento lasciamo da parte la questione se la disposizione ereditaria e, secondariamente, certe influenze tossiche possano generare una vera *nevrastenia*, o se ciò che sembra essere *nevrastenia* ereditaria si richiami in realtà a un precedente esaurimento sessuale. Se esistono *nevrastenie* ereditarie, sorge il problema se lo *status nervosus* nei casi ereditari non debba distinguersi dalla *nevrastenia*, e quale relazione mai esso abbia con i corrispondenti sintomi dell'infanzia eccetera.

¹ [Porta il timbro postale dell'8 febbraio 1893. Come si vede dalle prime righe, è un rifacimento di uno scritto che è andato perduto. Nella lettera (rimasta inedita) a Fliess del 5 gennaio 1893 Freud diceva "sto riscrivendo la faccenda delle nevrosi" (per "nevrosi" intendeva allora quelle più tardi indicate come "nevrosi attuali", cioè la *nevrastenia* e la *nevrosi d'angoscia*).]

² [La "Comunicazione preliminare" era stata pubblicata un mese prima di questa minuta.]

Quindi, per cominciare, limitiamoci a discutere la nevrastenia acquisita. Ciò che io asserisco può essere formulato come segue: nell'etiologia di una malattia nervosa noi possiamo distinguere 1) il necessario elemento condizionante, senza cui lo stato morboso non si verificherebbe affatto, e 2) i fattori occasionali. La relazione tra i due punti può essere intesa in questi termini: se il necessario elemento condizionante ha operato a sufficienza, l'affezione ne è una necessaria conseguenza; se invece non ha agito abbastanza, ne risulterà, in primo luogo, una predisposizione alla malattia, che cesserà di essere latente appena sarà presente una sufficiente quantità di uno dei fattori secondari. Cosicché tutto ciò che manca nell'etiologia primaria a produrre l'effetto completo, può venir sostituito dall'etiologia secondaria. Si può però fare a meno dell'etiologia secondaria, mentre la primaria è indispensabile.¹

Se si applica questa formula etiologica al nostro caso attuale, arriviamo a quanto segue: l'esaurimento sessuale può di per sé stesso provocare la nevrastenia; se, tuttavia, non fosse abbastanza forte per realizzarla da solo, esso ha un effetto predisponente talmente grande sul sistema nervoso che la malattia fisica, affetti deprimenti e sovraccarico (influenze tossiche) non possono essere tollerati senza [incorrere nella] nevrastenia. Se non vi è esaurimento sessuale, tutti questi fattori sono invece incapaci di generare la nevrastenia; essi rendono il paziente normalmente stanco, normalmente triste, normalmente debole di corpo, ma testimoniano soltanto quanto "di queste dannose influenze un uomo sano può sopportare".²

Occupiamoci ora separatamente della nevrastenia degli uomini e delle donne.

La nevrastenia degli uomini si acquisisce nell'età pubere e diviene manifesta attorno ai vent'anni. Trae origine dalla masturbazione, la frequenza della quale è perfettamente parallela alla frequenza della nevrastenia negli uomini.³ Si può costatare, nel circolo delle proprie conoscenze, che, almeno nella popolazione urbana, coloro i quali furono in giovane età sedotti dalle donne sfuggono alla nevrastenia.

¹ [Questa formula etiologica sarà molto rielaborata da Freud in A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia" (1895), vedi oltre pp. 188 sgg.]

² [Citazione non rintracciabile.]

³ [La trattazione più ampia da parte di Freud del tema della masturbazione figura in Contributo a una discussione sull'onanismo (1912); per un tardo accenno all'argomento, vedi Risultati, idee, problemi (1938).]

Quando la pratica nociva si protrae a lungo ed è intensa, essa trasforma il soggetto in un nevristenico sessuale che ha subito danni anche nella sua potenza, mentre all'intensità della causa corrisponde la persistenza di tale condizione per tutta la vita. Un'ulteriore prova della connessione causale è costituita dal fatto che un nevristenico sessuale è sempre nello stesso tempo un nevristenico generale.

Se l'azione nociva non è stata sufficientemente intensa, essa ha avuto, in accordo con la formula etiologica di cui sopra, un effetto predisponente a produrre, in seguito, la nevristenia con il concorso di fattori provocanti, che da soli non avrebbero ottenuto quell'effetto. Lavoro intellettuale-cerebroastenica; normale attività sessuale-nevristenia spinale, e via dicendo.

Nei casi medi si riscontra la nevristenia degli anni giovanili che, tipicamente, inizia e segue il suo corso accompagnata da dispepsia ecc., e che poi termina con il matrimonio.

La seconda pratica nociva, che riguarda gli uomini a un'età più avanzata, colpisce o un sistema nervoso intatto oppure un sistema nervoso predisposto alla nevristenia dalla masturbazione. Ci chiediamo se anche nel primo caso possano esservi delle conseguenze dannose; probabilmente sí. Il suo effetto è evidente nel secondo caso, nel quale fa rivivere la nevristenia della giovinezza e crea nuovi sintomi. Questa seconda pratica nociva è l'*onanismus coniugalis*, la copolazione incompleta per prevenire il concepimento. I diversi metodi impiegati a tale scopo sembrano tutti di uguale effetto sugli uomini; operano con diversa intensità a seconda della predisposizione del soggetto, ma qualitativamente non differiscono. Quando il soggetto ha una forte predisposizione o soffre di nevristenia cronica, anche il coito normale non viene tollerato, e allora l'intolleranza reagisce contro il condom, il coito extravaginale e il *coitus interruptus*. Un uomo sano tollera tutto ciò abbastanza a lungo, ma anch'egli non indefinitamente: dopo un certo tempo egli pure si comporta nello stesso modo del soggetto predisposto; il suo solo vantaggio sull'onanista è costituito da un periodo di latenza più lungo o dal fatto che ogni volta è necessario l'intervento di una causa determinante. Il *coitus interruptus* si dimostra qui la principale pratica nociva, che anche in soggetti non predisposti sortisce il suo effetto caratteristico.

Nevristenia delle donne. Di norma, le ragazze sono sane, non nevristeniche. Lo stesso vale per le giovani spose, nonostante i traumi

sessuali di questo periodo. La nevrastenia è rara, nelle sue forme pure, nelle donne sposate e nelle zitelle anziane, e quando esiste deve considerarsi come sorta spontaneamente e nella stessa maniera [che negli uomini]. Molto piú spesso, la nevrastenia in una donna sposata deriva dalla nevrastenia dell'uomo, o si produce simultaneamente a essa. È allora quasi sempre mescolata all'isteria, e costituisce allora la comune nevrosi mista delle donne.

La nevrosi mista delle donne deriva dalla nevrastenia degli uomini in tutti quei casi, non infrequenti, in cui l'uomo, essendo un nevrastenico sessuale, ha sofferto una perdita della sua potenza. La mescolanza di isteria è una conseguenza diretta dell'eccitamento trattenuto dell'atto. Minore è la potenza dell'uomo, maggiore è la preminenza dell'isteria della donna; cosí che un uomo sessualmente nevrastenico rende la propria moglie non tanto nevrastenica quanto isterica.

Questa nevrosi insorge con la nevrastenia maschile quando si verifica la seconda pratica sessuale nociva, che per la donna, supponendola sana, ha di gran lunga il maggior peso. Cosí accade di incontrare molti piú uomini nevrotici nel primo decennio dopo la pubertà e molte piú donne nevrotiche nel secondo decennio. Questa è una conseguenza della pratica nociva di misure anticoncezionali. Non è facile disporre queste ultime in una successione, e in generale nessuna può essere considerata del tutto innocua alle donne, cosí che anche nel piú favorevole dei casi (condom) le donne, che sono piú sensibili degli uomini, raramente sfuggiranno a una leggera nevrastenia. Naturalmente molto dipenderà dalle due predisposizioni: 1) se la donna era nevrastenica prima del matrimonio, 2) se è stata resa isterico-nevrastenica nel periodo dei suoi liberi rapporti [senza misure anticoncezionali].

2. Nevrosi d'angoscia¹

Ogni caso di nevrastenia comporta, senza dubbio, un certo abbassamento della coscienza di sé, un'attesa pessimistica e un'inclinazione a penose rappresentazioni di contrasto.² Ma vi è il problema se la preminenza di questo fattore [l'angoscia], senza che altri sintomi appaiano particolarmente sviluppati, debba separarsi come una

¹ [Vedi p. 7, n. 2.]

² [Vedi la trattazione nello scritto, di poco precedente, *Un caso di guarigione ipnotica* (1892) pp. 126 sgg.]

specifica "nevrosi d'angoscia", soprattutto perché esso si riscontra con uguale frequenza sia nell'isteria che nella nevralgia.

La nevrosi d'angoscia si può manifestare sotto due forme: come stato cronico e come attacco d'angoscia. Le due forme possono facilmente combinarsi; l'attacco d'angoscia non appare mai senza i sintomi cronici. L'attacco d'angoscia si trova maggiormente in quelle forme di nevrosi d'angoscia che sono collegate con l'isteria, e quindi con maggior frequenza nelle donne. I sintomi cronici sono più frequenti nei maschi nevralgici.

I sintomi cronici sono: 1) angoscia relativa al corpo: ipocondria; 2) angoscia relativa alle prestazioni del corpo: agorafobia, claustrofobia, vertigine delle altezze; 3) angoscia relativa alle decisioni e alla memoria (cioè rappresentazioni bizzarre delle proprie capacità psichiche): *folie du doute*, rimuginare ossessivo ecc. Non ho mai trovato fondate ragioni per non considerare questi sintomi come equivalenti. Dobbiamo inoltre vedere 1) se questo stato si manifesta per ereditarietà, senza pratica sessuale nociva; 2) se, nei casi ereditari, esso viene scatenato da qualche pratica sessuale nociva; 3) se sopravviene quale intensificazione in una comune nevralgia. Non c'è dubbio che esso viene acquisito, e precisamente, sia nei maschi che nelle femmine, nel matrimonio, durante il secondo periodo delle pratiche sessuali nocive, col *coitus interruptus*. Io penso che non sia necessaria una predisposizione dovuta a nevralgia precedente; tuttavia, dove manca la predisposizione, vi è un più lungo periodo di latenza. Lo schema causale è quello della nevralgia [p. 11].

I casi, relativamente più rari, di nevrosi d'angoscia fuori del matrimonio si riscontrano specialmente fra gli uomini. Essi hanno origine dal *congressus interruptus*, nei casi ove l'uomo è legato sentimentalmente ed è fortemente preoccupato per il benessere della donna, e questa pratica, in tali circostanze, è per l'uomo maggiormente nociva di quanto non sia il *coitus interruptus* nel matrimonio, che è spesso compensato da un coito normale extraconiugale.

Devo considerare come una terza forma di nevrosi d'angoscia la depressione periodica, un attacco d'angoscia che può durare settimane e mesi, e che si distingue dalla melanconia vera e propria per avere un legame apparentemente razionale con un trauma psichico. Quest'ultimo è, a ogni modo, solo la causa provocante. Inoltre tale depressione periodica è senza l'anestesia [sessuale] psichica, caratteristica della melanconia [vedi oltre p. 29].

Tutta una serie di casi del genere ho potuto farli risalire al *coitus*

interruptus: la loro comparsa era tardiva e sopravveniva durante il matrimonio, dopo la nascita dell'ultimo figlio. In un caso molto tormentoso di ipocondria, che iniziò durante la pubertà, riuscii a mettere in luce un'aggressione avvenuta quando il paziente aveva otto anni. Un altro caso, che cominciò nell'infanzia, risultò essere una reazione isterica a un'aggressione masturbativa. Non posso pertanto dire se, a questo proposito, esistano vere forme ereditarie senza causa sessuale; e neppure se il *coitus interruptus* sia il solo responsabile, se tutto possa avvenire anche senza disposizione ereditaria.

Ometterò le nevrosi professionali poiché, come ti dissi, si può dimostrare in tali casi l'esistenza di alterazioni nel sistema muscolare.

Conclusioni

Da quanto precede si ricava la completa prevenibilità delle nevrosi, ma anche la loro completa incurabilità. Il compito del medico riguarda così unicamente la profilassi.

La prima parte di questo compito, cioè il prevenire la pratica sessuale nociva del primo periodo, coincide con la profilassi contro la sifilide e la gonorrea, poiché questi sono i pericoli che minacciano chi rinuncia alla masturbazione. L'unico sistema sarebbe autorizzare il libero rapporto sessuale fra la gioventù maschile e le ragazze in stato libero: ma a ciò si potrebbe ricorrere solo se vi fossero metodi anticoncezionali innocui. Altrimenti le alternative sono: onanismo, nevrastenia nel maschio, isteronevrastenia nella femmina; o sifilide nel maschio, sifilide nella prossima generazione, gonorrea nel maschio, gonorrea e sterilità nella femmina.

Il trauma sessuale del secondo periodo ci pone lo stesso problema: come trovare un metodo innocuo per prevenire il concepimento, poiché il condom non procura una soluzione sicura, né costituisce una soluzione accettabile per chi è già nevrastenico.¹

Per mancanza di tale soluzione, la società sembra condannata a essere vittima di nevrosi incurabili che riducono al minimo le gioie della vita, distruggono le relazioni coniugali e portano una rovinosa eredità alla generazione futura. I più bassi ceti sociali, che non conoscono nulla di malthusianismo, tendono a giungere allo

¹ [Freud riaffermerà spesso questa tesi. Vedi oltre, ad esempio, *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi* (1898) p. 410.]

stesso punto e cadranno, secondo natura, vittime della stessa fatalità.

Si pone così per il medico un problema la cui soluzione merita tutti i suoi sforzi.

Per preparare del materiale, ho cominciato a collezionare cento casi di nevrosi d'angoscia; vorrei fare un'analogia raccolta di nevra-
stenici di entrambi i sessi, e anche di casi, piú rari, di depressione
periodica. Una seconda serie di un centinaio di casi nervosi ne sa-
rebbe un complemento necessario.

Se si stabilisse che i medesimi disturbi funzionali nervosi derivanti
dall'abuso della sessualità possono anche essere causati dalla sola
ereditarietà, allora ne verrebbero fuori speculazioni la cui impor-
tanza noi oggi possiamo appena presentire.¹

¹ [La Minuta C è qui omessa per il motivo spiegato nell'Avvertenza editoriale.]

Sulla etiologia e teoria delle principali nevrosi

1894

1. CLASSIFICAZIONE

Introduzione

Elementi storici. Graduale differenziazione delle nevrosi. Evoluzione dei miei punti di vista.

A. *Morfologia delle nevrosi*

- 1) Nevrastenia e pseudonevrastenie.
- 2) Nevrosi d'angoscia.
- 3) Nevrosi ossessiva.
- 4) Isteria.
- 5) Melanconia, mania.
- 6) Nevrosi miste.
- 7) Diramazioni delle nevrosi e trapassi nella normalità.

B. *Etiologia delle nevrosi* (provvisoriamente limitata alle nevrosi acquisite)

- 1) Etiologia della nevrastenia. - Tipo di nevrastenia costituzionale.
- 2) Etiologia della nevrosi d'angoscia,
- 3) della nevrosi ossessiva e dell'isteria,
- 4) della melanconia,
- 5) delle nevrosi miste.
- 6) La formula etiologica fondamentale [vedi sopra p. 11]. - Tesi della specificità [della etiologia]; analisi della miscela di nevrosi.
- 7) I fattori sessuali nel loro significato etiologico.
- 8) L'esame dei pazienti.
- 9) Obiezioni e prove.
- 10) Comportamento degli asessuali.

¹ [Non datata. I curatori degli *Anfänge* le attribuiscono una data di poco anteriore a quella della lettera del 21 maggio 1894.]

C. *Etiologia ed eredità*

I tipi ereditari. - Relazione dell'etiologia con la degenerazione, con le psicosi e con la predisposizione.

2. TEORIA

D. *Agganci con la teoria della costanza*¹

Incremento di stimolo interno ed esterno, eccitamento costante e transitorio. - Carattere sommatorio dell'eccitamento interno.² - Reazione specifica.³ - Formulazione ed esposizione della teoria della costanza. - Intervento dell'Io, con accumulazione dell'eccitamento.⁴

E. *Il processo sessuale alla luce della teoria della costanza*

Via presa dall'eccitamento nel processo sessuale del maschio e della femmina. - Via presa dall'eccitamento in presenza di pratiche sessuali nocive etiologicamente operanti. - Teoria di una sostanza sessuale.⁵ - Lo schema della sessualità [vedi oltre p. 31].

F. *Meccanismo delle nevrosi*

Le nevrosi come disturbi dell'equilibrio per aumentata difficoltà di scarico. - Tentativi di compensazione, di limitata efficienza. - Meccanismo delle diverse nevrosi in relazione alla loro etiologia sessuale. - Affetti e nevrosi.

G. *Parallelismo tra le nevrosi sessuali e quelle da fame*

H. *Compendio della teoria della costanza, e teoria della sessualità e delle nevrosi*

Posto delle nevrosi in patologia; fattori che le determinano; leggi che governano la loro combinazione. - Inefficienza psichica, sviluppo, degenerazione e simili.

¹ [Vedi oltre il *Progetto di una psicologia* (1895) p. 202, n. 1.]

² [*Ibid.*, p. 221.]

³ [*Ibid.*, p. 203.]

⁴ [*Ibid.*, p. 227.]

⁵ [*Ibid.*, p. 226, n. 1.]

Con mano sicura hai posto il problema là dove anche per me è il punto debole. Ciò che io ne so è solo quanto segue:

Che l'angoscia dei miei pazienti nevrotici abbia molto a che fare con la sessualità, mi è apparso subito chiaro, e in particolare mi ha colpito con quale certezza il *coitus interruptus* praticato su una donna portasse a una nevrosi d'angoscia. Cominciai allora dapprima per vie sbagliate. Pensavo che l'angoscia di cui soffrono i pazienti fosse un prolungamento di quella che provano durante l'atto sessuale, che fosse cioè in realtà un sintomo isterico. E, in realtà, le relazioni fra la nevrosi d'angoscia e l'isteria sono abbastanza chiare. Due potrebbero essere le ragioni del senso d'angoscia nel *coitus interruptus*: nella donna, la paura di rimanere gravida, nell'uomo la preoccupazione che l'artificio possa fallire. Ma l'esperienza mi ha mostrato poi, in molti casi, che le nevrosi d'angoscia apparivano anche dove questi due momenti non si davano per nulla e dove, in realtà, non rivestiva alcuna importanza per i protagonisti l'aver un figlio o no. Perciò l'angoscia della nevrosi d'angoscia non era un'angoscia continuata, ricordata, isterica.

Un secondo importantissimo punto mi si è chiarito con la seguente osservazione: è possibile riscontrare una nevrosi d'angoscia sia nelle donne anestetiche sia in quelle sensibili durante il coito. È un fatto particolarmente notevole e può soltanto significare che la fonte dell'angoscia non è da ricercarsi nell'ambito psichico. Essa

¹ [Non datata. Deve essere di poco anteriore all'articolo *Legittimità di separare dalla nevrosi un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* che è stato pubblicato il 15 gennaio 1895. I curatori degli *Anfänge* la assegnano al giugno 1894, in quanto potrebbe essere stata contenuta in una busta portante il timbro del 6 giugno.]

deve quindi trovarsi in quello fisico; ciò che genera angoscia è un fattore fisico nella vita sessuale. Ma quale?

Mi sono messo a questo fine a raccogliere tutti i casi nei quali trovavo che l'angoscia aveva origini sessuali. Sembravano a prima vista molto disparati.

1. Angoscia in soggetti *vergini* (osservazioni e informazioni sessuali, presentimenti della vita sessuale); confermata da numerosi esempi in ambedue i sessi, predominante nelle donne. Non rara un'allusione a un elemento intermedio, una sensazione come di erezione insorgente nei genitali.
2. Angoscia in soggetti *deliberatamente astinenti*, pudichi (un tipo di nevropatici). Uomini e donne caratterizzati dalla pedanteria e dall'amore della pulizia, che hanno orrore di tutto ciò che è sessuale. Questi soggetti sono portati a elaborare la loro angoscia in fobie, azioni ossessive, *folie du doute*.
3. Angoscia in soggetti *astinenti per necessità*, donne che sono trascurate dal marito o non sono soddisfatte per mancanza di potenza del marito. Questa forma di nevrosi d'angoscia può certo essere acquisita e, per circostanze concomitanti, si combina spesso con la nevrastenia.
4. Angoscia in donne soggette al *coitus interruptus* o, ciò che è simile, in donne i cui mariti soffrono di eiaculazione precoce, persone, quindi, in cui lo stimolo fisico non è soddisfatto.
5. Angoscia in uomini che praticano il *coitus interruptus* e, ancora più, in uomini che si eccitano in vari modi ma non impiegano la loro erezione per il coito.
6. Angoscia in uomini *che vanno al di là del loro piacere e delle loro forze*, gente piuttosto anziana, la cui potenza è in declino ma che, tuttavia, forzano il coito.
7. Angoscia in uomini *astinenti per circostanze casuali*: uomini giovani, sposati a donne più vecchie che fanno loro ribrezzo, oppure *nevrastenici* distolti dalla masturbazione da occupazioni intellettuali senza per questo praticare il coito, o in uomini la cui potenza comincia a diminuire e che si astengono dal rapporto nel matrimonio a motivo di [sgradevoli] sensazioni *post coitum*.

Nei restanti casi la connessione fra l'angoscia e la vita sessuale non era evidente (si poteva però dimostrare teoricamente).

Come combinare tutti questi casi diversi? L'astinenza è il fattore che ricorre più frequentemente. Istruiti dal dato di fatto che

dopo il *coitus interruptus* si ha angoscia persino nelle donne anestetiche, si potrebbe dire che si tratta di un accumulo fisico di eccitamento, cioè un *accumulo di tensione fisica sessuale*. L'accumulo è dovuto all'impedimento della scarica. La nevrosi d'angoscia è quindi, come l'isteria, una nevrosi da ingorgo: di qui, la loro somiglianza. E poiché l'angoscia non è certamente contenuta in ciò che è accumulato, si può esprimere questo stato di cose dicendo che l'angoscia sorge da una *trasformazione della tensione sessuale accumulata*.¹

A questo punto s'inserisce una nozione, da me acquisita contemporaneamente, intorno al meccanismo della melanconia.² Accade, particolarmente spesso, che i sofferenti di melanconia siano divenuti anestetici.³ Essi non hanno bisogno del coito (né delle sue sensazioni), ma hanno un grande desiderio di amore nella sua forma psichica o, si potrebbe dire, della tensione psichica amorosa: laddove si accumula e resta insoddisfatta, insorge la melanconia. Ed ecco allora il contrapposto delle nevrosi d'angoscia. Dove v'è accumulo di tensione sessuale fisica,... nevrosi d'angoscia. Dove v'è accumulo di tensione sessuale psichica,... melanconia.

Ma perché questa trasformazione in angoscia per accumulo? A questo punto dovremmo addentrarci nel normale meccanismo dell'eliminazione della tensione accumulata. Si tratta qui del secondo caso, cioè del caso di eccitamento endogeno. Quello dell'eccitamento esogeno è più semplice, poiché la fonte dell'eccitamento è esterna e invia nella psiche un incremento di eccitamento⁴ che si elimina a seconda della sua quantità; a tale scopo è sufficiente qualsiasi reazione che riduca dello stesso quantitativo l'eccitamento psichico.

Ma succede altrimenti con la tensione endogena, la cui fonte giace nell'interno del corpo del soggetto (fame, sete, pulsione⁵ sessuale).

¹ [Questa teoria sull'origine dell'angoscia, qui esposta forse per la prima volta, fu abbandonata da Freud soltanto nei suoi ultimi anni, quasi interamente in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) e, definitivamente, in *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)* (1932) lez. 32.]

² [Va osservato che il termine "melanconia", usato da Freud, copre l'area semantica del termine "depressione" usato dalla letteratura psichiatrica moderna.]

³ [Sul problema, vedi oltre Minuta G.]

⁴ [Su questo termine vedi oltre la nota a p. 84.]

⁵ [È uno dei rari casi in cui compare il termine *Trieb* = pulsione nei primi scritti di Freud. In questo stesso periodo di tempo lo usa, ad esempio, in *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894), vedi oltre p. 170, nella *Minuta teorica G* (1895), vedi oltre p. 29, negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 260, e nel *Progetto di una psicologia* (1895), vedi oltre p. 222. Negli *Studi sull'isteria* lo usa alcune volte Breuer, il quale anzi (ivi, p. 347) sembra sottolineare l'accezione diversa tra di esso e l'"istinto" (*Instinkt*) propriamente animale.]

In questo caso giovano soltanto le reazioni specifiche,¹ quelle cioè che prevengono l'ulteriore prodursi di eccitamento nei relativi organi terminali, sia grande o piccolo il dispendio necessario per realizzarle. Possiamo immaginarci che la tensione endogena aumenti in modo continuo o discontinuo, ma in un caso come nell'altro essa viene notata solo quando ha raggiunto una certa soglia. Solo al di sopra di questa soglia essa acquista un valore psichico ed entra in relazione con certi gruppi di rappresentazioni,² che poi producono il rimedio specifico. Così la tensione sessuale fisica, quando supera un certo grado, risveglia la libido psichica,³ che porta poi al coito ecc. Se non segue la reazione specifica, la tensione fisico-psichica (l'emozione sessuale) aumenta a dismisura, diventa disturbo, ma non vi è ancora motivo perché si trasformi. Nelle nevrosi d'angoscia, invece, avviene sicuramente una simile trasformazione, e questo porta a credere che si abbia la seguente deviazione: la tensione fisica aumenta, raggiunge il livello di soglia al quale può risvegliare un affetto psichico, ma per una ragione qualsiasi il nesso psichico offerto è insufficiente, non giunge a formare un'emozione sessuale, perché manca qualcosa nelle condizioni psichiche per questo. Così avviene che la tensione fisica, non essendo psichicamente legata, si trasforma in... angoscia.

Se si segue la teoria fino a questo punto, si deve sostenere che nelle nevrosi d'angoscia si deve constatare una deficienza di emozione sessuale, di *libido psichica*. E questo è confermato dall'osservazione. Le pazienti s'indignano tutte se portiamo la loro attenzione su questa connessione; al contrario, dicono di non avere alcun desiderio, e così via. I maschi spesso convengono di non aver avuto più desideri sessuali da che hanno cominciato a essere angosciati.

Vedremo ora quanto questo meccanismo si accordi con i diversi casi sopra elencati.

1. *Angoscia virginale*. Qui il genere di rappresentazioni che dovrebbe assorbire la tensione fisica non è ancora presente, o solo in modo insufficiente; v'è inoltre, come risultato secondario dell'educazione, un rifiuto psichico. Tutto torna perfettamente.
2. *Angoscia delle pudiche*. È il caso della difesa, della ripulsa psi-

¹ [Vedi oltre *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894) p. 170, n. 3.]

² [Per i "gruppi psichici" vedi oltre p. 121, n. 2.]

³ [È la prima apparizione del termine "libido", sul quale vedi oltre p. 164, n. 1.]

- chica diretta, che rende impossibile ogni rielaborazione della tensione sessuale. Anche qui, il caso delle numerose rappresentazioni ossessive. Tutto torna perfettamente.
3. *Angoscia da astinenza forzata*. In sostanza la stessa cosa, poiché tali donne abitualmente, per non cadere in tentazione, creano una ripulsa psichica. Qui, contingente, nel caso precedente, di principio.
 4. *Angoscia da coitus interruptus nelle donne*. Qui il meccanismo è più semplice. Si tratta di un eccitamento endogeno che non è d'origine spontanea, ma viene prodotto, non tuttavia in misura sufficiente da risvegliare l'affetto psichico. Si determina artificialmente un'alienazione fra l'atto fisico-sessuale e la sua rielaborazione psichica.¹ Se la tensione endogena aumenta ancora per motivi propri, non può venir rielaborata e genera angoscia. Qui può essere presente libido, ma non contemporaneamente all'angoscia. Dunque qui la *ripulsa psichica* è seguita dalla *alienazione psichica*; alla tensione di origine endogena segue la tensione indotta.
 5. *Angoscia da coitus interruptus o reservatus negli uomini*. Il caso del *coitus reservatus* è il più evidente. Il *coitus interruptus* si può parzialmente considerare come un suo equivalente. Anche qui si tratta di una diversione psichica, perché l'attenzione è rivolta a un altro scopo ed è sottratta alla rielaborazione della tensione fisica. La spiegazione del *coitus interruptus* ha tuttavia probabilmente bisogno di essere migliorata.
 6. *Angoscia da diminuzione di potenza o da insufficienza della libido*. Quando non si tratta di una trasformazione della tensione fisica in angoscia come risultato della senilità, si spiega col difetto di desiderio fisico per l'atto particolare.
 7. *Angoscia da disgusto negli uomini, o angoscia in nevrastenici astinenti*. Il primo caso non richiede ulteriori spiegazioni. Nel secondo si tratta probabilmente di una forma attenuata di nevrosi d'angoscia, poiché questa normalmente si sviluppa appieno solo in soggetti potenti. Forse in connessione al fatto che il sistema nervoso dei nevrastenici non può tollerare un accumulo di tensione fisica, poiché la masturbazione comporta l'abitudine a una frequente, completa mancanza di tensione.

¹ [La stessa espressione e la stessa parola "alienazione" (*Entfremdung*) ricorrono in *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894), vedi oltre p. 172.]

In complesso dunque la mia teoria si regge abbastanza bene. Dove la tensione sessuale fisica è abbondante, si trasforma in angoscia nei casi nei quali essa non subisce la rielaborazione psichica che la trasformerebbe in affetto: ciò non avviene o per insufficiente sviluppo della sessualità psichica, o per un tentativo di repressione di questa (cioè per difesa), o ancora per decadenza di questa o per abituale alienazione tra sessualità fisica e psichica. Giocano perciò qui l'accumulo di tensione fisica e l'impedimento di scarica dal lato psichico.

Ma perché si trasforma proprio in angoscia? L'angoscia è sensazione di accumulo nel caso di un altro stimolo endogeno, lo stimolo a respirare, che conosce solo questa possibile rielaborazione psichica; perciò l'angoscia potrebbe corrispondere all'accumulo di tensione fisica in genere. Inoltre, se noi esaminiamo i sintomi della nevrosi d'angoscia più da vicino, scopriamo anche in essa i frammenti sparsi del grande attacco d'angoscia: semplici dispnea, palpitazione, sensazione d'angoscia, e loro combinazioni. Se si guardano le cose più da vicino, si vedrà che queste sono le vie d'innervazione lungo le quali passa normalmente la tensione fisico-sessuale, anche quando viene rielaborata psichicamente. La dispnea e la palpitazione accompagnano il coito; nel nostro caso, per così dire, sono gli unici sbocchi dell'eccitamento, là invece sono solo scarichi complementari. Quindi vi è una specie di conversione in atto nella nevrosi d'angoscia proprio come nell'isteria (un altro esempio della somiglianza tra le due [p. 19]; solo che nell'isteria si tratta di eccitamento *psichico* che segue una via sbagliata la quale conduce al campo somatico, mentre nella nevrosi d'angoscia si tratta di tensione *fisica* che è incapace di trovare uno sfogo psichico, e conseguentemente si mantiene nel canale fisico. I due processi si combinano con enorme frequenza.

Questo è il punto a cui sono arrivato. Vi sono certamente lacune da colmare; il quadro è, secondo me, incompleto, qualcosa mi manca, ma credo che le basi siano giuste. Naturalmente è ancora immaturo per essere reso pubblico. Suggestioni, amplificazioni e inoltre confutazioni e spiegazioni saranno estremamente bene accetti.

Minuta F¹
Raccolta III

1894

18 agosto 1894

N. 1

Nevrosi d'angoscia: disposizione ereditaria.

Signor K., età 27 anni.

Il padre fu curato per melanconia senile, la sorella O. caso interessante di complicata nevrosi d'angoscia, ben analizzato. Tutti i K. nervosi e ricchi di temperamento. Cugino del dottor K. di Bordeaux. — In buona salute fino a poco tempo fa. Da nove mesi soffre d'insonnia; in febbraio e in marzo risvegli frequenti con terrori notturni e palpitazioni; graduale aumento dell'eccitabilità generale; in seguito, interruzione per vita militare, da cui trasse molto giovamento. Tre settimane fa, di sera, attacco improvviso, non motivato, d'angoscia, accompagnato da un senso di congestione dal torace alla testa; interpretato da lui stesso come presentimento di qualcosa di orribile che doveva accadere; non accompagnato da alcun senso di oppressione ma solo da una leggera palpitazione. Attacchi simili anche durante il giorno e durante il pranzo. Due settimane fa consultato un medico; miglioramento con bromuri, ancora malato, ma dorme bene. Oltre a ciò, nelle scorse due settimane, brevi accessi di profonda depressione, rassomiglianti all'apatia completa, solo per pochi minuti. Miglioramento qui a R[eichenau]. Altrimenti, ancora accessi di senso di pressione alla cervice.

Comincia lui stesso col darmi informazioni sessuali. Un anno fa s'innamorò di una ragazza leggera; duro colpo alla notizia che essa

¹ [Le due storie cliniche sono datate 18 e 20 agosto 1894. Si tratta evidentemente di una raccolta di storie; ma non ne sono rimaste altre. Il titolo "Raccolta III" rimane inespiegato.]

era fidanzata con un altro. Ora non è piú innamorato di lei. — Dà poca importanza a questa storia. — Continua: Fra i 13 e i 16 o 17 anni usava masturbarci, sull'esempio dei compagni di scuola, con pretesa moderazione. Moderazione nei rapporti sessuali; uso del condom negli ultimi due anni e mezzo per paura di contrarre infezioni; spesso si sente fiacco dopo l'uso. Definisce forzato questo tipo di coito; nota che la libido sta diminuendo molto da un anno a questa parte. Era stato sessualmente molto eccitato dalla relazione con quella ragazza (senza contatto intimo ecc.). Il suo primo attacco notturno (in febbraio) due giorni dopo un coito; il suo primo attacco d'angoscia si verificò la stessa sera, dopo il coito; da allora (tre settimane) astinente: un uomo tranquillo, affettuoso e in generale sano.

Epícrisi del N. 1

Se tentiamo di interpretare il caso di K., una cosa ci colpisce soprattutto. L'uomo ha una predisposizione ereditaria: suo padre soffre di melanconia, probabilmente una melanconia angosciosa; sua sorella soffre di una tipica nevrosi d'angoscia, che conosco molto bene ma che altrimenti avrei descritto come acquisita. Ciò fa pensare a ereditarietà. Nella famiglia K. vi è probabilmente una semplice "disposizione", una tendenza ad ammalarsi di volta in volta sempre piú seriamente, ma non "degenerazione". Si può supporre che nel caso di K. la leggera nevrosi d'angoscia si sia sviluppata su una leggera etiologia. Dove ricercarla senza preconcetti?

Mi sembra che, in primo luogo, ci si trovi di fronte a una sessualità indebolita. La libido di quest'uomo è da qualche tempo diminuita; la manovra per l'uso del condom è sufficiente a fargli apparire l'atto sessuale come qualcosa di forzato e il piacere come artificiale. Questo è, senza dubbio, il nocciolo di tutta la faccenda. Dopo il coito si sente talora fiacco; egli se ne accorge, così dice, e poi due giorni dopo un coito, oppure la sera stessa, si verificano i primi attacchi d'angoscia.

Il concorso della diminuzione della libido con la nevrosi d'angoscia rientra senza sforzo nella mia teoria. Si tratta di una debolezza nel controllo psichico dell'eccitamento sessuale somatico, esistente da un certo tempo, che permette l'insorgere dell'angoscia quando si verifica un incidentale aumento dell'eccitamento somatico.

Da dove proviene questo indebolimento psichico? Dall'attività masturbatoria dell'adolescenza c'è poco da ricavare: certamente non è

in grado di produrre tali risultati; inoltre pare che il soggetto non abbia ecceduto. La sua relazione con la ragazza, che lo eccitava molto sessualmente, sembra assai piú adatta a causare un disturbo di questo genere; in realtà, nevrosi simili le troviamo di solito in persone fidanzate da lungo tempo. Ma soprattutto non si può dubitare che la paura di infezione e la decisione di usare il condom abbiano fornito la base di ciò che io chiamo fattore di alienazione fra il somatico e lo psichico [p. 24]. Sembra che l'effetto sia lo stesso prodotto dal *coitus interruptus* negli uomini. In breve, K. si è procurato un indebolimento sessuale psichico in seguito ad avversione per il coito e, mantenendosi inalterata la salute fisica e la produzione di stimoli sessuali, si è avuta formazione di angoscia. Possiamo aggiungere che la sua tendenza a prendere precauzioni, invece di cercare soddisfacimento adeguato in una sicura relazione, indica una sessualità non molto potente sin dall'inizio. Egli ha, in realtà, una disposizione ereditaria; ciò che si ritrova nella etiologia del suo caso è qualitativamente importante, ma verrebbe sopportato senza danno da un uomo sano, cioè vigoroso.

Un'interessante caratteristica di questo caso è la comparsa di stati d'animo tipicamente melanconici in accessi di breve durata. Ciò dev'essere teoricamente importante in connessione con le nevrosi d'angoscia da alienazione, ma per il momento posso solo segnalarlo.

20 agosto 1894

N. 2

Signor von F., Budapest, 44 anni.

Fisicamente sano, si lamenta di "aver perso vivacità e interesse in modo non naturale per la sua età". Questo stato, in cui tutto gli sembra indifferente, in cui gli riesce noioso il lavoro e si sente irritabile e fiacco, è accompagnato da un forte senso di pressione al vertice del capo e anche alla cervice; inoltre è regolarmente accompagnato da cattiva digestione, cioè da disgusto per il cibo, da flatulenza e stipsi. Sembra anche che dorma male.

Ma lo stato evidentemente si ripete a intervalli; ogni volta dura 4 o 5 giorni, poi gradualmente scompare. Egli si accorge dalla flatulenza che sta per entrare in un periodo di debolezza nervosa. Gli intervalli durano da 12 a 14 giorni, qualche volta sta bene per piú settimane. Talora i periodi buoni sono durati anche dei mesi. Sostiene di essere in queste condizioni da 25 anni. Come spesso accade,

è necessario prima ricostruire il quadro della malattia, perché altrimenti egli non fa che ripetere in modo monotono le sue lamentele e dice di non aver prestato attenzione ad altro. Il modo poco chiaro con il quale egli definisce i suoi accessi fa parte del quadro, come pure la loro completa irregolarità cronologica. Naturalmente sostiene che il suo male dipende dalla cattiva digestione...

Organicamente sano, senza serie preoccupazioni o disturbi emotivi; quanto alla sessualità, onanismo dai 12 ai 16 anni; poi rapporti sessuali molto regolari con donne, senza stimoli troppo forti. Sposato da 14 anni, ha solo due figli; il più giovane ha 10 anni. Nell'intervallo tra la nascita dei due figli e dopo, uso del condom, e nessun'altra tecnica. La sua potenza è decisamente diminuita negli ultimi anni, con coito ogni 12-14 giorni, spesso anche più lunghi intervalli. Ammette che dopo il coito con condom si sente fiacco e afflitto, ma non subito, solo il secondo giorno; vale a dire che due giorni dopo, così dice, nota di aver difficoltà digestive. Perché usa un condom? È chiaro: per non aver troppi figli! ([Ne ha] due.)

Epícrisi

Un leggero, ma molto caratteristico, caso di depressione periodica, melanconia. Sintomi: apatia, inibizione, senso di pressione alla testa, dispepsia, disturbo del sonno; il quadro è completo.

Vi è una indubbia somiglianza con la nevrasenia, e l'etiologia è la stessa. Attualmente ho altri casi analoghi; onanisti (come il signor A.) e gente con tara ereditaria; i von F. sono notoriamente degli psicopatici. Questa è dunque la melanconia nevrasenica; dev'esserci qui un aggancio con la teoria della nevrasenia.

È affatto possibile che il punto di partenza costante di una piccola melanconia di tal genere sia sempre un coito. Una esagerazione del detto fisiologico: *omne animal post coitum triste*. Gli intervalli concorderebbero: l'uomo è migliorato durante ogni periodo di cura e a ogni assenza da casa, cioè in ogni periodo in cui si astiene dal coito. Naturalmente, come egli dice, è fedele a sua moglie. L'uso del condom è prova di limitata potenza; essendo qualcosa di analogo all'onanismo, è causa continua di questa melanconia.

1.

I fatti sono all'incirca questi:

A. Vi sono relazioni evidenti fra melanconia e anestesia [sessuale]. Questo è provato: 1) dall'accertamento di un lungo periodo precedente di anestesia, nel caso di molti melanconici; 2) dall'osservazione che tutto ciò che provoca l'anestesia incoraggia anche il formarsi della melanconia; 3) dall'esistenza di un tipo di donne psichicamente molto esigenti, in cui il desiderio si tramuta facilmente in melanconia e che sono anestetiche.

B. La melanconia si forma come un'intensificazione della nevrosi tramite la masturbazione.

C. La melanconia compare tipicamente combinata con grave angoscia.

D. Il tipo e caso estremo² della melanconia sembra la forma periodica o ciclica ereditaria.

2.

Per poter utilizzare questo materiale occorrono alcuni solidi punti di partenza. Questi sembrano offerti dalle seguenti considerazioni:

a. L'affetto corrispondente alla melanconia è quello del lutto, cioè il rimpianto di qualcosa di perduto. Così nella melanconia dovrebbe trattarsi di una perdita, e precisamente una perdita nella vita pulsionale.³

¹ [Non datata. Il timbro postale di una busta, che probabilmente la conteneva, l'ha fatta attribuire al 7 gennaio 1895.]

² [L'uso della forma estrema di un caso come "tipo" è metodo che Freud deriva da Charcot; vedi *Prefazione alla traduzione delle "Lezioni del martedì della Salpêtrière"* di J.-M. Charcot (1892) p. 152.]

³ [Sul termine "pulsione" (qui e a p. 34) vedi p. 21, n. 5.]

b. La nevrosi alimentare parallela alla melanconia è l'anoressia. La ben nota *anorexia nervosa* delle ragazze mi sembra essere (da osservazioni accurate) una melanconia che si verifica ove la sessualità non è sviluppata. La paziente asseriva che non mangiava semplicemente perché non aveva appetito, e per nessun'altra ragione. Perdita di appetito: in termini sessuali, perdita della libido.

Così non sarebbe inopportuno partire dall'idea che la melanconia consiste nel lutto per la perdita della libido.

Ora rimane da vedere se questa formula spiega la comparsa e le caratteristiche dei melanconici. Sarà da discuterne sulla base dello schema della sessualità.

3.

Sulla base dello schema della sessualità [fig. 1], che spesso ho usato,¹ discuteremo ora le condizioni nelle quali il gruppo sessuale psichico (G. ps.)² subisce una diminuzione della sua quantità di eccitamento. Vi sono due casi possibili: 1) se la produzione di E. som. (eccitamento sessuale somatico) si abbassa o cessa, 2) se la tensione sessuale è deviata da G. ps. [dal gruppo sessuale psichico].

Il primo caso, nel quale la produzione di E. som. [eccitamento sessuale somatico] cessa, probabilmente caratterizza la comune grave melanconia vera e propria, che ricorre periodicamente, o la melanconia ciclica, nella quale i periodi di aumento e di cessazione della produzione si alternano. Inoltre, si può ritenere che la masturbazione eccessiva che, secondo la nostra teoria, porta a un scarico troppo grande di O. (l'organo terminale) e quindi a un basso livello di stimolo in O., perviene a influenzare la produzione E. som. [eccitamento sessuale somatico] e a causarne un duraturo impoverimento, con la conseguenza di un indebolimento di G. ps. [del gruppo sessuale psichico]. Questa è la melanconia nevrastenica.

Nel [secondo] caso, poiché la tensione sessuale è deviata da G. ps. [dal gruppo sessuale psichico] mentre la produzione di E. som. [eccitamento sessuale somatico] non diminuisce, bisogna supporre che E. som. sia impiegato altrove al confine [tra il somatico e lo psichico].

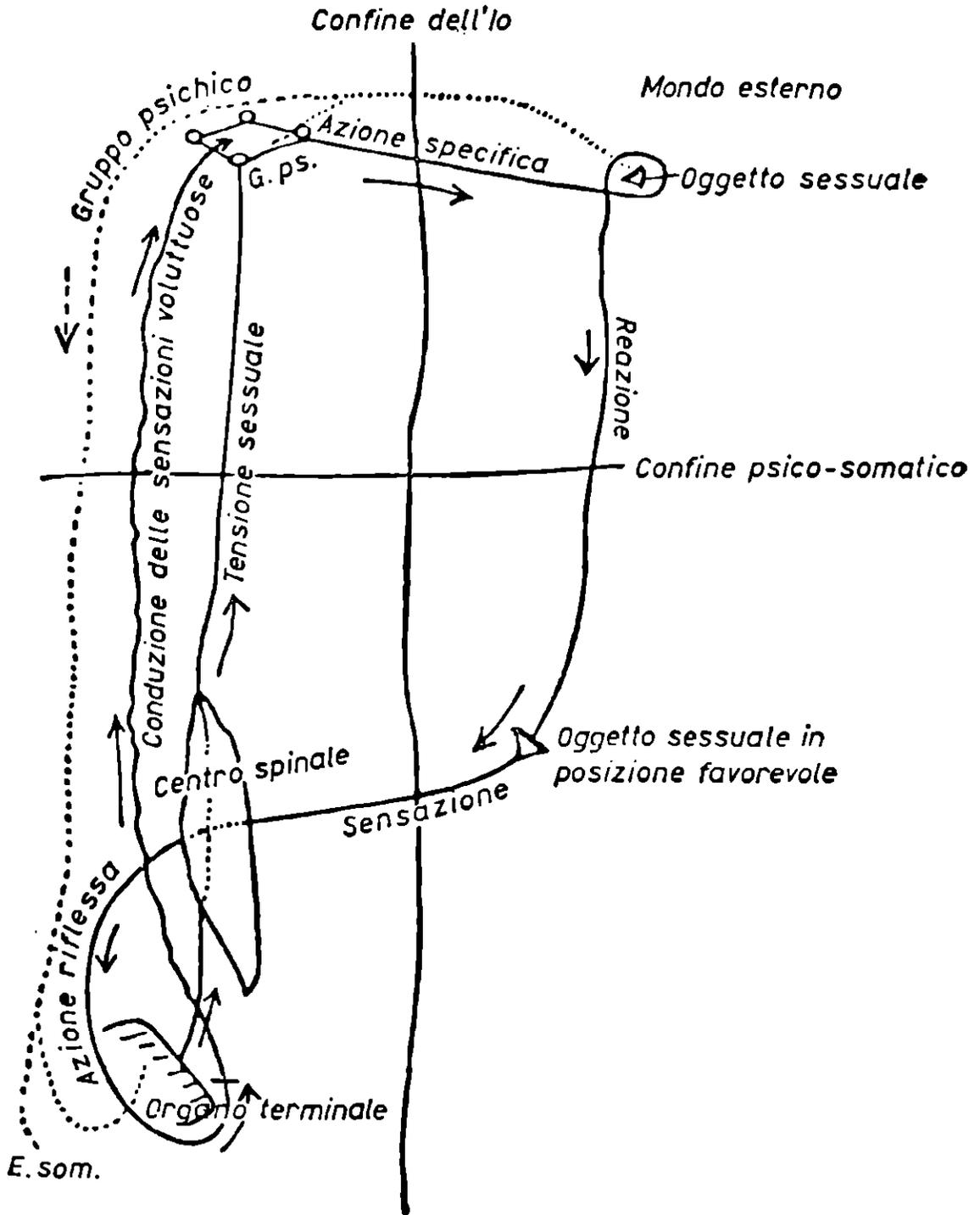
¹ [Vedi sopra p. 18. Lo schema è assai importante perché getta luce non solo sul presente contesto, ma anche su parecchie altre discussioni negli scritti di Freud di questi anni.]

² [Intendi (vedi sopra p. 22): il gruppo di rappresentazioni con cui la tensione sessuale fisica entra in relazione quando ha raggiunto una certa soglia; questo gruppo rielabora la tensione e la risolve psichicamente.]

Questa è tuttavia la condizione dell'angoscia e, di conseguenza, corrisponde al caso della melanconia angosciosa, una forma mista di nevrosi d'angoscia e di melanconia.

In questa discussione dunque vengono chiarite le tre forme di melanconia, che di fatto conviene mantenere distinte.

Schema della sessualità



[Figura 1. Nell'originale tutte le frecce sono in rosso, eccetto quella tratteggiata all'estrema sinistra.]

4.

Come spiegare il fatto che l'anestesia abbia una tale parte nella melanconia?

Secondo lo schema abbiamo le seguenti specie di anestesia.

L'anestesia consiste sempre nell'assenza di S. v. (la sensazione voluttuosa) che, in seguito all'azione riflessa che scarica l'organo terminale, dovrebbe essere indirizzata in G. ps. [nel gruppo sessuale psichico]. L'ammontare della voluttà corrisponde all'intensità del discarico.

a) L'organo terminale è caricato in modo insufficiente e di conseguenza la scarica, quando avviene il coito, è debole e S. v. [la sensazione voluttuosa] molto piccola. Caso della frigidity.

b) La via che conduce dalla sensazione all'atto riflesso è danneggiata in modo tale che l'azione non è sufficientemente forte. Se così, anche il discarico e S. v. sono deboli. Caso dell'anestesia da masturbazione, dell'anestesia da coitus interruptus ecc.

c) Tutto funziona bene in basso; ma S. v. non è accettata in G. ps. [nel gruppo sessuale psichico] perché collegata in altra direzione (con disgusto-difesa). Questa è l'anestesia isterica, del tutto analoga all'anoressia isterica (disgusto).

Ora, in che misura l'anestesia agisce sulla formazione della melanconia?

Nel caso a) (frigidity) l'anestesia non è la causa della melanconia ma un segno di predisposizione a essa. Questo concorda con il fatto A₁) menzionato all'inizio di questo saggio [p. 29]. In altri casi l'anestesia è la causa della melanconia, perché G. ps. [il gruppo sessuale psichico] è rafforzato dal sopravvenire di S. v. e indebolito dalla sua assenza. (Riferimento alle teorie generali sul fermare l'eccitamento nel ricordo.)¹ Con ciò è dato conto del fatto A₂) [p. 29].

Di conseguenza, è possibile essere anestetici senza essere melanconici, poiché la melanconia è in relazione con l'assenza di E. som. [dell'eccitamento sessuale somatico], mentre l'anestesia è in relazione con l'assenza di S. v. Ma l'anestesia è un indice di melanconia o una preparazione alla melanconia, perché G. ps. [il gruppo sessuale psichico] è tanto indebolito dall'assenza di S. v. quanto dall'assenza di E. som.

¹ [Vedi oltre a questo riguardo il *Progetto di una psicologia* (1895) pp. 277 sgg.]

5.

Sarebbe anche da considerare perché l'anestesia sia una caratteristica così prevalentemente femminile. Questo deriva dalla parte passiva sostenuta dalla donna. Un uomo anestetico rinuncerà presto a qualsiasi coito, ma per la donna è diverso. Essa diventerà più facilmente anestetica per due ragioni:

1) Perché tutta la sua educazione tende a impedire che sorga E. som. [l'eccitamento sessuale somatico] e a trasformare tutti gli eccitamenti che potrebbero avere questo effetto in stimoli psichici, tende cioè a far deviare la linea tratteggiata [nella fig. 1] dall'oggetto sessuale, interamente verso G. ps. [il gruppo sessuale psichico]. Questo è necessario perché, se vi fosse un vivace E. som., presto G. ps. acquisterebbe in modo intermittente una forza tale da portare l'oggetto sessuale, come nell'uomo, in una posizione favorevole mediante la reazione specifica. Ma alla donna si richiede che non abbia luogo l'intero arco della reazione specifica, bensì si richiedono azioni specifiche permanenti che inducano il maschio all'azione specifica. La tensione sessuale è di conseguenza tenuta bassa nella donna, l'accesso a G. ps. è per quanto possibile tagliato fuori, e l'indispensabile forza di G. ps. è ottenuta in altro modo. Se, dunque, G. ps. raggiunge una condizione di desiderio, questa si trasforma facilmente in melanconia, quando O. [l'organo terminale] è a un basso livello [di tensione]. G. ps. è, per sé stesso, capace di scarsa resistenza. Qui noi abbiamo il tipo di libido giovanile, immatura, e le donne esigenti e anestetiche summenzionate [A3], p. 29] si limitano a continuare questo tipo.

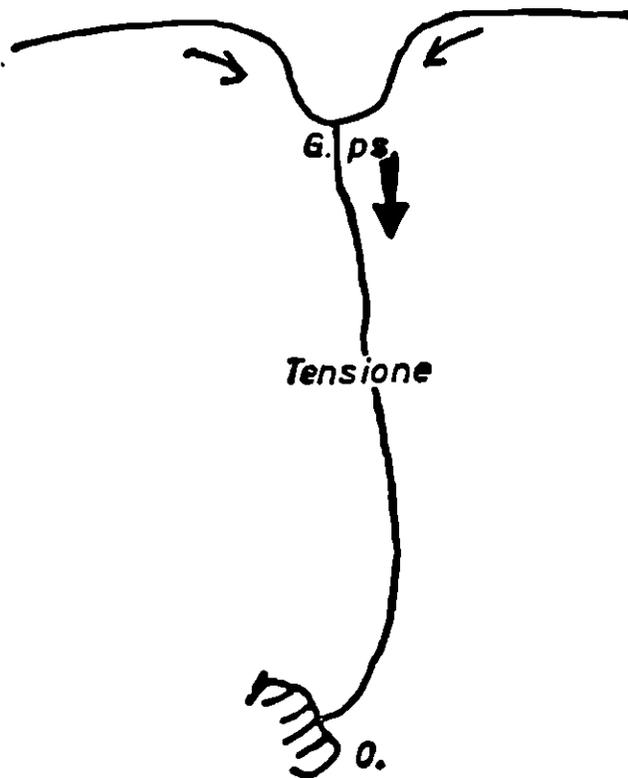
2) Perché molto frequentemente le donne si accingono all'atto sessuale, o si sposano, senza amore, cioè solo con un debole E. som. [eccitamento sessuale somatico] e con poca tensione in O. In tal caso esse sono frigide e tali rimangono.

Un basso livello di tensione in O. sembra costituire la principale disposizione alla melanconia. In queste persone qualsiasi tipo di nevrosi prende facilmente un'impronta melanconica. Così, mentre i soggetti potenti soffrono facilmente di nevrosi d'angoscia, quelli impotenti sono inclini alla melanconia.

6.

Come si possono spiegare gli effetti della melanconia? La migliore descrizione di essi: *inibizione psichica con impoverimento pulsionale e dolore al riguardo.*

È facile prevedere che se G. ps. [il gruppo sessuale psichico] subisce una forte diminuzione nell'eccitamento, si può avere come conseguenza una specie di *contrazione nello psichico*, la quale ha come effetto di risucchiare i quantitativi di eccitamento contigui [vedi fig. 2]. I neuroni associati sono obbligati a rinunciare al loro ecci-



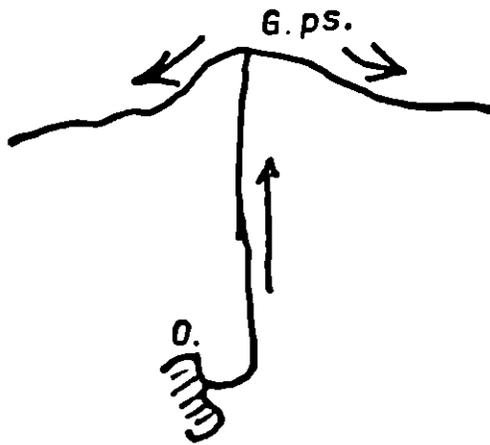
[Figura 2.]

tamento, ciò che produce dolore. Il sciogliere un'associazione è sempre doloroso. Per una sorta di *emorragia interna* si ha un impoverimento dell'eccitamento, nella sua libera riserva, che si ripercuote su altre pulsioni e prestazioni. Tale contrazione ha un effetto inibitorio, come una ferita (vedi la teoria del dolore fisico)¹ e analogamente al dolore. (Il caso opposto [fig. 3] sarebbe invece quello della mania, in cui il sovrabbondante eccitamento è comunicato a tutti i neuroni associati.)² Qui si può trovare una somiglianza con la ne-

¹ [Vedi oltre la discussione del Progetto di una psicologia, cap. 1, §§ 6 e 12.]

² [Le parentesi, aggiunte dal curatore, caratterizzano la frase come un inciso.]

vrastenia. Nella nevraſtenia ſi verifica ugualmente un impoverimento dovuto al fatto che l'eccitamento ſfugge come traverso una falla, ma in quel caſo ciò che viene pompato via è E. ſom. [l'eccitamento ſeſſuale ſomatico]; nella melanconia la falla è nello psichico. L'impoverimento nevraſtenico, tuttavia, può eſtendersi allo psichico. In verità le manifeſtazioni ſono tanto ſimili che alcuni caſi poſſono diſtinguerſi ſolo con molta difficoltà.



[Figura 3.]

In psichiatria i deliri sono avvicinati alle ossessioni, come disturbi puramente intellettuali; la paranoia alla follia ossessiva, come psicosi intellettuale. Una volta ricondotte le ossessioni a un disturbo affettivo, e se si è provato che la loro forza deriva da un conflitto, allora si deve applicare la stessa concezione ai deliri, allora anche questi devono essere la conseguenza di disturbi affettivi e devono trarre la loro forza da un processo psicologico. Gli psichiatri sostengono un'opinione contraria, mentre i profani tendono ad attribuire la pazzia a esperienze psichiche sconvolgenti: "l'uomo che non perde la ragione davanti a certi avvenimenti, non ha una ragione da perdere".²

La verità è che la paranoia cronica, nella sua forma classica, costituisce un modo patologico di difesa come l'isteria, la nevrosi ossessiva e gli stati di confusione allucinatoria. Si diventa paranoici in conseguenza di avvenimenti che non si possono tollerare, sempre che si abbia la particolare disposizione psichica.

In che cosa consiste tale disposizione? In una tendenza verso qualcosa che possiede le caratteristiche psichiche della paranoia; e ciò vogliamo considerare sulla base di un esempio.

Una donna nubile, non più molto giovane, circa trent'anni, vive con un fratello e una sorella [più anziana]. Essi appartengono al ceto operaio più elevato; il fratello sta gradualmente facendosi strada come piccolo fabbricante. Frattanto essi affittano una stanza a un conoscente, un uomo che ha viaggiato molto, piuttosto misterioso, astuto e intelligente, il quale resta un anno con loro mantenendosi sempre molto socievole e di buona compagnia; poi parte di nuovo,

¹ [Acclusa a una lettera del 24 gennaio 1895.]

² [Lessing, *Emilia Galotti*, atto 4, scena 7.]

ritorna sei mesi piú tardi, questa volta si ferma soltanto per un tempo piú breve e poi riscompare per sempre. Le sorelle spesso lamentano la sua assenza e non fanno che dirne bene. Nondimeno, la sorella piú giovane racconta alla piú anziana di una volta che egli tentò di metterla nei guai. Gli stava rifacendo la stanza mentre egli era ancora a letto; lui l'aveva chiamata presso il letto e quando essa, senza sospettare, aveva obbedito, le aveva messo il pene in mano. La scena non aveva avuto un seguito e presto lo straniero se ne era andato.

Qualche anno dopo la sorella che aveva avuto questa esperienza si ammalava. Cominciò dapprima a lamentarsi; infine le si svilupparono inconfondibili deliri di attenzione e di persecuzione, la cui sostanza era che le donne del vicinato la compiangevano perché era stata abbandonata e perché continuava a sperare nel ritorno dell'uomo, facendo continuamente delle insinuazioni e dicendo le cose piú varie di lei a proposito di lui, e cosí via. Tutto era naturalmente falso. La paziente resta in questo stato solo per alcune settimane, poi ridiventa normale e spiega che tutto ciò era dovuto al fatto che si sentiva eccitata; tuttavia anche negli intervalli essa soffre di una nevrosi che può facilmente essere interpretata come nevrosi sessuale. Ben presto però sopravviene di nuovo la paranoia.

La sorella piú anziana ha notato con sorpresa che, ogni volta che la conversazione ritorna alla scena della seduzione, la paziente la nega. Breuer ha avuto notizia del caso, la paziente mi è stata inviata, e io ho tentato di correggere la tendenza alla paranoia, cercando di portarla a ricordare la scena. Non ho avuto successo, allora le ho parlato due volte cercando di indurla, in stato di concentrazione ipnotica,¹ a dirmi tutto ciò che si riferiva al suo inquilino; alle mie domande incalzanti, tendenti ad approfondire se nulla di "imbarazzante" fosse accaduto, ho sempre ottenuto risposta nettamente negativa e... non l'ho piú vista. Essa mi ha fatto sapere che ciò la sconvolgeva troppo. Difesa! È chiaro. Essa desiderava non ricordare il fatto e, di conseguenza, lo aveva intenzionalmente rimosso.²

Nessun dubbio circa la difesa, ma si sarebbe potuto produrre parimenti un sintomo isterico o un'ossessione. Qual è la natura peculiare della difesa paranoica?

¹ [Stadio intermedio, presto abbandonato da Freud, tra la suggestione ipnotica e l'associazione libera.]

² [Sull'espressione "intenzionalmente rimosso", che ricorre piú volte in questi anni negli scritti di Freud, vedi *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 272, n. 1.]

Essa voleva risparmiarsi qualcosa; qualcosa era stato rimosso. Possiamo indovinare che cosa. Probabilmente essa era stata veramente eccitata da quella vista e dal suo ricordo. Essa cercava di risparmiare a sé stessa l'autoaccusa di essere una "donna cattiva". Senonché lo stesso rimprovero le pervenne anche da altri. La sostanza restava la medesima, ma mutava qualcosa nella prospettiva delle cose: prima era un rimprovero interno, ora veniva dal di fuori. Il giudizio su di lei si era trasposto all'esterno: la gente diceva ciò che altrimenti essa si sarebbe detta da sé. Con ciò aveva ottenuto un vantaggio. Essa non avrebbe potuto non accettare il giudizio che fosse venuto dal suo interno, ma poteva rifiutarne uno che veniva dal di fuori. *In tal modo il giudizio, il rimprovero, era tenuto lontano dal suo Io.*

Lo scopo della paranoia è quindi di respingere una rappresentazione incompatibile con l'Io mediante una proiezione¹ del suo contenuto all'esterno.

Due domande: [1] Come si verifica una trasposizione di tal genere? [2] Questo vale anche per altri casi di paranoia?

[1] La trasposizione si verifica molto semplicemente. Si tratta del cattivo uso di un meccanismo psichico molto comunemente impiegato nella vita normale: il meccanismo della trasposizione o della proiezione.¹ Ogni volta che si verifica un cambiamento interno, ci è data la scelta di attribuirlo o a una causa interna o a una esterna. Se qualcosa ci trattiene dall'accettare l'origine interna, noi naturalmente ci aggrappiamo a una esterna. In secondo luogo, siamo abituati a vedere che i nostri stati interni vengono rilevati dagli altri (dall'espressione mimica dei sentimenti). Ciò dà origine al normale delirio di attenzione e alla normale proiezione. Tutte cose normali finché conserviamo coscienza del nostro mutamento interno. Se però lo dimentichiamo e ci rimane solo la parte del sillogismo che porta all'esterno, allora abbiamo la paranoia, con la sua sopravvalutazione di ciò che la gente sa di noi e di ciò che la gente ci ha fatto. Che cosa sa la gente di noi, che noi stessi ignoriamo e non possiamo ammettere? *Ecco il cattivo uso del meccanismo della proiezione a scopo di difesa.*

Qualcosa del tutto analogo avviene con le ossessioni. Anche il meccanismo della sostituzione è un meccanismo normale. Se un'an-

¹ [La prima apparizione del concetto e del termine di "proiezione" (*Projektion*); vedi oltre p. 326.]

ziana zitella tiene un cane o un vecchio scapolo raccoglie tabacchiere, la prima compensa il suo bisogno di compagnia coniugale, il secondo il suo desiderio di... numerose conquiste. Ogni collezionista è una controfigura di Don Giovanni Tenorio, così come lo scalatore di montagne, lo sportivo ecc. Sono equivalenti erotici. Li conoscono anche le donne. La cura ginecologica rientra in questa categoria. Vi sono due tipi di malate: le prime fedeli al medico come al proprio marito, le seconde che cambiano medici come i propri amanti.

Tale meccanismo sostitutivo normale viene male impiegato nelle rappresentazioni ossessive: parimenti a scopo di difesa.

[2] Tale interpretazione può dunque applicarsi ad altri casi di paranoia? A tutti, penserei. Prendiamo degli esempi.

Il paranoico litigioso non può sopportare l'idea di avere commesso un'ingiustizia o di doversi privare della sua proprietà. Di conseguenza, la sentenza non è legalmente valida, lui non ha affatto torto ecc. Il caso è troppo chiaro, forse non del tutto univoco, forse da spiegare in modo più semplice.

La grande nation non può concepire l'idea di poter essere sconfitta in guerra. Ergo non è stata sconfitta; la vittoria non conta. Essa dà un esempio di paranoia collettiva e inventa il delirio di tradimento.

L'alcolizzato non vorrà mai ammettere di essere divenuto impotente a causa del bere. Per quanto alcool possa tollerare, non può tollerare questa idea. Così la colpevole è sua moglie: delirio di gelosia ecc.

L'ipocondriaco lotterà a lungo prima di scoprire la chiave del suo sentirsi gravemente ammalato. Egli non può dire a sé stesso che gli deriva dalla sua vita sessuale; ma troverà la più grande soddisfazione nel ritenere che le sue sofferenze non sono endogene, come dice Moebius, ma esogene. Perciò è stato avvelenato.

Il funzionario che non è stato avanzato di grado ha bisogno di persecutori che cospirano contro di lui e lo spiano fino nella sua camera: altrimenti dovrebbe ammettere la sua inettitudine.

Non sempre si sviluppa un delirio di persecuzione. Il delirio di grandezza può essere per esempio ancora più efficace per eliminare dall'Io l'idea penosa. Per una cuoca sfiorita, costretta ad abituarsi all'idea di rimanere esclusa dalle gioie dell'amore, ecco, per esempio, il momento adatto per scoprire che il signore di faccia è evidentemente desideroso di sposarla e glielo fa capire in modo così stranamente timido e tuttavia significativo.

In tutti i casi l'*idea delirante* è mantenuta con la stessa energia con la quale un'altra idea, penosa in modo insopportabile, viene respinta dall'Io. Così, essi amano il loro delirio come sé stessi. Questo è il segreto.

Ora, in quale rapporto sta questa forma di difesa con quelle che già conosciamo: 1) isteria; 2) rappresentazione ossessiva; 3) confusione allucinatoria; 4) paranoia? Dobbiamo tener conto di: affetto, contenuto rappresentativo e allucinazioni [vedi prospetto a pagina seguente].

1) *Isteria*. La rappresentazione incompatibile non è ammessa ad associarsi con l'Io. Il contenuto viene mantenuto escluso, assente dalla coscienza; l'affetto [è eliminato] mediante conversione nel corporeo. Psiconevrosi il solo [risultato].¹

2) *Rappresentazione ossessiva*. Anche qui la rappresentazione incompatibile non è ammessa ad associarsi. L'affetto viene trattenuto: il contenuto viene sostituito.

3) *Confusione allucinatoria*. L'intera rappresentazione incompatibile — sia l'affetto che il contenuto — è tenuta lontana dall'Io; ciò è possibile solo a prezzo di un distacco parziale dal mondo esterno. Si ricorre ad allucinazioni amichevoli all'Io e che favoriscono la difesa.

4) *Paranoia*. Il contenuto e l'affetto della rappresentazione incompatibile vengono trattenuti, all'opposto che nel caso 3); ma proiettati all'esterno. Le allucinazioni, che si verificano in alcune forme, sono ostili all'Io, ma favoriscono la difesa.

Nelle psicosi isteriche, al contrario, sono precisamente le rappresentazioni respinte che acquistano il predominio. Il tipo è costituito dall'attacco e dall'*état secondaire*. Le allucinazioni sono ostili all'Io.

L'*idea delirante* è o una copia o l'opposto dell'immagine respinta (delirio di grandezza). [In questo senso] paranoia e confusione allucinatoria sono le due psicosi di "per l'appunto" oppure di "a dispetto di". L'"autoriferimento" della paranoia è analogo alle allucinazioni degli stati confusionali, le quali cercano di affermare l'opposto del fatto respinto ["a dispetto del" dato di fatto]. Allo stesso modo l'autoriferimento tenta continuamente di provare ["per l'appunto"] la veridicità della proiezione.

¹ [Appare qui stranamente, forse per la prima volta e rimanendo senza seguito per un paio d'anni, il termine "psiconevrosi", in una frase alquanto oscura ove l'accento è comunque sulla psicogenesi dell'affezione. A quest'epoca, ci si aspetterebbe piuttosto "neuro-psicosi" (vedi *Le neuropsicosi da difesa*, 1894). Sulle ulteriori vicende di questa terminologia vedi oltre p. 301, n. 2, p. 389, n. 3, p. 401 n.]

PROSPETTO

	Affetto	Contenuto rappresentativo	Allucinazione	Risultato
Isteria	eliminate la conversione —	assente dalla coscienza —	—	Difesa labile con guadagno soddisfacente
Rappresentazione ossessiva	trattenuto +	assente dalla coscienza sostituito —	—	Difesa stabile senza guadagno
Confusione allucinatoria	assente —	— assente	amichevole all'Io amichevole alla difesa	Difesa stabile e brillante guadagno
Paranoia	trattenuto +	trattenuto proiettato all'esterno —	ostile all'Io amichevole alla difesa	Difesa stabile senza guadagno
Psicosi isterica	ottiene il controllo della coscienza ++		ostile all'Io ostile alla difesa	Insuccesso della difesa

Minuta I¹

Emicrania: punti assodati

1895

1. *Una questione di sommazione.* Intervallo di ore o giorni tra la provocazione e la comparsa dei sintomi. Si ha come la sensazione che un ostacolo venga scavalcato e poi continui un processo.

2. *Una questione di sommazione.* Anche senza provocazione si ha l'impressione come dell'accumularsi di uno stimolo, presente in piccola quantità all'inizio dell'intervallo e in maggior quantità verso la fine.

3. *Una questione di sommazione, nella quale la sensibilità ai fattori etiologici si mantiene all'altezza del livello dello stimolo già presente.*

4. *Una questione dalla etiologia complessa, che segue forse lo schema della catena etiologica, dove una causa prossima può sorgere direttamente o indirettamente per molti fattori, o lo schema della sommazione etiologica, dove accanto a una causa specifica possono intervenire altre banali quantitativamente sostitutive.²*

5. *Una questione sul modello dell'emicrania mestruale e appartenente al gruppo sessuale. Prove di ciò:*

a) molto rara nei maschi sani;

b) ristretta al periodo di attività sessuale della vita: quasi escluse l'infanzia e la vecchiaia;

c) se si produce per sommazione, anche lo stimolo sessuale è qualcosa che si produce per sommazione;

d) l'analogia della periodicità;

¹ [Senza data. È da attribuire ai primi giorni del marzo 1895, dato che nella lettera del 4 marzo 1895 Freud ne preannuncia la spedizione a Fliess.]

² [Per i vari tipi di fattori etiologici, vedi oltre lo scritto, probabilmente contemporaneo, *A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia"* (1895) pp. 188 sgg.; nello stesso scritto sono menzionate sia l'emicrania (p. 187) sia la sommazione (p. 184).]

e) frequenza in persone con scarica sessuale disturbata (nevrastenia, *coitus interruptus*).

6. È certo che l'emicrania è prodotta da stimoli chimici: tossine del corpo umano, scirocco, stanchezza, odori. Ora, anche lo stimolo sessuale è uno stimolo chimico.

7. Scomparsa dell'emicrania durante la gravidanza, in cui la produzione è probabilmente orientata altrove.

Si sarebbe quindi tentati di dire che l'emicrania è una reazione tossica prodotta dalla sostanza sessuale stimolante¹ quando questa non trova una scarica sufficiente, e forse si dovrebbe aggiungere che vi è un certo canale, ancora da determinare topicamente, che si trova in condizioni di speciale recettività. Il problema di questo canale è il problema della localizzazione dell'emicrania.

8. Esiste qualche indicazione relativa a tale canale nel fatto che le malattie organiche del cranio, tumori e infiammazioni (senza anelli di congiunzione tossici?) producono emicrania o qualcosa di simile; e anche che l'emicrania è *unilaterale*, connessa col naso e collegata con localizzati fenomeni di paresi. Il primo di questi segni non è senza ambiguità. L'unilateralità dell'emicrania, la sua localizzazione sopra l'occhio, e il fatto che si complica con focolai di paresi, sono più importanti.

9. Il fatto che l'emicrania sia dolorosa può solo far pensare alle meningi cerebrali, poiché le affezioni della sostanza cerebrale sono certamente indolori.

10. Quando in tal modo l'emicrania tende a diventare nevralgia, tale fatto va d'accordo con la sommazione, con la sensibilità e le sue oscillazioni, col prodursi di nevralgie per stimoli tossici. La nevralgia tossica sarebbe quindi il prototipo fisiologico dell'emicrania. Il pericranio è la sede del suo dolore e il trigemino il suo canale. Poiché tuttavia la modificazione nevralgica può però essere solo centrale, dobbiamo supporre che il centro logico per l'emicrania sia un nucleo trigeminale le cui fibre innervano la dura madre.

Poiché il dolore dell'emicrania ha la stessa localizzazione di quello della nevralgia sopraorbitale, questo nucleo durale deve essere in prossimità del nucleo del primo ramo. Poiché tuttavia i differenti rami e nuclei del trigemino si influenzano, anche tutte le altre affezioni del trigemino possono contribuire all'etiologia [dell'emicrania] come fattori (non banali) concorrenti.

¹ [Vedi Minuta D, p. 18.]

La sintomatologia e la posizione biologica dell'emicrania

Il dolore di una nevralgia abitualmente defluisce in tensione tonica (persino in spasmo clonico). Non è, quindi, impossibile che l'emicrania possa coinvolgere un'innervazione spastica dei muscoli vascolari nell'area riflessa della regione durale. Possiamo ascrivere a questa innervazione i disturbi funzionali generali, oltre a quelli locali, che non differiscono sintomatologicamente dai disturbi simili che derivano dalla costrizione vascolare (vedi la somiglianza dell'emicrania con gli attacchi di trombosi). Parte dell'inibizione è dovuta al dolore in sé stesso. Si tratta presumibilmente dell'area vascolare del plesso coroideo, che è per primo colpito dallo spasmo di scarica. La relazione con l'occhio e il naso si spiega per il loro comune allacciamento al primo ramo [del trigemino].¹

¹ [Sull'emicrania, di particolare interesse per Fliess, vedi la lettera di Freud a Fliess del 1° gennaio 1896.]

Minuta J¹

Signora P. J. Età: 27 anni

1895

[1.]

Era sposata da tre mesi. Suo marito, un viaggiatore di commercio, aveva dovuto lasciarla poche settimane dopo il matrimonio ed era assente già da alcune settimane. Essa sentí assai la sua mancanza ed ebbe molto desiderio di lui. Era stata cantante o, per lo meno, aveva ricevuto lezioni di canto. Sedeva un giorno al pianoforte cantando per passare il tempo quando improvvisamente si sentí male: disturbi all'addome e allo stomaco, giramenti di testa, sensazioni di oppressione, angoscia e parestesia cardiaca; pensò d'impazzire. Un attimo piú tardi le venne in mente che quella mattina aveva mangiato uova e funghi; si ritenne pertanto avvelenata. Il malessere tuttavia scomparve rapidamente. Il giorno seguente la ragazza di servizio le disse che una donna, la quale abitava nella stessa casa, era diventata pazza. Da allora essa non si liberò piú dall'ossessione, accompagnata da angoscia, che anche lei sarebbe impazzita.

Questo è il caso. Suppongo, dapprima, che si sia trattato di un attacco d'angoscia, una scarica sessuale trasformatasi in angoscia. Un attacco del genere, temevo, può aver luogo senza che vi si congiunga alcun processo psichico. Non voglio, tuttavia, escludere la possibilità piú favorevole che si possa andare alla ricerca di questo processo, e anzi ho fissato di farne il punto di partenza del mio lavoro. Mi attendevo di trovare quanto segue. Essa aveva avuto desiderio di suo marito, cioè di relazioni sessuali con lui, imbattendosi cosí in un'idea

¹ [Non datata. È stata attribuita al 1895 dai curatori degli *Anfänge*, in base alla calligrafia e in base a un'analogia strutturale, nel modo come è riportato il caso, con quello della storia clinica del *Progetto di una psicologia*.]

che aveva eccitato l'emozione sessuale e, in un secondo tempo, una difesa contro di essa; allora si era spaventata e aveva fatto un falso nesso o sostituzione.¹

Dapprima le chiedo le circostanze di contorno dell'avvenimento: qualcosa doveva averle ricordato suo marito. — Cantava l'aria della *Carmen*: "Sugli spalti di Siviglia..."² Gliela faccio ripetere ma essa non ricorda esattamente le parole. "A qual punto le sembra di aver avuto l'attacco?" Non lo sa. — In seguito a mia pressione [sulla sua fronte], dice che era accaduto dopo che aveva finito di cantare l'aria. È possibile: può essersi trattato di una sequenza di pensieri suscitata dalle parole del canto. Asserisco che prima dell'attacco doveva aver avuto dei pensieri che forse non ricorda. Infatti non ricorda nulla, ma la pressione [sulla fronte] produce "marito" e "desiderio". Continuando a insistere, quest'ultimo si precisa come un desiderio di tenerezze sessuali. "Ne sono convinto: il suo attacco non era altro che uno stato di effusione amorosa. Conosce la canzonetta del paggio?"³

Voi che sapete che cosa è amor,
Donne, vedete s'io l'ho nel cor...

Ma doveva esserci stato qualcosa d'altro, una sensazione nella parte bassa del corpo, un bisogno convulso di urinare." Essa conferma, ora; l'insincerità delle donne inizia con l'omissione dei caratteristici sintomi sessuali quando descrivono i loro stati. In realtà, dunque, era stata una *polluzione*.

"Vede, allora, che un tale stato di desiderio in una giovane donna abbandonata dal marito non può essere nulla di cui vergognarsi?" Al contrario, lei pensa, proprio così ha da essere. "Molto bene, ma allora mi manca il motivo dello spavento. 'Marito' e 'desiderio' non possono certo spaventarla, devono perciò mancare, qui, anche altri pensieri più appropriati allo spavento." Ma essa aggiunge soltanto di aver sempre avuto paura del dolore fisico causato dal rapporto sessuale, ma che il suo desiderio era stato molto più forte del timore di quel dolore. A questo punto interrompiamo.

2.

È davvero da sospettare che nella prima scena (al pianoforte), oltre ai pensieri nostalgici relativi al marito (da lei ricordati), sia penetrata

¹ [Sul "falso nesso" vedi oltre p. 126, n. 3.]

² [La *seguidilla* nel primo atto della *Carmen* di Bizet.]

³ [La canzonetta di Cherubino nel secondo atto delle *Nozze di Figaro* di Mozart.]

piú addentro una sequenza di pensieri non ricordata, che conduce a una seconda scena. Ma io non so ancora dove trovare un aggancio. Oggi arriva in pianto e disperata, evidentemente senza alcuna fiducia nel successo di questo tipo di terapia. La resistenza è perciò già all'erta e tutto riesce molto piú difficile. Voglio sapere quali pensieri fossero ancora capaci di spaventarla. Essa enumera ogni genere di cose, ma senza importanza a questo riguardo. Che per lungo tempo non era stata deflorata (cosa che il professor Chrobak¹ le aveva confermato); che a ciò attribuiva il suo nervosismo, e aveva quindi desiderato che la deflorazione si compisse. — Si trattava naturalmente di un'idea posteriore. Fino all'epoca della prima scena era stata in buona salute. Finalmente ottengo l'informazione che essa ha già avuto un simile attacco con le stesse sensazioni, ma molto piú debole e transitorio. (Da ciò io scorgo che il cammino che conduce nel profondo parte proprio dall'immagine mnestica della polluzione.) Poi passiamo a quella scena. A quel tempo — quattro anni addietro — era stata scritturata a Ratisbona; aveva cantato in una prova, la mattina, ed era piaciuta. Nel pomeriggio, in casa, aveva avuto una "visione", come se "vi fosse stato qualcosa" (una lite) tra lei, il tenore della compagnia e un altro uomo, e in seguito aveva avuto l'attacco con la paura d'impazzire.

Qui, dunque, si ha una seconda scena, che era stata sfiorata per associazione nella prima. Dobbiamo riconoscere che anche qui vi sono delle lacune nella memoria. Altre rappresentazioni dovevano figurarvi, concorrendo a giustificare in essa la scarica sessuale e lo spavento. Domando di questi anelli intermedi, ma invece ricevo motivazioni da parte sua. La vita di teatro, nel suo insieme, non le era piaciuta. "Perché?" Per la rudezza del direttore e i rapporti reciproci fra gli attori. Chiedo particolari su quest'ultimo punto. C'era una vecchia attrice comica che i giovani si divertivano a canzonare chiedendole se potevano passare la notte con lei. "Avanti, qualcosa a proposito del tenore." Egli aveva infastidito anche lei; alla prova le aveva messo una mano sul petto. "Attraverso i vestiti o sulla nuda pelle?" Essa conferma dapprima la seconda versione, poi si ricrede; era vestita da passeggio. "Bene, che c'è d'altro?" Tutto quel tipo di rapporto, quell'abbracciarsi e baciarsi fra colleghi era per lei spaventoso. "E poi?" Di nuovo la rudezza del direttore; del resto c'era rimasta sol-

¹ [Professore di ginecologia a Vienna dal 1880 al 1908.]

tanto pochi giorni. "L'assalto del tenore era avvenuto nello stesso giorno del suo attacco?" No; non sa se sia accaduto prima o dopo. Le indagini col mezzo della pressione rivelano che l'assalto era accaduto nel quarto giorno della sua permanenza e l'attacco nel sesto.

Interrotto per fuga della paziente.

Le nevrosi da difesa
(Favola di Natale)

1895

Ne esistono quattro tipi e molte forme. Io posso solo mettere a confronto l'isteria, la nevrosi ossessiva e una forma di paranoia. Esse hanno varie cose in comune. Sono aberrazioni patologiche di normali stati affettivi psichici: di conflitto (isteria), di autoaccusa² (nevrosi ossessiva), di mortificazione (paranoia) e di lutto (amenza allucinatoria acuta). Esse differiscono da questi affetti perché non conducono ad alcuna eliminazione ma a un'offesa permanente dell'Io. Sono causate dagli stessi motivi dei loro prototipi affettivi, quando per il motivo si adempiano due altre condizioni, che esso sia di natura sessuale e che si verifichi in un periodo anteriore alla maturità sessuale (condizioni della sessualità e dell'infantilismo). Sulle condizioni della persona non mi è noto nulla di nuovo; direi in generale che l'ereditarietà è un'ulteriore condizione, in quanto facilita e aumenta l'affetto patologico; è cioè quella condizione che soprattutto rende possibili le gradazioni tra la normalità e gli estremi. Non credo che l'ereditarietà determini la scelta della nevrosi da difesa.

Vi è una normale tendenza alla difesa, cioè un'avversione a dirigere l'energia psichica in modo da produrre dispiacere. Questa tendenza, connessa coi più fondamentali attributi del meccanismo psichico (la legge della costanza), non può essere diretta contro le percezioni, poiché queste sono capaci di svegliare l'attenzione (come è dimostrato dal fatto che sono consce); essa agisce solamente nei riguardi dei ricordi e delle rappresentazioni mentali. È innocua ove si tratti di rappresentazioni alle quali un tempo era legato dispia-

¹ [Acclusa alla lettera del 1° gennaio 1896, e scritta probabilmente nei giorni precedenti, dato il sottotitolo.]

² [Qui, come quasi sempre in Freud, il tedesco *Vorwurf* (rimprovero, accusa); ma si tratta qui, come sempre, di autoaccusa.]

cere, ma incapaci di suscitare dispiacere attuale (altro dal dispiacere ricordato); anche in tali casi, essa può essere sopraffatta dall'interesse psichico.

La tendenza alla difesa è però dannosa se è diretta verso rappresentazioni capaci, come ricordi, di liberare nuovo dispiacere, com'è il caso delle rappresentazioni sessuali. Qui, in realtà, si realizza l'unica possibilità di un ricordo che abbia successivamente una capacità liberante maggiore di quella prodotta dall'esperienza a esso corrispondente.¹ È solo necessario, per questo, che tra l'esperienza e la sua ripetizione nella memoria si inserisca la pubertà, la quale intensifica di molto l'effetto del risvegliarsi mnemonico. Il meccanismo psichico sembra impreparato a questa eccezione, ed è di conseguenza condizione indispensabile, per non incorrere nelle nevrosi da difesa, che non si sia verificata prima della pubertà una considerevole irritazione sessuale, l'effetto della quale tuttavia, per giungere a livello patologico, deve essere accresciuto da una predisposizione ereditaria.

(A questo punto si apre un problema collaterale: come accade che in condizioni analoghe insorgano, invece della nevrosi, perversione o semplice immoralità?)²

Ben addentro agli enigmi psicologici conduce l'indagine sull'origine del dispiacere, che sembra venir liberato dalla stimolazione sessuale precoce e senza il quale, d'altronde, non si può spiegare una rimozione. La risposta più plausibile si rifà alla constatazione che la vergogna e la moralità sono le forze rimoventi, e che la prossimità in cui si trovano per natura gli organi sessuali non può non destare, al momento delle esperienze sessuali, anche il disgusto. Dove non esiste vergogna (come nelle persone di sesso maschile) o non c'è moralità (come nelle classi popolari più basse), dove il disgusto è smussato dalle condizioni dell'esistenza (come in campagna), non ci sarà alcuna rimozione, e quindi nessuna nevrosi risulterà dalla stimolazione sessuale infantile. Nondimeno io temo che questa spiegazione non regga a un esame più profondo. Non credo che la liberazione di dispiacere durante le esperienze sessuali sia il risultato di una fortuita mescolanza di certi fattori spiacevoli. L'esperienza di ogni giorno ci insegna che se la libido è sufficientemente grande non si prova disgusto e la morale viene superata, e ritengo che l'insorgere della vergogna sia connesso con l'esperienza sessuale mediante legami

¹ [Vedi il passaggio simile nel *Progetto di una psicologia* (1895) p. 255 e n. 3.]

² [Forse il primo accenno alla relazione fra perversione e nevrosi.]

piú profondi. La mia opinione è che vi debba essere una fonte indipendente che libera dispiacere nella vita sessuale: se questa fonte è presente, essa può attivare sensazioni di disgusto, rafforzare la moralità e così via. Mi riferisco al modello della nevrosi d'angoscia negli adulti, dove parimenti una quantità proveniente dalla vita sessuale che, altrimenti, avrebbe trovato altra utilizzazione nel processo sessuale provoca un disturbo nella sfera psichica. Fintantoché non possederemo una teoria esatta del processo sessuale, la questione dell'origine del dispiacere, attivo nella rimozione, rimarrà irrisolta.¹

Il corso della malattia nelle nevrosi da difesa è in generale sempre lo stesso: 1) l'esperienza sessuale (oppure la serie di esperienze) traumatica, prematura, che è da rimuovere; 2) la rimozione di questa esperienza in un'occasione posteriore che ne ridesta il ricordo, e nello stesso tempo la formazione di un sintomo primario; 3) una fase di difesa riuscita, che assomiglia alla salute, eccetto per l'esistenza del sintomo primario; 4) la fase in cui le rappresentazioni rimosse ritornano, ove durante la lotta tra queste e l'Io si formano nuovi sintomi, quelli della vera malattia, cioè una fase di adeguamento, di sopraffazione o di guarigione che reca in sé un difetto.²

Le principali differenze tra le singole nevrosi si rivelano nel modo in cui ritornano le rappresentazioni rimosse, altre si mostrano nella formazione dei sintomi e nel decorso della malattia. Ma il carattere specifico delle diverse nevrosi risiede nelle modalità di esecuzione della rimozione.

Il procedimento piú chiaro per me è quello della nevrosi ossessiva, poiché è la nevrosi che ho imparato a conoscere meglio.

La nevrosi ossessiva

In questo caso l'esperienza primaria si è accompagnata al piacere. Essa può essere stata attiva (nei bambini) o passiva (nelle bambine) senza perciò mescolarsi a dolore o a disgusto, il che nelle bambine implica in generale già una certa età (circa 8 anni). Questa espe-

¹ [Questo problema del "capovolgimento degli affetti" che si verifica nella rimozione tornerà spesso in Freud. Vedi ad esempio il *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901) p. 323 e *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) cap. 2.]

² [È, questa, la formula classica dello sviluppo di una nevrosi, che qui appare esposta per la prima volta. Sarà ripetuta oltre, in forma meno schematica, nelle *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896) p. 313, ed è implicita in quasi tutti gli scritti di Freud relativi alle nevrosi.]

rienza, quando viene piú tardi richiamata alla memoria, dà luogo a una liberazione di dispiacere, e precisamente sorge per prima un'autoaccusa, che è conscia. In realtà sembra che tutto il complesso psichico, ricordo e autoaccusa, sia dapprima cosciente. Piú tardi, senza alcun nuovo avvenimento, vengono entrambi rimossi e in loro vece si forma nella coscienza un sintomo di contrasto: una certa sfumata *scrupolosità*.

La rimozione può verificarsi perché il ricordo del piacere, quando viene riprodotto in età piú avanzata, libera di per sé dispiacere, cosa che sarebbe da spiegare con una teoria della sessualità. Ma le cose possono avvenire anche in altro modo. In tutti i miei casi di nevrosi ossessiva vi è stata a un'età molto precoce, anni prima dell'esperienza di piacere, un'esperienza puramente passiva, e questo non può essere un fatto accidentale.¹ Se è così, possiamo ritenere che sia il successivo scontrarsi di questa esperienza passiva con quella di piacere, a sovrapporre il dispiacere al ricordo del piacere e a rendere possibile la rimozione. In tal caso sarebbe una condizione clinica necessaria della nevrosi ossessiva che l'esperienza passiva si verifichi così presto da non poter impedire la formazione spontanea dell'esperienza di piacere. La formula sarebbe dunque:

Dispiacere-piacere-rimozione.

Il fattore determinante sarebbe la relazione cronologica delle due esperienze tra di loro e con la data della maturità sessuale.

Nella fase del ritorno del rimosso,² risulta che l'autoaccusa torna inalterata, ma raramente in modo da attrarre l'attenzione su di sé, restando perciò, per un certo tempo, come un puro senso di colpa senza contenuto. Essa di solito procede a collegarsi con un contenuto che è doppiamente distorto: quanto al tempo e all'oggetto; quanto al primo, perché viene riferito a un'azione contemporanea o futura, e quanto al secondo perché non significa l'evento reale, bensì un surrogato secondo la categoria dell'analogo, una sostituzione. Così la rappresentazione ossessiva è un prodotto di compromesso, esatto per quanto riguarda l'affetto e la categoria, ma falso per spostamento cronologico e sostituzione analogica.

L'affetto d'autoaccusa si può trasformare, attraverso vari stati psi-

¹ [Questa tesi sarà sostenuta nello scritto citato nella nota precedente; vedi oltre p. 312, n. 2.]

² [La prima apparizione dell'espressione "ritorno del rimosso"; vedi lo scritto sopra citato, p. 314, n. 1.]

chici, in altri affetti che, poi, penetrano nella coscienza piú distintamente: per esempio in *angoscia* (relativa alle conseguenze dell'azione alla quale si applica l'autoaccusa), in *ipocondria* (paura dei suoi effetti somatici), in *deliri di persecuzione* (paura delle sue conseguenze sociali), in *vergogna* (paura che la gente sappia), e cosí via.

L'Io cosciente sta di fronte alla rappresentazione ossessiva come a qualcosa di estraneo e non le presta fede, aiutato, sembra, dalla rappresentazione contrastante di scrupolosità formatasi molto tempo prima. In questo stadio l'Io può, di tanto in tanto, essere sopraffatto dall'ossessione, come, per esempio, quando è colpito da una forma di melanconia episodica. A parte questo, tutto lo stadio della malattia è occupato dalla lotta difensiva dell'Io contro l'ossessione; e ciò può produrre di per sé stesso nuovi sintomi, i sintomi della *difesa secondaria*. La rappresentazione ossessiva viene attaccata, come qualsiasi altra, dalla logica, quantunque la sua forza coattiva non possa essere vinta; i sintomi secondari sono un'intensificazione della scrupolosità, una coazione all'esame e alla conservazione. Altri sintomi secondari insorgono quando la coazione è trasferita agli impulsi motori diretti contro l'ossessione; come per esempio al rimuginare, al bere (*dipsomania*), al cerimoniale protettivo, alla *folie du doute*.

Qui si giunge, quindi, alla formazione di tre specie di sintomi:

- a) il sintomo primario di difesa: *scrupolosità*;
- b) i sintomi di compromesso della malattia: *ossessioni o affetti ossessivi*;
- c) i sintomi secondari di difesa: *rimuginare ossessivo, conservare ossessivo, dipsomania, cerimoniale ossessivo*.

Quei casi, nei quali il contenuto del ricordo non è diventato ammissibile alla coscienza per mezzo di una sostituzione, ma è diventato ammissibile l'affetto d'autoaccusa in seguito a trasformazione, dànno l'impressione di uno spostamento avvenuto lungo una catena di deduzioni. Io mi rimprovero di qualche cosa — ho paura che altre persone sappiano — mi vergogno quindi di fronte agli altri. Una volta rimosso il primo anello di questa catena, l'ossessione salta al secondo o terzo anello e ne risultano due forme di delirio di attenzione, le quali però, di fatto, appartengono alla nevrosi ossessiva. La lotta difensiva sbocca in una generalizzata mania del dubbio o nello sviluppo di una vita eccentrica con un numero indefinito di sintomi di difesa secondaria, se un tale sbocco ha successo.

Rimane aperto il problema se le rappresentazioni rimosse ritornino da sole, senza l'aiuto di nessuna forza psichica attuale, oppure se ne

abbiano bisogno come spinta per ritornare. Le mie esperienze indicano la seconda alternativa. Sembra che gli stati di libido attuale insoddisfatta usino la forza del loro dispiacere per risvegliare l'autoaccusa rimossa. Una volta che tale risveglio abbia avuto luogo e in conseguenza dell'influsso del rimosso sull'Io si sia formato un sintomo, il materiale rappresentativo rimosso naturalmente continua a operare per proprio conto, ma non cessa di dipendere, nelle oscillazioni della sua potenza quantitativa, dall'importo di tensione libidica presente in ogni momento. La tensione sessuale che, venendo soddisfatta, non ha tempo di convertirsi in dispiacere, non produce danno. I nevrotici ossessivi sono individui soggetti al pericolo che tutta la tensione sessuale che si genera in loro ogni giorno alla fine si converta in autoaccusa, o piuttosto in sintomi che da questa derivano, anche se al presente non riconoscerrebbero l'autoaccusa primaria.

La cura delle nevrosi ossessive può avere successo se noi annulliamo tutte le sostituzioni e le trasformazioni di affetto che hanno avuto luogo, finché l'autoaccusa primaria e l'esperienza alla quale essa appartiene possano essere liberate e collocate di fronte all'Io cosciente per un nuovo giudizio. Nel fare questo è necessario destreggiarsi attraverso un incredibile numero di rappresentazioni intermedie o di compromesso, le quali diventano ossessioni temporanee. Da ciò traiamo la più viva convinzione che è impossibile per l'Io dirigere sul rimosso quella parte di energia psichica cui è legato il pensiero cosciente. Le rappresentazioni rimosse, così è da credere, sono presenti e s'inseriscono senza inibizioni nell'esatto collegamento d'idee; la più semplice allusione è sufficiente, però, per risvegliarne il ricordo. Il sospetto che la "moralità" quale potenza rimosse sia solo un pretesto, è confermato dall'esperienza poiché, durante il lavoro terapeutico, la resistenza fa uso di ogni possibile motivo di difesa.

Paranoia

Mi sono ancora sconosciuti le condizioni cliniche e i rapporti di tempo di piacere e dispiacere nell'esperienza primaria. Ciò che io ho riconosciuto è il fatto della rimozione, il sintomo primario, lo stadio della malattia in quanto determinato dal ritorno delle rappresentazioni rimosse.

L'esperienza primaria sembra essere di natura simile a quella delle

nevrosi ossessive; la rimozione si verifica dopo che il ricordo, non si sa come, ha liberato dispiacere. Non si forma, tuttavia, alcuna autoaccusa poi rimossa, ma il dispiacere che insorge viene rivolto sul prossimo in accordo allo schema psichico della proiezione. Il sintomo primario che si forma è la diffidenza (ipersensitività verso gli altri). Con ciò è tolta fede all'autoaccusa [vedi p. 38].

Si suppone l'esistenza di forme diverse, a seconda che solo l'affetto sia stato rimosso mediante la proiezione o anche il contenuto dell'esperienza, insieme con esso. Pertanto ciò che ritorna può essere l'affetto penoso da solo, o accompagnato dal ricordo. Nel secondo caso, che è l'unico che conosco abbastanza bene, il contenuto dell'esperienza ritorna come un pensiero improvviso o come allucinazione visiva o sensoria. L'affetto rimosso sembra invariabilmente tornare sotto la forma di allucinazioni di voci.

I pezzi di memoria che ritornano sono distorti in quanto sostituiti con immagini analoghe del presente; cioè distorti solo mediante una sostituzione nel tempo e non mediante la formazione di un surrogato [vedi p. 52]. Le voci, similmente, richiamano l'autoaccusa sotto forma di un sintomo di compromesso; cioè, in primo luogo, distorte nell'espressione verbale al punto di divenire indecifrabili e trasformate in minacce, in secondo luogo riferite, invece che all'esperienza primaria, proprio alla diffidenza, ossia al sintomo primario.

Poiché è stata tolta fede all'autoaccusa primaria, essa è senza limiti alla mercé dei sintomi di compromesso. L'Io non sta di fronte a essi come a cose estranee, ma è incitato da essi a compiere tentativi di chiarificazione, che si potrebbero descrivere come *delirio di assimilazione*.¹

A questo punto, con il ritorno in forma distorta del rimosso, la difesa è subito fallita, e il delirio di assimilazione non può essere considerato come un sintomo di difesa secondaria, ma come l'inizio di una alterazione dell'Io, come espressione della sua sopraffazione. Il processo raggiunge la sua conclusione sia nella melanconia (senso della piccolezza dell'Io) — nella quale la fiducia rifiutata all'autoaccusa primaria è, secondariamente, accordata alle distorsioni — sia, ciò che è più frequente e grave, nella formazione di un *delirio protettivo* (delirio di grandezza), finché l'Io sia rimodellato completamente.

¹ [Nello scritto sopra citato, p. 327, vengono indicati come deliri "combinatori" o "d'interpretazione".]

L'elemento determinante della paranoia è il meccanismo di proiezione accompagnato dal rifiuto di credere all'autoaccusa. Di qui, le caratteristiche generali della nevrosi: il significato delle voci come il mezzo con il quale gli altri ci influenzano, nonché dei gesti che ci rivelano la loro vita mentale; e l'importanza del tono del discorso e delle allusioni, dato che il diretto riferimento del contenuto dei discorsi al ricordo rimosso è inammissibile alla coscienza.

Nella paranoia la rimozione ha luogo dopo che si è avuto un complicato processo cosciente di pensiero (rifiuto di credere). Questo fatto può forse indicare che si è verificata in un'età più avanzata di quanto avvenga nella nevrosi ossessiva e nell'isteria. Le premesse della rimozione sono senza dubbio le stesse. Rimane del tutto da determinare se il meccanismo della proiezione risieda interamente nella disposizione individuale, o se venga scelto secondo particolari fattori temporali e occasionali.

Quattro specie di sintomi:

- a) sintomi primari di difesa,
- b) sintomi di compromesso del ritorno,
- c) sintomi secondari di difesa,
- d) sintomi della sopraffazione dell'Io.

Isteria

L'isteria necessariamente presuppone un'esperienza primaria di dispiacere, cioè di natura passiva. La naturale passività sessuale delle donne spiega perché esse siano più inclini all'isteria. Ogni volta che ho riscontrato l'isteria negli uomini ho potuto notare una notevole passività sessuale nella loro anamnesi. Un'ulteriore condizione dell'isteria è che l'esperienza primaria di dispiacere non si verifichi prematuramente, allorché la liberazione di dispiacere è ancora troppo scarsa e quando, com'è ovvio, possono ancora succedere eventi piacevoli; si addivene allora solo alla formazione di ossessioni. Per questo motivo, negli uomini, spesso troviamo la combinazione di entrambe le nevrosi, o la sostituzione di un'isteria iniziale con una successiva nevrosi ossessiva. L'isteria comincia con la sopraffazione dell'Io, la paranoia vi conduce alla fine. La tensione è tanto elevata durante l'esperienza primaria di dispiacere, che l'Io non le resiste e non costruisce alcun sintomo psichico, ma è costretto a permettere una manifestazione di scarica: di solito un'eccessiva espressione dell'eccitamento. Questo primo stadio dell'isteria può essere definito come

isteria da spavento; il suo sintomo primario è la *manifestazione di spavento* accompagnata da una *lacuna psichica*. Non si sa ancora fino a quale età possa aver luogo questa prima sopraffazione isterica dell'Io.

Solo piú tardi, in relazione con il ricordo, si verificano la rimozione e la formazione dei sintomi di difesa, e da allora in poi nell'isteria la *difesa* e la *sopraffazione*, cioè la formazione di sintomi e lo scatenarsi di attacchi, possono combinarsi liberamente tra essi.

La rimozione non ha luogo mediante la formazione di una rappresentazione sovraintensa di contrasto,¹ ma mediante l'intensificazione di una rappresentazione di frontiera, la quale d'ora in poi sostituisce nel decorso del pensiero il ricordo rimosso. Può dirsi una *rappresentazione di frontiera* perché da un lato appartiene all'Io cosciente e dall'altro forma un pezzo non distorto del ricordo traumatico. Quindi, ancora una volta, è il risultato di un compromesso, il quale, tuttavia, non si manifesta in una sostituzione secondo qualche categoria topica, ma in uno spostamento dell'attenzione su di una serie di rappresentazioni collegate [al ricordo] per ragioni di contemporaneità. Se l'evento traumatico ha trovato uno sfogo per sé in una manifestazione motoria, sarà questa a diventare la rappresentazione di frontiera e il primo simbolo del rimosso. Non vi è quindi bisogno di ammettere che una rappresentazione venga repressa ogni volta che l'attacco primario si ripete; si tratta in primo luogo di una *lacuna nello psichico*.

¹ [Vedi sopra p. 13. n. 2.]

Architettura dell'isteria

Lo scopo sembra sia quello di arrivare alle scene primarie.² In alcuni casi vi si perviene direttamente, in altri solo per via indiretta attraverso le fantasie. Le fantasie infatti sono facciate psichiche costruite per sbarrare l'ingresso a questi ricordi.³ Nello stesso tempo, le fantasie sono al servizio della tendenza ad affinare i ricordi, a sublimarli. Esse sono costruite sulla base di cose udite e, successivamente, utilizzate; e quindi combinano esperienze vissute e cose udite, fatti passati (dalle vicende dei genitori e degli antenati) e cose viste coi propri occhi. Si comportano con le cose udite come i sogni con le cose viste. Infatti, nei sogni non sentiamo nulla, ma vediamo.

Ruolo delle ragazze di servizio

Dalla identificazione [da parte della donna] con queste persone di bassa morale, ricordate come materiale femminile di nessun valore tanto spesso in relazione sessuale col padre e col fratello, scaturisce un enorme peso sulla coscienza, con autoaccuse (furti, aborti); e in seguito alla sublimazione di queste ragazze nelle fantasie, figurano in queste stesse fantasie accuse assai inverosimili contro altre persone. Hanno come riferimento le ragazze di servizio anche la paura di divenir prostitute (paura di camminare sole per la strada), la paura che

¹ [Acclusa alla lettera del 2 maggio 1897.]

² [È la prima comparsa del termine "scena primaria" (Urszene), divenuto abituale in seguito: vedi *Dalla storia di una nevrosi infantile* (1914). Tale termine sostituisce la "scena sessuale" di cui Freud parlava l'anno precedente: vedi oltre *Etiologia dell'isteria* (1896) p. 345 e la lettera a Fliess del 30 maggio 1896.]

³ [Vedi una versione elaborata di questa tesi nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp 449-51.]

un uomo sia nascosto sotto il letto, e così via. Vi è una tragica giustizia nel fatto che la condiscendenza del capofamiglia per la domestica venga espiata dall'autoumiliazione della figlia.

Funghi

Una ragazza, l'estate scorsa, aveva paura di cogliere un fiore o persino un fungo, perché ciò andava contro il comandamento di Dio che non vuole che i germi di vita siano distrutti. All'origine di questo sta il ricordo di massime religiose della madre contro le precauzioni durante il coito, poiché esse portano alla distruzione di germi vitali. Le "spugne" (spugnette di Parigi)¹ erano esplicitamente menzionate a questo riguardo. L'identificazione con la madre era il contenuto principale della nevrosi.

Dolori

Non sono direttamente la sensazione di fissazione,² ma la deliberata ripetizione di essa. Il bambino urta contro uno spigolo, un mobile ecc., e così mette i suoi genitali a contatto con esso, per ripetere una scena nella quale la parte che è ora dolorante, ed era stata allora premuta contro lo spigolo, ha servito alla fissazione.

Molteplicità delle personalità psichiche

Il fatto dell'identificazione permette forse di prendere questa frase alla lettera.

Avvolgere

Continuazione della storia del fungo. La ragazza esige che ogni oggetto che le veniva porto fosse avvolto. (Condom.)

Differenti redazioni di fantasie. C'è anche ricollegamento [all'esperienza originale]?

Quando un paziente desidera essere ammalato e si aggrappa ai suoi dolori, ciò avviene regolarmente perché la sofferenza viene considerata come arma protettiva contro la propria libido, e cioè perché

¹ [Una forma di preventivo. In tedesco, Schwamm significa sia "fungo" che "spugna".]

² [Fissazione, cioè, di un istinto a un oggetto.]

non ha fiducia in sé stesso. In questa fase il sintomo mnestico diventa sintomo difensivo: le due correnti attive si uniscono. In precedenti stadi il sintomo era una conseguenza della libido, un sintomo provocatorio; può darsi che, fra di essi, le fantasie servano alla difesa.

È possibile seguire via, tempo e materiale di formazione delle fantasie, formazione che è poi del tutto simile a quella dei sogni, solo che non vi è alcuna regressione¹ ma soltanto una progressione nella raffigurazione. [Rapporto] tra sogni, fantasie e riproduzione.

Ancora un sogno di desiderio

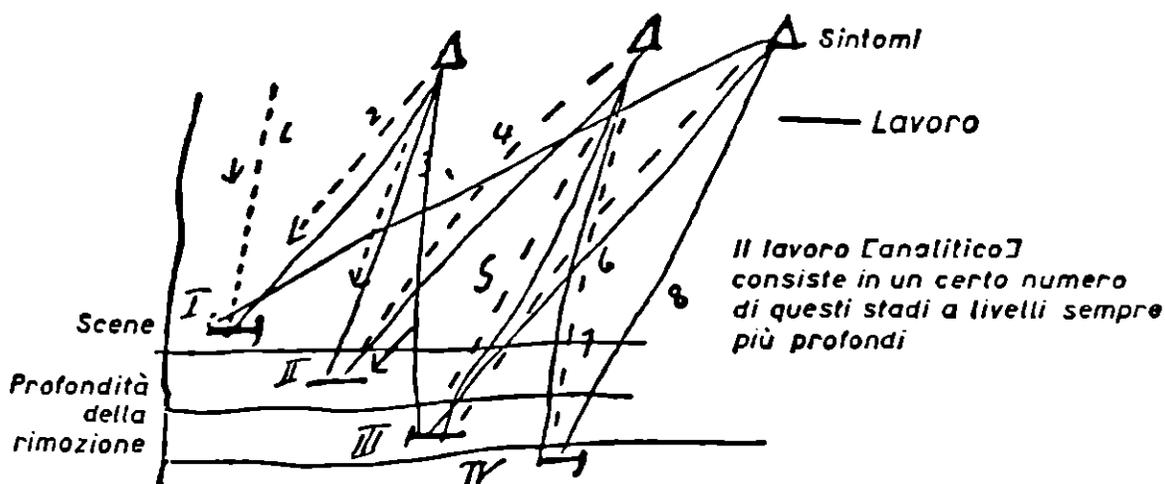
“Questo dev’essere un sogno di desiderio”, dice E. “Sognai che, proprio mentre arrivavo a casa con una signora, venivo arrestato da un poliziotto che m’intimava di salire su una carrozza. Gli ho chiesto di darmi il tempo di sistemare i miei affari eccetera.” — “Altri dettagli?” — “Ho fatto il sogno al mattino, dopo che avevo trascorso la notte con questa signora.” — “Era molto spaventato?” — “No.” — “Sa di che cosa lo si accusasse?” — “Sì, di aver ucciso un bambino.” — “C’è un rapporto con qualcosa di reale?” — “Ho avuto una volta la responsabilità di un aborto in seguito a una relazione, e non ci torno volentieri col pensiero.” — “Bene, non era accaduto nulla durante la mattina, prima che facesse il sogno?” — “Sì, mi ero svegliato e avevo avuto un coito.” — “Con precauzioni?” — “Sì, ritirandomi.” — “Dunque aveva paura di aver fatto un bambino e il sogno mostra il compimento del suo desiderio che nulla fosse accaduto, di aver cioè soffocato il bambino in germe. Lei ha impiegato l’eccitamento angoscioso che deriva da questo genere di coito come materiale onirico.”²

¹ [È la prima comparsa del termine *Regression*. Sulle vicende del concetto e del termine, vedi oltre il *Progetto di una psicologia* (1895) p. 242, n. 3.]

² [Un resoconto molto più dettagliato di questo sogno, attribuito non a un paziente, ma a “un intelligente giurista di mia conoscenza”, è nell’*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 149-51.]

Architettura dell'isteria

Probabilmente è così: alcune scene sono accessibili direttamente, altre solo attraverso le fantasie sovrapposte.² Le scene sono ordinate secondo l'aumento della resistenza: quelle più leggermente rimosse vengono alla luce prima, ma solo in modo incompleto a causa della loro associazione con quelle severamente rimosse. Il cammino seguito dal lavoro [di analisi] scende a spirale dapprima alle scene o alle loro immediate vicinanze; poi, da un sintomo, più sotto; quindi di nuovo da un sintomo, ancora più in basso. Poiché la maggioranza delle scene converge solamente su pochi sintomi, il nostro cammino segue ripetute spirali attraverso i pensieri di fondo dei medesimi sintomi [fig. 4].



[Figura 4. Nell'originale tutte le linee tratteggiate, le frecce e i numeri sono in rosso, così come la parola Lavoro e il tratto che la precede.]

¹ [Acclusa alla lettera del 25 maggio 1897.]

² [Vedi la lettera a Fliess del 2 maggio 1897.]

Rimozione

È da sospettare che l'elemento propriamente rimosso sia sempre il femminile; ed è confermato dal fatto che le donne, non meno degli uomini, ammettono più facilmente esperienze con donne piuttosto che con uomini. Ciò che gli uomini propriamente rimuovono è l'elemento pederastico.

Fantasie

Le fantasie insorgono dall'intreccio inconscio di cose sperimentate e udite, secondo certe inclinazioni. Queste inclinazioni mirano a rendere inaccessibile il ricordo dal quale i sintomi si sono generati o possono generarsi. La formazione di fantasie avviene per fusione e distorsione, in modo analogo alla decomposizione di un corpo chimico che deve combinarsi con un altro. Il primo tipo di distorsione consiste in una falsificazione del ricordo mediante frammentazione, ove sono trascurati soprattutto i rapporti cronologici (le correzioni cronologiche sembrano propriamente dipendere dall'attività del sistema della coscienza¹). Un frammento di cosa vista è poi congiunto con un frammento di cosa udita, a formare una fantasia, mentre il frammento lasciato libero va incontro a un altro legame. In questo modo una loro connessione originaria non può più essere rintracciata. Attraverso la costruzione di fantasie di questo genere (in periodi di eccitamento) i sintomi mnestici cessano. Al loro posto si presentano drammatizzazioni inconscie che non sono soggette alla difesa. Se l'intensità di tale fantasia aumenta al punto da minacciare di forzare l'ingresso nella coscienza, la fantasia soggiace alla rimozione e si genera un sintomo per riflusso impetuoso dalla fantasia sui ricordi che la costituiscono.

Tutti i sintomi di angoscia (fobie) derivano in questo modo dalle fantasie. Così, tuttavia, semplifichiamo i sintomi. Un terzo movimento in avanti e un terzo modo di formare i sintomi, proviene forse dalla formazione di impulsi.

Tipi di spostamenti di compromesso

Spostamento per associazione: isteria.

Spostamento per somiglianza (concettuale): nevrosi ossessiva, ca-

¹ [Per un precedente accenno simile al problema dell'ordine cronologico, vedi oltre *Etiologia dell'isteria* (1896) p. 358 n.]

ratteristica per il luogo della difesa (forse anche per il tempo).

Spostamento causale: paranoia.

Decorso tipico

Vi sono buone ragioni per sospettare che il risveglio del rimosso non sia lasciato al caso ma segua le leggi dello sviluppo. Inoltre, che la rimozione proceda all'indietro partendo dal materiale recente e colpisca prima gli ultimi eventi.

Differenza tra le fantasie nell'isteria e nella paranoia

Queste ultime sistematiche, tutte in armonia; le prime, indipendenti le une dalle altre, anche contraddittorie, dunque isolate, sorte come automaticamente (per via chimica). Questo, e l'indifferenza per le caratteristiche cronologiche, sono senza dubbio essenziali per distinguere tra l'attività nel preconscious e nell'inconscious.

Rimozione nell'inconscious

Non è sufficiente prendere in considerazione la rimozione tra il preconscious e l'inconscious, bensì anche la normale rimozione all'interno del sistema unconscious stesso. Molto importante, ma ancora assai oscuro.

È la più bella delle speranze, quella di poter determinare il numero e la specie delle fantasie così come possiamo fare con le "scene". Un romanzo di estraniamento (vedi la paranoia¹), quale si trova abitualmente, serve a illegittimare i parenti ai quali ci si riferisce. L'agorafobia sembra dipendere da un romanzo di prostituzione, che anch'esso di nuovo riconduce a questo romanzo familiare. Una donna che non vuole uscire da sola afferma, quindi, l'infedeltà della madre.

¹ [Anche nella lettera a Fliess del 24 gennaio 1897 Freud afferma che nella paranoia la megalomania si combina con un mito sulle proprie origini familiari. Successivamente Freud estese queste fantasie ai nevrotici in generale: vedi *Il romanzo familiare dei nevrotici* (1908).]

Impulsi

Gli impulsi ostili verso i genitori (desiderio della loro morte) sono anch'essi parte integrante delle nevrosi. Essi si rivelano alla coscienza sotto forma di rappresentazioni ossessive. Nella paranoia, ciò che vi è di piú malvagio nel delirio di persecuzione (diffidenza patologica verso governanti e monarchi) corrisponde a questi impulsi. Essi vengono rimossi in periodi nei quali è viva la compassione per i genitori, al momento di una loro malattia o della loro morte. Allora, è una manifestazione del lutto farsi rimproveri per la loro morte (la cosiddetta "melanconia") o punirsi in modo isterico, tramite l'idea della retribuzione, ammalandosi della loro stessa malattia. L'identificazione che ha così luogo non è altro, come possiamo vedere, che un modo di pensare e non rende superfluo indagarne il motivo.²

Sembra che nei figli questo desiderio di morte sia diretto verso il padre e nelle figlie verso la madre.³ La giovane domestica ne opera la traslazione augurando la morte alla sua padrona in modo che il padrone la possa sposare (vedi il sogno di Lisl su Martha e me).⁴

Rapporto tra impulsi e fantasie

I ricordi sembrano biforcarsi: una parte viene scartata e sostituita da fantasie, un'altra parte, piú accessibile, sembra condurre direttamente a impulsi. È forse possibile che, in seguito, scaturiscano impulsi anche dalle fantasie?

¹ [Acclusa alla lettera del 31 maggio 1897.]

² [Il meccanismo già indicato figurerà in *Lutto e melanconia* (1915).]

³ [Forse il primo accenno al complesso edipico, che cinque mesi dopo diventerà esplicito nella lettera a Fliess del 15 ottobre 1897.]

⁴ [Del sogno di Lisl, governante nella famiglia Freud, non è rimasta traccia.]

Analogamente, la nevrosi ossessiva e la paranoia potrebbero derivare ex aequo dall'isteria, ciò che spiegherebbe l'incompatibilità di queste due affezioni.

Trasferimento della certezza

Credere (o dubitare) è un fenomeno che appartiene interamente al sistema dell'Io (C) e non riguarda minimamente l'Inc.¹ Nelle nevrosi la certezza è spostata, rifiutata al rimosso che cerchi di riprodursi, e come per punizione trasferita al materiale difensivo. Titania,² che non vuole amare Oberon, suo marito legittimo, deve per questo riversare il suo amore su un asino, oggetto della sua fantasia.

Poesia e "fine frenzy"

Il meccanismo della creazione poetica è lo stesso delle fantasie isteriche. Goethe unì in Werther qualcosa di vissuto, il suo amore per Lotte Kästner, e qualcosa di cui aveva sentito parlare, il destino del giovane Jerusalem, morto suicida. Probabilmente accarezzò l'idea di suicidarsi e in questo trovò un punto di contatto e s'identificò con Jerusalem, a cui prestò i suoi motivi, derivati dalla sua storia d'amore. Per mezzo di questa fantasia egli si protesse contro le conseguenze della sua esperienza.

Così Shakespeare aveva ragione di accostare poesia e delirio (*fine frenzy*).

Motivi della formazione dei sintomi

Ricordare non è mai un motivo, ma solo una via, un metodo. Cronologicamente, il primo motivo per la formazione dei sintomi è la libido. Quindi il sintomo, come il sogno, è un appagamento di desiderio.³

In stadi più tardivi la difesa contro la libido ha occupato un posto anche nell'Inc. L'appagamento di desiderio deve accontentare questa difesa inconscia. Ciò si verifica quando un sintomo, sotto forma di punizione (per un maligno impulso) o di sfiducia, può agire come

¹ [Ricorrono in questa minuta per la prima volta quelle abbreviazioni che Freud userà poi abitualmente per sottolineare i "sistemi". C = conscio; Inc = inconscio; Prec = pre-conscio (in tedesco, rispettivamente, Bw (Bewusst), Ubw (Unbewusst), Vbw (Vorbewusst).]

² [Shakespeare, *Sogno di una notte d'estate*, atto 3, scena 1.]

³ [La definizione era già stata data nel *Progetto di una psicologia* (1895), vedi oltre p. 243.]

autoimpedimento. I motivi della *libido* e dell'appagamento di desiderio sotto forma di punizione si sommano. Alla tendenza generale verso l'abreazione e l'irruzione del rimosso, qui evidente, si uniscono gli altri due motivi. Parrebbe che, negli stadi piú tardivi, da una parte si spostino complicate strutture psichiche (impulsi, fantasie, motivi) dai ricordi, dall'altra parte la *difesa*, proveniente dal *Prec* (l'*Io*), si insinui nell'inconscio, rendendo anche la *difesa multiloculare*.

La formazione dei sintomi per mezzo dell'identificazione è legata alle fantasie, cioè alla loro rimozione nell'*Inc*, analogamente all'alterazione dell'*Io* nella paranoia [p. 55]. Poiché lo scoppio dell'angoscia è legato a queste fantasie rimosse, dobbiamo concludere che la trasformazione della *libido* in angoscia non si verifica per la difesa tra *Io* e *Inc*, ma nell'*Inc* stesso. Esiste perciò anche una *libido di Inc*.

La rimozione degli impulsi non sembra generare angoscia, bensí depressione: melanconia. Quindi le melanconie si ricollegano alle nevrosi ossessive.

Definizione del "sacro"

Il "sacro" si basa sul fatto che gli uomini hanno sacrificato, per il vantaggio di una piú vasta comunità, una parte della loro libertà sessuale e di perversione. L'orrore dell'incesto (qualcosa di empio) è basato sul fatto che, formando una comunità sessuale (anche in epoca infantile), i membri di una famiglia rimarrebbero permanentemente uniti e incapaci di legarsi a estranei. Quindi l'incesto è antisociale, e la civilizzazione consiste in questa progressiva rinuncia. Al contrario: il "superuomo".¹

¹ [Gli spunti di questo paragrafo saranno sviluppati in molti scritti successivi; vedi ad esempio *La morale sessuale "civile" e il nervosismo moderno* (1908), e *Il disagio della civiltà* (1929) § 7.]

ALCUNE CONSIDERAZIONI
PER UNO STUDIO COMPARATO
DELLE PARALISI MOTORIE
ORGANICHE E ISTERICHE

1893

Avvertenza editoriale

Prima di lasciare Parigi, dopo il suo viaggio di studio dell'inverno 1885-86, Freud aveva discusso con Charcot sulla opportunità di scrivere un lavoro per dimostrare la diversità che presentano le paralisi isteriche da quelle organiche. Freud fece riferimento a tale progetto nella *Relazione sul suo viaggio*, scritta al ritorno (vedi il vol. 1 della presente edizione, pp. 1-14), indicando (p. 11) il titolo in tedesco (*Vergleichung der hysterischen mit der organischen Symptomatologie*) e annunciando che il lavoro sarebbe apparso negli "Archives de Neurologie", pubblicati da Charcot.

Circa la paternità dell'idea di un tale lavoro Freud diede versioni contrastanti. In una nota (alla pagina 278) della sua traduzione delle *Lezioni del martedì alla Salpêtrière*, iniziata nel 1892, Freud dice che Charcot, di sua iniziativa, lo avrebbe incaricato di effettuare questo lavoro. Nella *Autobiografia* del 1924 afferma invece di aver egli presentato un tale progetto a Charcot, il quale non vi avrebbe dato soverchia importanza. Anche due lettere del febbraio 1886 da Parigi alla futura moglie, non pubblicate ma citate da E. Jones, *Vita e opere di Freud*, trad. A. e M. Novelletto (Il Saggiatore, Milano 1962) vol. 1, pp. 287 sg., confermerebbero la tesi di una iniziativa originale di Freud.

Freud fece lezione su questo argomento nel suo corso all'Università del 1887 (lettera a Fliess del 10 luglio 1893), scrisse un primo abbozzo del lavoro nel maggio 1888 (lettera a Fliess del 28 maggio 1888) e annunciò nell'agosto di quell'anno (lettera a Fliess del 29 agosto 1888) di essere sul punto di terminarlo. Ma stranamente pubblicò l'articolo solo nel 1893.

James Strachey dà la seguente spiegazione, a cui ci atteniamo per la datazione del lavoro. Soltanto i primi tre paragrafi, a carattere più neurologico, sarebbero stati scritti nel 1888 o prima, mentre l'ultimo paragrafo, più psicologico, è del 1893, se non altro perché cita la "Comunicazione preliminare" in collaborazione con Breuer, pubblicata all'inizio di quell'anno.

Il lavoro apparve in francese sotto il titolo *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies organiques et hystériques*, Ar-

chives de Neurologie, vol. 26 (77), 29-43 (luglio 1893), pochi giorni prima della morte di Charcot. Esso è il primo di tre articoli (tutti contenuti nel presente volume) scritti da Freud direttamente in francese. Fu ripubblicato nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 30-44; nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 273-89, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 39-55. Freud lo ha riassunto al N. 28 dei *Sommari dei lavori scientifici*, riportati più avanti. La traduzione è di Adele Campione.

Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche

Charcot, del quale sono stato allievo nel 1885-86, ritenne, a quell'epoca, di affidarmi l'incarico di effettuare uno studio comparato sulle paralisi motorie organiche e isteriche, studio basato sulle osservazioni rilevate alla Salpêtrière e che sarebbe potuto servire a cogliere alcuni caratteri generali della nevrosi per giungere a un'interpretazione della sua natura. Motivi accidentali e personali mi hanno per lungo tempo impedito di seguire il suo suggerimento; inoltre, per il momento desidero riportare soltanto alcuni risultati delle mie ricerche, tralasciando quindi i particolari necessari per una dimostrazione completa delle mie opinioni.

1.

Sarà necessario cominciare con qualche osservazione sulle paralisi motorie organiche, così come sono del resto universalmente ammesse. La neurologia distingue due specie di paralisi motorie, la paralisi *periferico-spinale* (o bulbare) e la paralisi *cerebrale*. Questa distinzione concorda perfettamente con i dati dell'anatomia del sistema nervoso, i quali ci dimostrano come nel percorso delle fibre motorie vi siano soltanto due tratti: il primo, che dalla periferia giunge alle cellule delle corna anteriori del midollo, e il secondo, che da qui raggiunge la corteccia cerebrale. La nuova istologia del sistema nervoso, cioè quella fondata sui lavori di Golgi, Ramón y Cajal, Kölliker e altri, esprime questo fatto dicendo: "il tragitto delle fibre di conduzione motoria è costituito da due *neuroni* (unità nervose cellulo-fibrillari) che si incontrano ed entrano in relazione a livello delle cellule dette motorie delle corna anteriori". La differenza essenziale tra questi due tipi di paralisi è, dal punto di vista

clinico, la seguente: la *paralisi periferico-spinale* è una *paralisi* di dettaglio (*détailée*), la *paralisi cerebrale* è una *paralisi* globale (*en masse*).¹

Al primo tipo appartengono la *paralisi* del nervo facciale che si verifica nella *paralisi* di Bell, la *paralisi* da poliomielite acuta del bambino, e simili. Orbene, in queste affezioni, ogni muscolo (e si potrebbe quasi dire ogni fibra muscolare) può essere paralizzato individualmente e isolatamente. Ciò non dipende che dalla sede e dall'estensione della lesione nervosa, né vi sono regole fisse per le quali un elemento nervoso periferico sfugga alla *paralisi*, mentre l'altro ne sia colpito in modo costante.

La *paralisi* cerebrale, al contrario, è sempre un'affezione che colpisce una gran parte della periferia, un arto o un segmento di questo, un apparato motorio complesso. Essa non colpisce mai un singolo muscolo, per esempio il bicipite del braccio, il solo muscolo tibiale ecc., e se vi sono casi che apparentemente fanno eccezione a questa regola (per esempio, la ptosi corticale), è chiaro che si tratta di muscoli che esplicano da soli una funzione di cui sono l'unico strumento.

Nella *paralisi* cerebrale a carico degli arti è possibile notare che i segmenti distali vengono colpiti più di quelli prossimali; la mano, per esempio, è più paralizzata della spalla. Non esiste, che io sappia, una *paralisi* cerebrale a carico della sola spalla, nella quale la mano conservi la sua motilità, mentre, nelle *paralisi* che non siano totali, si osserva, di regola, il contrario.

In un mio studio critico sull'afasia, pubblicato nel 1891,² ho tentato di dimostrare come la causa di questa importante differenza tra *paralisi* periferico-spinale e *paralisi* cerebrale debba ricercarsi nella struttura del sistema nervoso. Ad ogni elemento periferico corrisponde un elemento del midollo che, come afferma Charcot, ne costituisce la terminazione nervosa; la periferia è, per così dire, proiettata sulla sostanza grigia del midollo, punto per punto, elemento per elemento. Io ho proposto di chiamare *paralisi di proiezione* la *paralisi détailée* periferico-spinale. Diversamente avviene per quanto si riferisce alle relazioni tra gli elementi del midollo e quelli della corteccia. Il numero delle fibre conduttrici non sarebbe più sufficiente a fornire una seconda proiezione della periferia sulla corteccia. Si deve quindi supporre che ciascuna delle fibre che va

¹ [Nel sommario di questo articolo che Freud farà nel 1897 (vedi oltre p. 384), non tradurrà in tedesco questi termini. Anche noi nel seguito li manterremo in francese.]

² S. FREUD, *Zur Auffassung der Aphasien* (Vienna 1891).

dal midollo alla corteccia non rappresenti piú un solo elemento periferico, ma piuttosto un gruppo di questi, e che, a sua volta, un elemento periferico possa corrispondere a diverse fibre spino-corticali. Il fatto è che esiste un cambiamento di disposizione in corrispondenza del punto di connessione dei due segmenti del sistema motorio. Io affermo perciò che la periferia non è fedelmente riprodotta sulla corteccia punto per punto, cioè non vi è piú una proiezione vera e propria, ma vi è una relazione mediata da fibre per cosí dire rappresentative, e propongo quindi che, per la paralisi cerebrale, venga usato il termine di *paralisi di rappresentanza*.¹

Naturalmente, quando la paralisi di proiezione è totale e molto estesa, essa pure realizza una paralisi *en masse*, perdendo in tal modo il suo principale carattere distintivo. D'altra parte, la paralisi corticale, che si distingue fra le paralisi cerebrali per una sua maggiore tendenza alla dissociazione, presenta costantemente il carattere di una paralisi di rappresentazione.

Le altre differenze tra paralisi di proiezione e paralisi di rappresentanza sono ben note; tra esse, ricordo l'integrità del trofismo [muscolare] e dell'eccitabilità elettrica che vi è connessa. Benché importantissimi dal punto di vista clinico, questi segni non hanno tuttavia la stessa portata teorica che va attribuita al primo carattere differenziale da noi rilevato: paralisi *détaillée* o *en masse*.

Si è spesso attribuito all'isteria la capacità di *simulare* le piú disparate affezioni nervose organiche. Si tratta di stabilire, in particolare, se essa simuli i caratteri dei due tipi di paralisi organiche, cioè se, cosí come avviene nella sintomatologia organica, vi siano paralisi isteriche di proiezione e paralisi isteriche di rappresentanza. A questo proposito, si rivela immediatamente una prima, importante differenza: l'isteria non simula mai le paralisi periferico-spinali o di proiezione; le paralisi isteriche possono avere soltanto il carattere delle paralisi organiche di rappresentanza. Questo è un fatto molto interessante, poichè la paralisi di Bell, la paralisi radiale ecc. sono affezioni tra le piú comuni del sistema nervoso.

È opportuno notare, al fine di evitare ogni possibile confusione, che io mi riferisco soltanto alla paralisi isterica flaccida e non alla contrattura isterica. Mi pare infatti impossibile sottomettere alle

¹ ["Rappresentanza", ossia "relazione mediata", traduce il francese *représentation*, che nel sommario del 1897 (vedi nota precedente) Freud renderà col tedesco *Repräsentation*. "Rappresentazione" ha invece per noi tutt'altro significato, vedi oltre in questo stesso scritto la nota a p. 82.]

stesse leggi la paralisi e la contrattura isterica. Soltanto a proposito delle paralisi isteriche flaccide si può sostenere il principio che esse non colpiscono mai un solo muscolo (ad eccezione dei casi in cui questo sia anche lo strumento unico di una funzione), che esse sono sempre paralisi *en masse* e che, sotto questo aspetto, esse corrispondono alla paralisi di rappresentanza o cerebrale organica. Inoltre, per quanto si riferisce al trofismo delle parti paralizzate e alla loro eccitabilità elettrica, la paralisi isterica presenta gli stessi caratteri della paralisi cerebrale organica.

Se però la paralisi isterica si riallaccia in tal modo alla paralisi cerebrale e, in particolare, a quella corticale in quanto questa presenta una maggiore tendenza alla dissociazione, essa non manca tuttavia di differenziarsene per alcuni importanti caratteri. Prima di tutto essa, contrariamente a quanto si nota costantemente nelle paralisi cerebrali organiche, non soggiace alla legge per cui il segmento periferico è sempre più colpito del segmento centrale. Nell'isteria, la spalla o la coscia possono essere più paralizzate della mano o del piede. Le dita possono cominciare a muoversi mentre il segmento centrale rimane ancora inerte. L'induzione artificiale di una paralisi isolata della coscia, della gamba, eccetera, non presenta la minima difficoltà, e anche nella pratica clinica si osservano queste paralisi isolate con una certa frequenza, e ciò in contrasto con le regole della paralisi cerebrale organica.

Da questo importante punto di vista, la paralisi isterica è, per così dire, una forma intermedia tra la paralisi di proiezione e la paralisi di rappresentanza organica. Se non possiede tutti i caratteri di dissociazione e di isolamento propri della prima, tuttavia essa è ben lungi dall'andare soggetta alle rigide leggi che reggono la seconda, la paralisi cerebrale. Nei limiti precisati, è possibile sostenere che la paralisi isterica è anch'essa una paralisi di rappresentanza, ma di uno speciale tipo di rappresentanza, la cui caratteristica va ancora ricercata.¹

¹ Per inciso farò notare che un importante carattere della paralisi isterica della gamba, che Charcot ha posto in rilievo sulla base delle osservazioni di Todd, cioè il fatto che l'isterico trascini la gamba come se si trattasse di un peso morto, a differenza del normale emiplegico che ne effettua la circonduzione sull'anca, può essere facilmente chiarito dalle caratteristiche particolari alla nevrosi da me menzionata. Nell'emiplegico organico, la parte centrale dell'arto è sempre parzialmente risparmiata; il paziente può muovere l'anca e la utilizza per quel movimento di circonduzione che fa avanzare la gamba. Nell'isteria, la parte prossimale (l'anca) non gode di questo privilegio; essa è completamente colpita dalla paralisi quanto la parte periferica e, di conseguenza, la gamba deve essere trascinata in blocco.

[Charcot nelle *Lezioni del martedì della Salpêtrière* (1887-88) cita R. B. Todd, *Clinical*

2.

Volendo procedere in questo senso, mi propongo ora di studiare gli altri tratti distintivi esistenti tra paralisi isterica e paralisi corticale, che è il piú perfetto tipo di paralisi cerebrale organica. Il primo di questi caratteri distintivi consiste nel fatto, già menzionato, che la paralisi isterica può essere molto piú dissociata, sistematizzata, della paralisi cerebrale. Nell'isteria i sintomi della paralisi organica appaiono come spezzettati. Della comune emiplegia organica (paralisi dell'arto superiore e inferiore e del facciale inferiore), l'isteria riproduce soltanto la paralisi degli arti e inoltre dissocia, con altrettanta frequenza e facilità, la paralisi del braccio da quella della gamba, sotto forma di monoplegia. Della sindrome dell'afasia organica, essa riproduce la sola afasia motoria isolata e, cosa che sarebbe inaudita per l'afasia organica, può realizzare un'afasia totale (motoria e sensoria) per una data lingua, senza per altro minimamente intaccare la facoltà di comprendere e di articolare un'altra lingua, cosí come ho potuto osservare in alcuni casi inediti.¹ Questa stessa capacità di dissociazione si manifesta nelle paralisi isolate di un segmento dell'arto, con integrità completa delle altre parti dell'arto stesso, oppure nell'abolizione totale di una funzione (abasia-astasia) con integrità di un'altra funzione eseguita dagli stessi organi.² Questa dissociazione è tanto piú sorprendente quando la funzione risparmiata è la piú complessa. Nella sintomatologia organica, infatti, quando vi sia un indebolimento ineguale di diverse funzioni, la funzione maggiormente colpita per effetto della paralisi è sempre la piú complessa, cioè quella di posteriore acquisizione.

La paralisi isterica presenta poi un ulteriore carattere differenziale, che, quale marchio della nevrosi, viene ad aggiungersi al primo. Come già intesi dire da Charcot, l'isteria è, in sostanza, una malattia caratterizzata da manifestazioni eccessive e avente una tendenza a produrre i propri sintomi con la maggiore intensità possibile. Si tratta di un carattere che compare non soltanto nelle paralisi, ma anche nelle contratture e nelle anestesie. Si sa che le contratture isteriche

Lectures on Paralysis, certain Diseases of the Brain, and other Affections of the Nervous System (Londra, 1ª ed. 1854). Freud aveva già rilevato questa caratteristica nel suo scritto *Osservazione di un caso grave di emianestesia in un paziente isterico* (1886) p. 30.]

¹ [Uno di questi è senza dubbio il caso della signorina Anna O., di Breuer, incluso poi negli *Studi sull'isteria* (1892-95) cap. 2.]

² [Questa osservazione, come altre di questo scritto, figura già nell'articolo sull'*Isteria* (1888) p. 49, confermandone l'attribuzione a Freud.]

possono condurre a un grado di distorsione che difficilmente si può ritrovare nella sintomatologia organica. Sappiamo inoltre quanto frequenti sono, nell'isteria, quelle anestesi assolute, profonde, di cui le lesioni organiche possono riprodurre soltanto una pallida ombra. Lo stesso dicasi per le paralisi. Spesso esse sono assolute quanto più non sarebbe possibile; l'afasico isterico non proferisce una sola parola, mentre quasi sempre l'afasico organico può ancora dire qualche sillaba, "sí" o "no", un'imprecazione ecc.; il braccio paralizzato è assolutamente inerte ecc. Questo carattere è troppo noto per considerarlo più a lungo. Per contro, si sa che, nella paralisi organica, è assai più frequente la paresi che non la paralisi assoluta.

La paralisi isterica è dunque esattamente circoscritta ed eccessivamente intensa; queste due caratteristiche si presentano contemporaneamente, ed è proprio qui che l'isteria maggiormente contrasta con la paralisi cerebrale organica, nella quale costantemente si osserva che questi due caratteri non si associano mai. È pur vero che le monoplegie compaiono anche nella sintomatologia organica, ma si tratta quasi sempre di monoplegie a potiori e non esattamente delimitate. Se il braccio risulta paralizzato per una lesione corticale organica, sono contemporaneamente colpiti, sia pure in minor misura, anche il facciale e la gamba, e se questa complicazione a un certo punto scompare, ciò non toglie che essa sia certamente esistita all'inizio dell'affezione. La monoplegia corticale è sempre, a dire il vero, un'emiplegia, di cui l'uno o l'altro elemento può essere più o meno attenuato, ma pur sempre riconoscibile. Volendo andare più in là, supponiamo che la paralisi non abbia colpito alcun'altra parte all'infuori del braccio, che si tratti di una monoplegia corticale pura: si rileva allora che la paralisi ha un'intensità moderata. Appena però questa monoplegia aumenterà in intensità e diverrà una paralisi assoluta, perderà il suo carattere di monoplegia pura e sarà accompagnata da disturbi motori della gamba o del volto. Essa non può divenire assoluta e contemporaneamente rimanere delimitata.

La paralisi isterica è invece perfettamente in grado di realizzare proprio questo, come ogni giorno ci mostra la pratica clinica. Per esempio, essa può colpire esclusivamente il braccio senza che sia possibile trovarne alcuna traccia nella gamba o nel volto. Inoltre, a livello del braccio essa è grave quanto può esserlo una paralisi, e in ciò si differenzia dalla paralisi organica in modo sorprendente e tale da offrire ampio materiale di riflessione.

Naturalmente vi sono casi di paralisi isterica di non eccessiva in-

tensità nei quali il fenomeno della dissociazione non presenta nulla di rilevante. Riconoscibili per determinati altri loro caratteri, si tratta comunque di casi che non recano l'impronta tipica di questa nevrosi e che inoltre, non potendo in alcun modo illuminarci sulla natura di essa, non presentano il minimo interesse per quanto si riferisce al problema di cui ci stiamo occupando.

Riporterò ora alcune considerazioni di secondaria importanza e che forse esulano alquanto dai limiti del tema qui trattato.

Noterò, da principio, che le paralisi isteriche si accompagnano ad alterazioni della sensibilità assai più spesso di quanto non avvenga nelle paralisi organiche e che, generalmente, queste alterazioni sono più profonde e più frequenti nella nevrosi che nella sintomatologia organica. Non vi è nulla di più comune dell'anestesia o dell'analgesia isterica. Non si dimentichi, per contro, con quale tenacia la sensibilità riesca a persistere nei casi di lesioni nervose. Sezionando un nervo periferico, si noterà che l'estensione e l'intensità dell'anestesia saranno decisamente inferiori al previsto. Se i nervi spinali o i centri del midollo vengono colpiti da flogosi, la funzione principalmente compromessa risulta essere sempre la motilità, mentre la sensibilità sarà risparmiata o soltanto ridotta, perché in determinate regioni permangono sempre elementi nervosi che non sono andati interamente distrutti. Ugualmente note sono, nei casi di lesione cerebrale, la frequenza e la durata dell'emiplegia motoria; la concomitante emianestesia, oltre a non comparire in tutti i casi, è invece irrilevante e transitoria. Soltanto alcune particolarissime localizzazioni (quadri-vo sensitivo) possono produrre una diminuzione grave e duratura della sensibilità ed anche ciò è tutt'altro che certo.

Un tale comportamento della sensibilità, che varia a seconda si tratti di lesioni organiche o di isteria, non è per il momento spiegabile. Sembra che si tratti di un problema la cui soluzione potrebbe forse illuminarci sull'intima natura di tali processi.

Altro punto che mi sembra degno di rilievo è il fatto che alcune forme di paralisi cerebrale non trovano corrispondenza nell'isteria, così come si verifica per le paralisi periferico-spinali di proiezione. Menzionerò prima di tutto la paralisi del facciale inferiore, cioè la più frequente manifestazione di un'affezione organica del cervello e, se mi è consentito passare brevemente al campo delle paralisi sensoriali, l'emianopsia laterale omonima. Mi rendo conto che è quasi assurdo voler affermare che questo o quel sintomo non compaiono nell'isteria, dal momento che le ricerche di Charcot e dei suoi allievi

scoprono nell'isteria, si potrebbe dire ogni giorno, sintomi nuovi, finora insospettati. Ma devo attenermi ai dati attuali. La paralisi facciale isterica è energicamente contestata da Charcot e, anche a voler credere ai suoi sostenitori, è un fenomeno di estrema rarità. L'emianopsia non è stata ancora osservata nell'isteria e, credo, non lo sarà mai.

Ora, per quale ragione le paralisi isteriche, pur simulando ben da vicino le paralisi corticali, se ne differenziano per quei tratti distintivi che ho cercato di elencare? E qual è il carattere generale della speciale rappresentanza alla quale esse vanno ricondotte? La risposta a tale quesito costituirebbe una parte non piccola e importante della teoria della nevrosi.

3.

Non sussiste il minimo dubbio sugli elementi che condizionano la sintomatologia della paralisi cerebrale: essi sono fatti anatomici, cioè la struttura del sistema nervoso, la distribuzione dei suoi vasi, e la relazione intercorrente tra queste due serie di fatti e le circostanze della lesione. Abbiamo detto che la differenza tra la paralisi di proiezione e quella di rappresentanza è basata sul fatto che le fibre che vanno dal midollo alla corteccia sono numericamente inferiori rispetto alle fibre che vanno dalla periferia al midollo. Inoltre, ogni particolare clinico della paralisi di rappresentanza può essere spiegato da un particolare della struttura cerebrale e, viceversa, la struttura del cervello può essere dedotta dai caratteri clinici delle paralisi. Noi crediamo esista un parallelismo perfetto tra queste due serie.

Così, se la paralisi cerebrale comune presenta solo una scarsa tendenza alla dissociazione, ciò è dovuto al fatto che le fibre di conduzione motoria, essendo estremamente ravvicinate per tutto un lungo tratto del loro percorso intracerebrale, non possono essere singolarmente colpite. Se la paralisi corticale presenta invece una maggiore tendenza alle monoplegie, ciò è dovuto al fatto che il fascio conduttore brachiale, crurale, eccetera, aumenta di diametro approssimandosi alla corteccia. Se, fra tutte le paralisi corticali, la paralisi della mano è la più completa, ciò deriva, secondo noi, dal fatto che la relazione crociata tra l'emisfero e la periferia è, per la mano, più esclusiva di quanto non lo sia per ogni altra parte del corpo. Dal momento che il segmento periferico di un arto risulta più paralizzato del segmento centrale, noi supponiamo che le fibre

rappresentative del segmento periferico siano assai piú numerose di quelle del segmento centrale, di modo che l'influenza corticale assume per il primo un'importanza superiore a quella del secondo. Il fatto che le lesioni relativamente estese della corteccia non siano in grado di produrre una monoplegia pura ci permette di concludere che i centri motori corticali non sono nettamente isolati gli uni dagli altri mediante territori neutri, oppure che vi sono azioni a distanza (*Fernwirkungen*)¹ che annullerebbero l'effetto di una precisa separazione dei centri.

Allo stesso modo, se l'afasia organica presenta sempre un miscuglio di disturbi di diverse funzioni, ciò può essere spiegato dal fatto che tutti i centri del linguaggio sono nutriti dalle branche di una stessa arteria, oppure, accettando l'opinione da me espressa nel mio studio critico sull'afasia, perché non si tratta di centri separati, ma di un territorio continuo di associazione. Ad ogni modo, vi è sempre una ragione di origine anatomica.

Le notevoli associazioni che la pratica clinica tanto spesso permette di rilevare nelle paralisi corticali: afasia motoria ed emiplegia destra, alessia ed emianopsia destra, si spiegano col fatto che i centri lesi si trovano vicini gli uni agli altri. La stessa emianopsia, sintomo che appare veramente strano e singolare per chi non possieda una preparazione scientifica, non è comprensibile se non prendendo in considerazione l'incrocio delle fibre del nervo ottico nel chiasma, di cui l'emianopsia è l'espressione clinica, così come tutti i particolari delle paralisi cerebrali sono l'espressione clinica di un fatto anatomico.

Poiché la vera anatomia cerebrale non può essere che una, e una soltanto, e poiché essa viene espressa dai caratteri clinici delle paralisi cerebrali, è evidentemente impossibile che questa anatomia possa spiegare i tratti distintivi della paralisi isterica. Per tale motivo non si possono quindi riferire all'anatomia cerebrale conclusioni basate sulla sintomatologia di queste paralisi.

Certo è che, per ottenere questa difficile spiegazione, è indispensabile indirizzarsi alla natura della lesione. Nelle paralisi organiche, la natura della lesione ha un'importanza secondaria; i caratteri della paralisi organica che abbiamo messo in rilievo sono piuttosto dovuti, date le condizioni della struttura del sistema nervoso, alla estensione e alla localizzazione della lesione. Quale dunque potrà essere la natura di quella lesione che, nella paralisi isterica, può da

¹ [La precisazione in tedesco è nell'originale.]

sola dominare tutta la situazione, indipendentemente dalla localizzazione, dall'estensione della lesione stessa e dall'anatomia del sistema nervoso?

Charcot ci ha insegnato in piú occasioni che si tratta sí di una lesione corticale, ma puramente dinamica o funzionale. È una tesi il cui aspetto negativo si comprende bene. Ciò equivale ad affermare che all'autopsia non si troveranno alterazioni di rilievo nei tessuti; ma, da un punto di vista piú positivo, la sua interpretazione non può non prestarsi a equivoci. Che cos'è dunque una lesione dinamica? Sono ben certo che molti di coloro i quali leggono le opere di Charcot ritengono che la lesione dinamica sia sí una lesione, ma una lesione di cui non resta piú traccia nel cadavere, cosí come avviene per l'edema, l'anemia, l'iperemia attiva. Ma queste, benché non necessariamente persistenti dopo la morte, per lievi e transitorie che siano, sono lesioni organiche vere e proprie. È necessario che le paralisi prodotte da lesioni di questo tipo siano partecipate di tutti i caratteri della paralisi organica. L'edema o l'anemia non sarebbero in grado, piú dell'emorragia o del rammollimento, di produrre la dissociazione e l'intensità delle paralisi isteriche. La sola differenza starebbe nel fatto che la paralisi da edema, da costrizione vascolare e via dicendo, dovrebbe essere meno persistente della paralisi dovuta a distruzione del tessuto nervoso. A parte ciò, queste paralisi hanno in comune tutte le altre condizioni; da parte sua, l'anatomia del sistema nervoso determinerà le proprietà della paralisi tanto nei casi di anemia transitoria, quanto nei casi di anemia permanente e definitiva.

Non credo che queste osservazioni siano del tutto gratuite. Quando si legge che "deve esserci una lesione isterica" in questo o quel centro (lo stesso centro nel quale la lesione organica avrebbe prodotto la sindrome organica corrispondente), quando si ricorda che ci si è abituati a localizzare la lesione isterica dinamica al modo stesso della lesione organica, si è portati a credere che sotto l'espressione "lesione dinamica" si celi l'idea di una lesione del tipo dell'edema o dell'anemia, le quali, per la verità, sono affezioni organiche transitorie. Per contro, io affermo che la lesione delle paralisi isteriche deve essere del tutto indipendente dall'anatomia del sistema nervoso, dal momento che *l'isteria, nelle sue paralisi e in altre sue manifestazioni, si comporta come se l'anatomia non esistesse per nulla o come se essa non ne avesse alcuna conoscenza.*¹

¹ [Vedi la stessa affermazione nel citato articolo *Isteria* (1888) p. 51.]

Un buon numero di caratteri delle paralisi isteriche giustifica veramente questa affermazione. L'isteria ignora la distribuzione dei nervi, ed è questo il motivo per cui non simula le paralisi periferico-spinali o di proiezione; non conosce il chiasma dei nervi ottici e, di conseguenza, non produce l'emianopsia. Essa considera gli organi nel senso volgare, popolare del loro nome: la gamba è la gamba fino al suo inserirsi nell'anca; il braccio è l'arto superiore così come si profila sotto gli abiti. Non vi è motivo di anettere alla paralisi del braccio la paralisi del facciale. L'isterico che non sa parlare non ha alcun motivo per dimenticare la comprensione del linguaggio, dal momento che, nella nozione popolare, l'afasia motoria e la sordità verbale non hanno alcuna parentela, e così via. A questo proposito, non posso che aderire pienamente alle vedute che Janet ha esposto negli ultimi numeri degli "Archives de Neurologie"; le paralisi isteriche ne forniscono la prova, allo stesso modo delle anestesi e dei sintomi psichici.

4.

Tenterò infine di indicare come potrebbe essere la lesione che è la causa delle paralisi isteriche. Non dico che mostrerò come essa sia in realtà; si tratta soltanto di indicare la direttiva di pensiero che può condurre a una concezione che non contrasti con le proprietà della paralisi isterica, in quanto questa differisce dalla paralisi cerebrale organica.

Prenderò l'espressione "lesione funzionale o dinamica" nel suo senso proprio, vale a dire: "alterazione della funzione o del dinamismo", alterazione di una proprietà funzionale. Un'alterazione di questo tipo potrebbe, per esempio, essere costituita dalla diminuzione dell'eccitabilità o di una proprietà fisiologica che in condizioni normali resta costante o varia entro limiti determinati.

Ma, si dirà, l'alterazione funzionale non è altro che questo, non è che un altro aspetto dell'alterazione organica. Supponiamo che il tessuto nervoso si trovi in uno stato di transitoria anemia: questa circostanza ne diminuirà il grado di eccitabilità; è impossibile evitare di prendere in considerazione le lesioni organiche che ne deriverebbero.

Cercherò di dimostrare che può esservi alterazione funzionale senza lesione organica concomitante, o perlomeno senza lesione grossolana palpabile, dimostrabile anche all'indagine più delicata. In altri ter-

mini, apporterò un appropriato esempio di alterazione funzionale primaria, chiedendo, a questo scopo, soltanto di passare nel campo della psicologia, ciò che è inevitabile quando si tratta di isteria.

Io affermo, con Janet, che nelle paralisi isteriche, così come nelle anestesie ecc., ciò che entra in gioco è la rappresentazione¹ banale, popolare degli organi e del corpo in generale. Tale rappresentazione non si basa su una conoscenza approfondita dell'anatomia del sistema nervoso, bensì sulle nostre percezioni tattili e, soprattutto, visive. Se è essa che determina i caratteri della paralisi isterica, è ben necessario che la stessa paralisi ignori e sia del tutto indipendente da ogni nozione relativa all'anatomia del sistema nervoso. La lesione della paralisi isterica sarà dunque, per esempio, un'alterazione della rappresentazione, dell'idea del braccio. Ma di quale tipo è mai questa alterazione per essere in grado di produrre la paralisi?

Considerata da un punto di vista psicologico, la paralisi del braccio consiste nel fatto che la rappresentazione del braccio non può entrare in associazione con le altre idee che costituiscono l'Io, di cui il corpo dell'individuo è una parte importante. La lesione sarebbe dunque *l'abolizione dell'accessibilità associativa della rappresentazione del braccio*. Il braccio si comporta come se non esistesse per nulla per il gioco delle associazioni. Certamente, se le condizioni materiali che corrispondono alla rappresentazione del braccio sono profondamente alterate, anche questa rappresentazione andrà perduta; ma ho però il compito di mostrare che essa può risultare inaccessibile pur senza essere distrutta e senza che il suo substrato materiale (il tessuto nervoso della corrispondente regione corticale) sia leso.

Comincerò con alcuni esempi tratti dalla vita sociale. Si narra il caso, ben comico, di un suddito fedele il quale non volle più lavarsi la mano, perché il suo re l'aveva toccata. La relazione tra questa mano e l'idea del re sembra avere una tale importanza per la vita psichica di questo individuo, che questi rifiuta che la sua mano entri in qualsiasi altro tipo di relazione. Obbediamo a questo stesso impulso quando rompiamo il bicchiere con il quale abbiamo brindato alla salute degli sposi; nell'antichità, le tribù selvagge, quando il capo moriva, insieme al suo cadavere bruciavano il suo cavallo, le sue armi e perfino le sue mogli, in obbedienza all'idea secondo la quale nessuno, dopo di lui, doveva più toccare le cose da lui possedute. Il

¹ [Conception, in francese. Senza dubbio Freud aveva in mente il tedesco *Vorstellung* = rappresentazione (contenuto concreto di un atto di pensiero).]

motivo di tutte queste azioni è ben chiaro. Il valore affettivo¹ che noi attribuiamo alla prima associazione di un dato oggetto, rifugge da farlo entrare in una nuova associazione con un altro oggetto, rendendone quindi la rappresentazione inaccessibile all'associazione.²

Non si tratta di un semplice paragone ma quasi della stessa cosa quando passiamo alla psicologia delle rappresentazioni. Se la rappresentazione del braccio è legata a un'associazione di grande valore affettivo, essa risulterà inaccessibile al libero gioco delle altre associazioni. Il braccio risulterà paralizzato in proporzione al grado di persistenza di questo valore affettivo o al diminuire di esso per effetto di adeguati mezzi psichici. Questa è la soluzione del problema da noi esaminato, poiché in tutti i casi di paralisi isterica si rivela che l'organo paralizzato o la funzione soppressa sono coinvolti in un'associazione subconscia³ dotata di grande valore affettivo, e si può mostrare che il braccio si libera non appena scompare questo valore affettivo. La rappresentazione del braccio esiste dunque nel substrato materiale, ma non è accessibile alle associazioni e agli impulsi coscienti in quanto tutta la sua affinità associativa è per così dire saturata in un'associazione subconscia col ricordo dell'evento, del trauma che ha prodotto la paralisi stessa.⁴

Il primo a insegnarci che, per spiegare la nevrosi isterica, bisogna rivolgersi alla psicologia, è stato Charcot. Il suo esempio è stato seguito da Breuer e da me in una "Comunicazione preliminare".⁵ In tale memoria noi dimostriamo che i sintomi permanenti dell'isteria cosiddetta non traumatica sono spiegabili (stigmati⁶ a parte) dallo stesso meccanismo che Charcot ha scoperto nelle paralisi traumatiche. Ma noi diamo anche la ragione per cui questi sintomi persistono e possono essere guariti adottando un metodo speciale di psicoterapia ipnotica. Ogni avvenimento, ogni impressione psichica presenta un certo ammontare affettivo (*Affektbetrag*),⁷ del quale l'Io si libera o per la

¹ [*Valeur affective*. Vedi la nota 7 in questa stessa pagina.]

² [Freud si varrà di questa concezione per spiegare un aspetto della teoria della formazione dei sogni. Vedi *L'interpretazione dei sogni* (1899) p. 513.]

³ [Uno dei pochissimi esempi dell'uso della parola in Freud. Vedi in proposito *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 210 n.]

⁴ [Vedi il caso della signora Emmy von N. negli *Studi sull'isteria*, pp. 248 sg., dove a sostegno della concezione qui espressa è citato il sintomo dell'anorexia.]

⁵ Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici [divenuto successivamente il primo capitolo degli *Studi sull'isteria*].

⁶ [Vedi *Studi sull'isteria*, p. 186 n.]

⁷ [La precisazione in tedesco è nell'originale. In francese: *valeur affective* (da noi sopra tradotto "valore affettivo"). Sui termini *Affektbetrag* e *Affektwert* (usato da Breuer) vedi una nota negli *Studi sull'isteria*, p. 359.]

via della reazione motoria, o mediante un lavoro psichico associativo. Se l'individuo non può o non vuole liberarsi dell'eccedenza, il ricordo di questa impressione assumerà l'importanza di un trauma e diventerà la causa di sintomi permanenti d'isteria. L'impossibilità dell'eliminazione si impone quando l'impressione resta nel subconscio. Noi abbiamo chiamato questa teoria: *Das Abreagiren der Reizzuwächse*.¹

Riassumendo, penso che ben si accordi con il nostro punto di vista generale sull'isteria (quale si è potuto formare sulla base degli insegnamenti di Charcot) il fatto che nelle paralisi isteriche la lesione consista esclusivamente nell'inaccessibilità della rappresentazione dell'organo o della funzione alle associazioni dell'Io cosciente; questa alterazione puramente funzionale (con integrità della rappresentazione stessa) è causata dalla fissazione di questa rappresentazione in un'associazione subconscia con il ricordo del trauma; la rappresentazione non può divenire libera e accessibile finché l'ammontare affettivo del trauma psichico non venga eliminato dalla reazione motoria adeguata o dal lavoro psichico cosciente. Ma anche se questo meccanismo non si produce, se nella paralisi isterica deve sempre esserci un'idea autosuggestiva diretta, come nei casi traumatici di Charcot, siamo riusciti a mostrare di quale natura dovrebbe essere nella paralisi isterica la lesione, o piuttosto l'alterazione, per spiegare le differenze che intercorrono fra la paralisi isterica e la paralisi organica cerebrale.

¹ [In tedesco nell'originale. "L'abreagire degli incrementi di stimolo." Il termine "abreagire" era stato introdotto per la prima volta nella "Comunicazione preliminare", vedi p. 180 nel primo volume di questa edizione. L'espressione qui usata ricorre solo in pochissime altre occasioni (vedi lo scritto successivo, p. 98, n. 3, e *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17) lez. 18); più spesso in questi anni Freud e Breuer adottano il termine *Erregungszuwachs* = incremento di eccitamento (vedi, nel primo volume di questa edizione, pp. 146, 155, 347, e vedi sopra p. 21).]

MECCANISMO PSICHICO DEI FENOMENI ISTERICI

1893

Avvertenza editoriale

È questa una conferenza tenuta da Freud l'11 gennaio 1893 alla Società medica viennese, e pubblicata col titolo *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene*, Wiener medizinische Presse, vol. 34 (4), 121-26 e (5), 165-67 (22 e 29 gennaio 1893). Là essa apparve con la indicazione "del Dott. Josef Breuer e Dott. Sigmund Freud". Ciò era dovuto al fatto che la conferenza era contemporanea alla "Comunicazione preliminare": *Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, firmata da entrambi gli autori e pubblicata a Berlino e a Vienna nello stesso gennaio (vedi, nella presente edizione, vol. 1, p. 163). Fu però Freud solo a parlare nella conferenza e a rivederne il testo stenografico.

Questo scritto non fu più ripubblicato. La traduzione è di Laura Schwarz.

Il contenuto è assai simile a quello della "Comunicazione preliminare", salvo forse il rilievo dato alla connessione con la teoria delle nevrosi traumatiche di Charcot. La particolare devozione personale di Freud per Charcot, che traspare anche in questa conferenza, è un ulteriore elemento per considerare la conferenza opera esclusiva di Freud.

Vi è pure nella conferenza un cenno a quel principio della costanza dell'eccitamento psichico che era apparso nel terzo degli *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"* (1892) e che invece non è più menzionato nella stessa "Comunicazione preliminare".

Meccanismo psichico dei fenomeni isterici¹

Signori, sono qui oggi di fronte a voi per parlarvi di un lavoro la cui prima parte è già apparsa nel "Zentralblatt für Neurologie" sotto il nome di Josef Breuer e mio. Come potete vedere dal titolo, il lavoro tratta della patogenesi dei sintomi isterici, e sostiene che le cause immediate della formazione di sintomi isterici vanno cercate nell'ambito della vita psichica.

Ma prima di inoltrarmi nel contenuto di questo lavoro comune, devo spiegarvi la posizione che esso occupa e accennare all'autore e alla scoperta da cui, per lo meno essenzialmente, abbiamo preso lo spunto, anche se poi il nostro contributo ha seguito una via del tutto indipendente.

Come voi sapete, o signori, tutti i nostri progressi nella comprensione e nella conoscenza dell'isteria derivano dall'opera di Charcot che, fra il 1880 e il 1885, ha cominciato a rivolgere l'attenzione alla "grande nevrosi", come la chiamano i francesi, cioè all'isteria. In una serie di ricerche egli è giunto a dimostrare l'esistenza di una regolarità e di leggi là dove un'osservazione clinica inadeguata o svogliata non aveva visto altro che simulazione o incomprensibile disordine. Si può dire che tutto ciò che negli ultimi tempi abbiamo imparato di nuovo sull'isteria risale più o meno direttamente ai suoi spunti. Ma fra le numerose opere di Charcot nessuna, a mio avviso, è più importante di quella in cui egli ci ha insegnato a comprendere le paralisi traumatiche che insorgono nell'isteria; e poiché il nostro lavoro si pone proprio come una prosecuzione di quell'opera, desidero esporvi ancora una volta particolareggiatamente questo argomento.

¹ Conferenza tenuta dal dottor Sigmund Freud a una riunione del "Wiener medizinischer Club" l'11 gennaio 1893. Dal resoconto stenografico originale della "Wiener medizinische Presse" riveduto dall'autore. [Nota apposta alla pubblicazione originale.]

Prendiamo il caso di una persona colpita da un trauma, che prima non sia mai stata malata in vita sua e che forse non porti neppure alcuna tara ereditaria. Il trauma deve soddisfare a certe condizioni: dev'essere grave, cioè rientrare in un tipo che implichi l'idea di un pericolo di vita, di una minaccia per l'esistenza: ma non dev'essere grave nel senso di implicare la cessazione dell'attività psichica, altrimenti non produce l'effetto che noi ci attendiamo. Così, ad esempio, non deve implicare una commozione cerebrale, oppure lesioni veramente gravi. Inoltre il trauma deve essere particolarmente collegato con una determinata parte del corpo. Supponiamo che una grossa trave di legno colpisca un operaio alla spalla. Il colpo lo getta a terra, ma presto egli si convince che non è accaduto nulla di grave e se ne va a casa con una lieve contusione. Dopo alcune settimane o alcuni mesi svegliandosi un mattino egli osserva che il braccio, che era stato oggetto del trauma, gli pende flaccido e paralizzato, pur avendo nel frattempo, in quello che possiamo chiamare il periodo d'incubazione, funzionato perfettamente bene. Se si tratta di un caso tipico, possono insorgere accessi peculiari: cioè, dopo un'aura,¹ l'individuo cadrà improvvisamente a terra, in preda a un violento delirio, e se in questo delirio egli parlerà, si potrà dedurre da quanto dice che in lui si ripete la scena dell'incidente, arricchita forse da vari contenuti fantastici. Che cosa è accaduto? come si può spiegare questo fenomeno?

Charcot spiega questo processo riproducendolo, cioè provocando artificialmente la paralisi in un paziente. Per questo ha bisogno di un paziente che si trovi già in uno stato isterico; occorrono inoltre la condizione d'ipnosi e il metodo della suggestione. Egli induce il paziente in uno stato d'ipnosi profonda e gli dà un lieve colpo al braccio; il braccio cade, è paralizzato, e mostra proprio gli stessi sintomi che ricorrono nella paralisi traumatica spontanea. Il colpo può anche essere sostituito da una suggestione verbale diretta: "Guarda, il tuo braccio è paralizzato!"; anche in questo caso la paralisi presenta le stesse caratteristiche.

Proviamo a porre a confronto i due casi: qui un trauma, là una suggestione traumatica; il risultato finale, la paralisi, è in entrambi i casi identico. Se il trauma del primo caso può essere sostituito nel secondo da una suggestione verbale, è logico supporre che anche nella paralisi traumatica spontanea ci fosse una rappresen-

¹ [Le sensazioni che preannunciano un attacco isterico o epilettico.]

tazione di questo genere alla radice della paralisi. E in effetti molti pazienti riferiscono che nel momento del trauma ebbero veramente la sensazione che il loro braccio fosse sfracellato. Se fosse così, il trauma potrebbe veramente essere del tutto equiparato alla suggestione. Ma manca ancora un terzo elemento per completare l'analogia. Perché la rappresentazione "il tuo braccio è paralizzato" potesse veramente provocare una paralisi nel paziente, era necessario che questi si trovasse in stato d'ipnosi. Ora, anche se l'operaio non si trovava in stato d'ipnosi, possiamo tuttavia supporre che durante il trauma egli si trovasse in una speciale condizione psichica, che Charcot è incline ad assimilare alla condizione, artificialmente provocata, dell'ipnosi. Così stando le cose, la paralisi traumatica spontanea è completamente spiegata ed equiparata a quella provocata con l'ipnosi, e la genesi del sintomo è inequivocabilmente determinata dalle circostanze del trauma.

Charcot ha inoltre ripetuto lo stesso esperimento anche per spiegare le contratture e i dolori che insorgono nell'isteria traumatica, e a mio parere mai, come in questo problema, Charcot è penetrato così a fondo nell'intelligenza dell'isteria. Ma la sua analisi si ferma qui, ed egli non ci dice nulla sul come sorgano gli altri sintomi, e soprattutto nulla apprendiamo sulla causa dei sintomi isterici nell'isteria comune, non traumatica.

Signori, circa nello stesso tempo in cui Charcot chiariva in questo modo le paralisi istero-traumatiche, il dottor Breuer, fra il 1880 e il 1882, prese in cura una giovane donna che, senza un'etiologia traumatica, aveva contratto un'isteria grave e complicata, con paralisi, contratture, disturbi del linguaggio e della vista e ogni sorta di peculiarità psichiche, mentre curava suo padre ammalato.¹ Questo caso manterrà una posizione importante nella storia dell'isteria, perché fu il primo in cui il medico riuscì a chiarire tutti i sintomi della condizione isterica, ad apprendere l'origine di ognuno di essi e, al tempo stesso, a trovare il modo per farli scomparire: si potrebbe dire che questo fu il primo caso d'isteria resa intellegibile. Il dottor Breuer tenne per sé le conclusioni che si potevano trarre da questo caso fino a che ebbe la certezza che non si trattava di un caso isolato. Quando nel 1886 io ritornai da un periodo di studi compiuti

¹ [È il caso della signorina Anna O., che sarà poi descritto negli *Studi sull'isteria* (1892-95) cap. 2.]

presso Charcot, cominciai a osservare attentamente, in stretta collaborazione con Breuer, un gran numero di pazienti isterici, esaminandoli da questo punto di vista: potei così riscontrare che il comportamento di quella prima paziente era in effetti tipico, e che le conclusioni giustificate in quel caso si potevano applicare a un gran numero, se non alla totalità degli isterici.

Il nostro materiale consisteva di casi di isteria comune, cioè non traumatica; noi procedevamo in modo da indagare, a proposito di ogni sintomo preso isolatamente, le circostanze nelle quali esso si era presentato per la prima volta, cercando in tal modo di farci un'idea chiara anche sulla causa scatenante che forse poteva averlo determinato. Ora, non crediate che si tratti di un lavoro facile: interrogando i pazienti su questo punto, per lo più non si ottiene da principio alcuna risposta. In una minoranza di casi, i pazienti hanno i loro buoni motivi per non dire ciò che sanno, ma, in un maggior numero di casi, essi in realtà non hanno la minima idea sul contesto in cui si inseriscono i loro sintomi. Il metodo che permette di ottenere qualche informazione è assai difficile, ed è il seguente. Si deve ipnotizzare il paziente e interrogarlo poi sull'origine di un determinato sintomo, chiedendogli quando è apparso per la prima volta, e che cosa egli ricorda in proposito. Quando il paziente si trova in questa condizione, il ricordo di cui non disponeva da sveglia riaffiora. Abbiamo così imparato che, per dirla in termini grossolani, dietro la maggior parte o forse anche la totalità dei fenomeni isterici si cela un'esperienza accentuata affettivamente, e che inoltre questa esperienza è di tal genere da rendere immediatamente intelleggibile il sintomo cui essa si riferisce; e che quindi questo sintomo, ancora una volta, ha una determinazione univoca. Se mi permettete di equiparare questa esperienza accentuata affettivamente alle gravi esperienze traumatiche sottostanti all'isteria traumatica, posso già ora formulare il primo principio cui siamo arrivati: *c'è un'analogia completa fra la paralisi traumatica e l'isteria comune, non traumatica. L'unica differenza è che in un caso ha operato un grave trauma, mentre nell'altro raramente si può riscontrare l'azione di un singolo avvenimento grave: piuttosto una serie di impressioni affettive, un'intera storia di sofferenze. Ma non c'è alcuna forzatura nell'equiparare questa storia di sofferenze, che risulta il fattore determinante dell'isteria, con quell'incidente che si riscontra nell'isteria traumatica: nessuno infatti oggi mette più in dubbio che anche nel grave trauma meccanico dell'isteria trau-*

matica non è il fattore meccanico a produrre quell'effetto, ma l'affetto di paura, il trauma psichico. La prima conseguenza che se ne può trarre è dunque che lo schema esplicativo dell'isteria traumatica, come è stato delineato da Charcot per le paralisi isteriche, è applicabile in generale a tutti i fenomeni isterici, o perlomeno alla loro grande maggioranza: abbiamo sempre a che fare con l'effetto di traumi psichici, i quali determinano in modo univoco la natura dei sintomi che poi si manifestano.

Vorrei citare qui qualche esempio, cominciando da un caso in cui si sono manifestate delle contratture. La paziente di Breuer da me menzionata, durante tutto il tempo della sua malattia manifestava una contrattura al braccio destro. Emerse durante l'ipnosi che, prima di ammalarsi, ella aveva subito il seguente trauma: sedeva semiassopita al capezzale del padre ammalato col braccio penzolante dalla spalliera della seggiola; il braccio le si addormentò, e in quel momento ella ebbe una spaventosa allucinazione, che cercò invano di stornare con il braccio addormentato. Questo le provocò un violento spavento e per il momento tutto terminò lì. Fu solo con l'insorgere dell'isteria che comparve la contrattura al braccio.¹ In un'altra paziente riscontrai che, mentre parlava, ogni tanto faceva schioccare la lingua, producendo un suono simile al verso dell'urogallo in amore.² Avevo osservato questo sintomo da mesi, considerandolo un tic; solo quando mi accadde di interrogarla sotto ipnosi sull'origine di questo sintomo, risultò che quel rumore era comparso per la prima volta in due occasioni, in entrambe le quali la paziente si era fermamente proposta di non fare assolutamente alcun rumore. Una volta era stato mentre curava il suo bambino gravemente ammalato (l'assistenza ai malati ricorre spesso nell'etiologia dell'isteria), e si era proposta di non svegliarlo con alcun rumore, dato che si era appena addormentato. Ma la paura di far rumore si trasformò in azione (controvolontà isterica!)³ e, premendo fra loro le labbra, essa fece quello schiocco con la lingua. Lo stesso sintomo ricomparve molti anni più tardi, una volta che similmente si era proposta di mantenere un silenzio assoluto, e da allora in poi

¹ [Vedi *Studi sull'isteria*, pp. 204 sg.]

² [È il caso della signora Emmy von N., negli *Studi sull'isteria*. Per questo sintomo vedi ivi pp. 218 e 221 n. Il verso dell'urogallo è simile a un ticchettio che finisce con uno schiocco e un sibilo.]

³ [Vedi il fenomeno illustrato dallo stesso esempio, in *Un caso di guarigione ipnotica* (1892) pp. 129 sgg.]

non scomparve piú. Spesso un'unica causa immediata non basta per fissare un sintomo, ma se questo stesso sintomo si ripresenta parecchie volte accompagnato da un determinato affetto, allora si fissa e diviene cronico.

Uno dei sintomi piú comuni dell'isteria è una combinazione di anoressia e di vomito. Conosco una serie di casi in cui il verificarsi di questo sintomo trova una facile spiegazione. Cosí per esempio in una paziente il vomito divenne cronico dopo aver letto, una volta, una lettera offensiva immediatamente prima di mettersi a tavola, vomitando poi l'intero pasto. In altri casi la sitofobia si può riportare con certezza al fatto che l'istituto della tavola comune ci costringe a volte a mangiare assieme a persone che detestiamo. Il disgusto si trasferisce allora dalla persona al cibo. A questo proposito presentava un particolare interesse la donna col tic, di cui vi ho parlato prima, che mangiava straordinariamente poco e solo dietro grande pressione. Durante la sua ipnosi, venni a sapere che questo sintomo, la sitofobia, era stato prodotto da tutta una serie di traumi psichici.¹ Da bambina era costretta da una madre assai severa a mangiare la carne che aveva rifiutato a mezzogiorno due ore dopo, quando era fredda e il grasso si era tutto coagulato. Lei ne provava grande disgusto e ne conservò poi il ricordo, tanto che, anche in seguito, quando non era piú soggetta a questa punizione, all'ora del pasto era sempre colta dalla nausea. Dieci anni piú tardi mangiò per un certo periodo con un parente che era tifico e durante i pasti sputava continuamente nella sputacchiera che stava al di là della tavola. Qualche tempo dopo fu costretta a mangiare con un parente che sapeva affetto da una malattia contagiosa. Anche la paziente di Breuer si comportò per un certo tempo come se fosse idrofoba, e nell'ipnosi risultò dipendere dal fatto che una volta, senza aspettarlo, aveva visto un cane bere da un suo bicchiere.²

Anche l'insonnia o il sonno disturbato sono spesso sintomi suscettibili della spiegazione piú precisa. Cosí, per esempio, una donna per anni non riuscì ad addormentarsi prima delle sei del mattino: per molto tempo aveva dormito nella stanza contigua a quella di suo marito ammalato, che si alzava alle sei; dopo quest'ora, ella riusciva finalmente a dormire in pace, e allo stesso modo si comportò anche molti anni dopo, durante una malattia isterica. Un

¹ [Vedi *Studi sull'isteria*, pp. 240-43.]

² [È il primo sintomo eliminato con la catarsi, procedimento iniziato spontaneamente dalla stessa Anna O. Vedi *ibid.*, p. 201.]

altro caso riguarda un uomo, un paziente isterico, che da dodici anni dormiva assai male; la sua insonnia però era di genere del tutto particolare: durante l'estate egli dormiva straordinariamente bene, durante l'inverno assai male, e in novembre particolarmente male. Egli non aveva alcuna idea sulle possibili cause del fenomeno, e l'inchiesta rivelò poi che dodici anni prima egli aveva vegliato parecchie notti al capezzale del suo bambino malato di difterite, durante il mese di novembre.

La paziente di Breuer, da me già ripetutamente menzionata, ci offre un esempio di disturbo del linguaggio: per un lungo periodo della sua malattia ella parlò soltanto inglese, senza usare né comprendere il tedesco; si scoprì poi che questo sintomo risaliva a un avvenimento precedente all'insorgere della malattia: in preda a una grave angoscia, ella aveva cercato di pregare, senza riuscire a trovar le parole; alla fine le erano venute in mente alcune parole di una preghiera infantile in inglese. Quando più tardi era caduta in preda alla malattia, non riusciva a servirsi che dell'inglese.¹

Non sempre la determinazione del sintomo a opera del trauma psichico è così trasparente: spesso sussiste solo un rapporto per così dire simbolico fra la causa determinante e il sintomo isterico, e ciò accade soprattutto per i dolori. Così ad esempio una paziente² soffriva di dolori lancinanti fra le due sopracciglia, e ciò dipendeva dal fatto che quando era bambina la sua nonna l'aveva una volta guardata con uno sguardo inquisitivo, "penetrante". La stessa paziente soffrì per un po' di tempo di violenti e inspiegabili dolori al calcagno destro: risultò che questi dolori erano connessi con un'idea che le era venuta quando era stata introdotta per la prima volta in società: era stata cioè sopraffatta dall'angoscia di "fare un passo falso". Molti malati ricorrono a simbolizzazioni di questo genere, nel caso delle cosiddette nevralgie e di dolori. È come se volessero esprimere la situazione psichica attraverso una situazione somatica, e le espressioni linguistiche forniscono il ponte che permette l'effettuarsi di questa metamorfosi. Però, per i sintomi isterici veramente tipici, quali l'emanestesia, la restrizione del campo visivo, le convulsioni epilettiformi e via dicendo, non si può dimostrare la presenza di un simile meccanismo. La cosa invece riesce spesso per quanto riguarda le zone isterogene.

¹ [Vedi *ibid.*, p. 205.]

² [Si tratta della signora Cäcilie M., per la quale vedi *ibid.*, pp. 327-31.]

Con questi esempi scelti da una numerosa serie di osservazioni, dovrei aver dimostrato che i fenomeni dell'isteria comune si possono far tranquillamente rientrare nello stesso schema esplicativo di quelli dell'isteria traumatica, e che quindi ogni isteria può esser considerata un'isteria traumatica, nel senso che implica un trauma psichico, e che ogni fenomeno isterico è determinato dalla natura del trauma.

Si deve ora cercar di comprendere quale tipo di connessione sussista fra la causa determinante che abbiamo scoperto durante l'ipnosi e il fenomeno che piú tardi si instaura persistentemente come sintomo. La connessione potrebbe essere di molti tipi diversi, potrebbe forse trattarsi di ciò che definiamo fattore scatenante. Se, ad esempio, una persona predisposta alla tubercolosi riceve un colpo al ginocchio, in conseguenza del quale si sviluppa un'inflammatione tubercolare dell'articolazione, il colpo non sarà che il fattore scatenante. Ma nell'isteria le cose non vanno così. Vi è poi un altro tipo di causalità, la causalità diretta, che potremmo rappresentare secondo l'immagine di un corpo estraneo il quale continua ad agire come causa patogena stimolante, finché non viene eliminato. *Cessante causa cessat effectus*. Le osservazioni di Breuer c'insegnano che fra il trauma psichico e il fenomeno isterico sussiste un rapporto di quest'ultimo tipo. Egli ha imparato dalla sua paziente che il tentativo di scoprire la causa determinante di un sintomo costituisce al tempo stesso una manovra terapeutica: il momento in cui il medico scopre in quale occasione il sintomo si era manifestato per la prima volta e da cosa era stato determinato, è anche il momento in cui il sintomo stesso scompare. Quando per esempio il sintomo prodotto da un paziente consiste nel dolore, se durante l'ipnosi indaghiamo sulla sua origine, affiorerà una serie di ricordi. Se si riesce a suscitare nel malato un ricordo molto vivido, egli vedrà le cose di fronte a sé nella loro originaria realtà, e si potrà allora riscontrare che egli è completamente dominato da un affetto; e, se lo costringiamo a esprimere questo affetto a parole, si vedrà che mentre si produce in lui tale violento affetto il fenomeno del dolore si presenterà una volta ancora con grande intensità, dopodiché questo sintomo scomparirà come sintomo cronico. Così sono andate le cose in tutti gli esempi che vi ho addotto; ed è un fatto interessante che il ricordo di quell'avvenimento fosse straordinariamente piú vivido che gli altri ricordi, e che l'affetto a esso connesso

fosse altrettanto intenso quanto forse lo era stato durante l'esperienza reale. Bisogna supporre che il trauma psichico continui realmente ad agire nell'individuo colpito, mantenendo in vita il fenomeno isterico, che cessa soltanto appena il paziente ne ha parlato.

Come ho già osservato, se, secondo il nostro procedimento, si giunge al trauma psichico attraverso un'indagine compiuta sul paziente in stato d'ipnosi, si scopre che il ricordo in questione è straordinariamente intenso e ha mantenuto tutto il suo affetto. Sorge allora il problema del perché un avvenimento occorso molto tempo, magari dieci o vent'anni prima, continui a esercitare un influsso sull'individuo; ci si chiede come mai questi ricordi non soggiacciono all'usura del tempo e non cadano nell'oblio.

Per rispondere a questa domanda vorrei fare alcune osservazioni sulle condizioni che governano l'usura del contenuto della nostra vita ideativa. Cominceremo con un principio formulabile nei seguenti termini: se una persona riceve un'impressione psichica, nel suo sistema nervoso risulterà aumentato un alcunché che per il momento chiameremo la somma di eccitamento.¹ Ora, in ogni individuo esiste la tendenza a diminuire nuovamente questa somma di eccitamento per preservare la salute.² L'aumento della somma di eccitamento avviene attraverso le vie sensorie, la sua diminuzione attraverso le vie motorie. Possiamo dunque dire che se una persona riceve un urto, reagirà attraverso le vie motorie. Ora si può tranquillamente affermare che dipende da questa reazione la misura in cui l'impressione psichica iniziale non svanirà col tempo. Illustriamo questo fatto con un esempio particolare. Supponiamo che una persona sia insultata, che riceva uno schiaffo o qualcosa del genere: il trauma psichico che ne deriva sarà collegato con un aumento della somma di eccitamento del suo sistema nervoso. Sorge allora istintivamente la tendenza a diminuire immediatamente quest'aumentato eccitamento del sistema nervoso: egli può ad esempio restituire lo schiaffo, e in tal caso si sentirà immediatamente più sollevato; forse la sua reazione sarà stata adeguata, e cioè egli si sarà liberato di tutto il sovrappiù di eccitamento. Ora, la reazione può assumere diverse forme: per aumenti molto lievi dell'eccitamento bastano forse

¹ [L'espressione "somma di eccitamento" (*Erregungssumme*) già si trova negli *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"* (1892) pp. 140 e 146, ma fa la sua comparsa ufficiale qui e in *Le neuropsicosi da difesa* (1894), vedi oltre p. 124 e soprattutto p. 134, ove è spiegata. Essa sarà poi più volte usata negli *Studi sull'isteria* (vedi ivi p. 245).]

² [Un accenno al "principio di costanza", per il quale vedi oltre il *Progetto di una psicologia* (1895) p. 202, n. 1.]

le proprie alterazioni somatiche, come il piangere, l'urlare, lo smaniare, e via dicendo. Quanto piú intenso è stato il trauma psichico, tanto piú forte è la reazione adeguata. La reazione piú adeguata è però sempre l'azione. Ma, come ha spiritosamente osservato un autore inglese,¹ colui che per la prima volta ha lanciato all'avversario una parola ingiuriosa invece che una freccia è stato il fondatore della civiltà. Così la parola diviene il surrogato dell'azione, e in certe circostanze il suo unico surrogato (ad esempio nella confessione). Accanto alla reazione adeguata ne esiste dunque una meno adeguata. Se poi un trauma psichico non è seguito da alcuna reazione, allora la memoria conserva l'affetto da esso originariamente provocato. Se per esempio una persona che era stata attaccata non può vendicarsi né restituendo l'attacco né con un insulto orale, allora il ricordo di questo fatto potrà forse continuare a risvegliare in lui l'affetto che aveva prodotto la prima volta. Un attacco di cui ci si è vendicati anche solo a parole, viene ricordato in modo diverso da uno che si è dovuto inghiottire, e l'uso linguistico ha un'espressione caratteristica proprio per designare l'offesa che viene sofferta in silenzio, definendola una "mortificazione".² Quando dunque per un qualche motivo non si può reagire a un trauma psichico, questo mantiene il suo originario affetto e, se la persona in questione non può liberarsi dell'incremento di stimolo "abreagendolo",³ può darsi che questo fatto rimanga, per lui, un trauma psichico. Il meccanismo psichico sano ha comunque altri modi per eliminare l'affetto connesso con un trauma psichico, anche se gli sono impedita la reazione motoria e quella verbale: può cioè rielaborare associativamente il trauma e produrre rappresentazioni contrastanti. Se la persona attaccata non si vendica, né replica a parole, può tuttavia ridurre l'affetto dell'offesa producendo idee contrastanti sul proprio valore, sull'indegnità dell'aggressore, e via dicendo. Una persona sana, che reagisca nell'uno o nell'altro modo, riesce sempre a ottenere che l'affetto, impressosi originariamente con gran forza nella sua memoria, perda alla fine d'intensità, e che col tempo il ricordo, privato di affetto, cada in preda all'oblio e all'usura.⁴

¹ [John Hughlings Jackson (1834-1911), neurologo e psichiatra.]

² [*Kränkung*, letteralmente: cosa che fa ammalare. Vedi *Studi sull'isteria*, p. 180.]

³ [Vedi lo scritto precedente, nota a p. 84.]

⁴ [Vedi oltre la descrizione di questo processo, piú elaborata, nel *Progetto di una psicologia scientifica* (1895) pp. 278 sg.]

Ora abbiamo visto che negli isterici ci sono semplicemente delle impressioni che non sono state depurate del loro affetto e di cui è rimasto un vivido ricordo. Ne consegue dunque che questi ricordi, divenuti patogeni, assumono negli isterici una posizione assolutamente eccezionale rispetto al processo di usura; l'osservazione ci mostra che in tutti gli eventi che sono divenuti causa di fenomeni isterici si ha a che fare con traumi psichici che non sono stati sufficientemente abreagiti, non sufficientemente eliminati. Possiamo dunque dire che *l'isterico soffre di un trauma psichico non sufficientemente abreagito.*

Troviamo due gruppi di situazioni nelle quali i ricordi divengono patogeni: nel primo gruppo si riscontrano, quale contenuto dei ricordi cui risalgono i fenomeni isterici, rappresentazioni riferentisi a un trauma così grave che il sistema nervoso non aveva avuto abbastanza forza per eliminarle in un modo o nell'altro; oppure rappresentazioni cui per ragioni sociali non era stato possibile reagire in alcun modo (come spesso avviene in situazioni che riguardano la vita coniugale); o infine un trauma psichico cui il soggetto semplicemente rifiutò di reagire, cui non *voglie* reagire. In quest'ultimo caso si riscontra spesso come il contenuto dei deliri isterici riguardi proprio quella cerchia d'idee che il paziente in circostanze normali ha sempre rifiutato, inibito e represso (per esempio le rappresentazioni erotiche e blasfeme che si riscontrano nei deliri isterici delle monache).¹ Invece, nel secondo gruppo di casi, la ragione della mancata reazione motoria non risiede nel contenuto del trauma psichico, bensì in altre circostanze. Si riscontra cioè spesso che il contenuto e la causa di certi fenomeni isterici risiedono in esperienze assai trascurabili in sé stesse, che però hanno acquistato grandissima importanza perché si sono verificate in momenti particolarmente significativi, in cui la predisposizione del paziente era patologicamente intensificata. Così per esempio il sentimento di paura può essere insorto nel corso di un altro intenso sentimento, acquistando così un'importanza particolare. Stati psichici di questo genere hanno breve durata e sono, per così dire, tagliati fuori da ogni rapporto con la restante vita psichica del soggetto. Quando si trova in un simile stato di autoipnosi, un individuo non può liberarsi per via associativa di un'idea che lo assale, come farebbe in condizioni di veglia. La lunga familiarità con questi fenomeni ci fa ritenere pro-

¹ [Sui deliri isterici delle monache vedi *Un caso di guarigione ipnotica* (1892) p. 131 n.]

babile che in ogni caso d'isteria si abbia a che fare con uno stato rudimentale della cosiddetta *double conscience*, di una coscienza sdoppiata, e che la tendenza a questa dissociazione, e con essa l'insorgere di stati di coscienza anormali, che noi proponiamo di definire come "ipnoidi", costituisce il fenomeno principale dell'isteria.¹

Consideriamo ora il modo in cui agisce la nostra terapia. Essa viene incontro a uno dei piú intensi desideri dell'umanità, quello cioè di poter ripetere una cosa già fatta. Qualcuno ha subito un trauma psichico senza reagirvi sufficientemente: noi glielo facciamo rivivere, sotto ipnosi, costringendolo questa volta a completare la sua reazione. Egli si libererà così dell'affetto di quella rappresentazione, che prima, per così dire, era rimasto incapsulato, e così verrà eliminato l'effetto della rappresentazione stessa. Noi curiamo dunque non l'isteria, ma alcuni suoi sintomi, aiutando il paziente a portare a termine una reazione che era rimasta incompleta.

Non crediate però che con questo si sia ottenuto molto per la terapia dell'isteria: l'isteria, come le nevrosi,² ha le sue cause piú profonde, e sono proprio queste che pongono determinati limiti, spesso assai notevoli, alla terapia.

¹ [L'ipotesi di Breuer degli "stati ipnoidi", basata sul secondo gruppo di casi qui esaminato, sarà presto abbandonata da Freud.]

² [La nevristenia e quella che in seguito Freud chiamerà "nevrosi d'angoscia". Vedi p. 404, n. 1.]

CHARCOT

1893

Avvertenza editoriale

È il necrologio di Jean-Martin Charcot (1825-93), scritto nei giorni immediatamente successivi alla notizia della morte (16 agosto 1893) e pubblicato col titolo *Charcot* nella "Wiener medizinische Wochenschrift", vol. 43 (37), 1513-20 (settembre 1893).

Freud ha riportato questo necrologio nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 1-13. Ha anzi iniziato la raccolta stessa con questo scritto, spiegando nella Prefazione (vedi vol. 5 della presente edizione) che egli intendeva così non solo esprimere la propria riconoscenza a Charcot, ma anche indicare il punto in cui la propria opera personale si era sviluppata, prendendo le mosse dall'insegnamento di Charcot. Anche nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 243-57, Freud, dopo gli *Studi sull'isteria*, iniziò col necrologio di Charcot la serie dei suoi scritti sulle nevrosi. Seguì l'edizione nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 21-35. La traduzione è di Adele Campione.

Freud aveva frequentato la scuola di Charcot a Parigi nell'inverno 1885-86. Vedi anche, soprattutto per il modo di lavorare di Charcot qui descritto, la *Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e Berlino* (1886). Non soltanto fu indotto da questa esperienza a orientare in modo nuovo la sua attività scientifica, ma anche sul piano umano fu colpito in modo assai forte dalla personalità di Charcot (vedi a tale proposito la lettera indirizzata alla futura moglie il 24 novembre 1885).

Nel presente necrologio, che è anche menzionato al N. 22 nei *Sommari dei lavori scientifici* riportati più avanti, dopo una esposizione della importanza dell'opera di Charcot in campo neurologico, è esposta l'opera di lui per la comprensione dell'isteria, ed è vivacemente descritta la persona del medico, dello scienziato e del maestro.

Charcot

Con Jean-Martin Charcot, che una morte repentina, sopraggiunta senza malattie o sofferenze, ha colto il 16 agosto di quest'anno al termine di una vita felice e gloriosa, la giovane scienza neurologica ha perduto prematuramente il suo maggior promotore, i neurologi di tutto il mondo il loro maestro, la Francia uno dei suoi uomini migliori. Aveva da poco compiuto i sessantotto anni e la sua energia fisica e la sua freschezza spirituale parevano assicurargli quella longevità che egli stesso non nascondeva di desiderare e di cui, d'altra parte, hanno potuto godere non pochi rappresentanti della scienza e della cultura nel nostro secolo. I nove importanti volumi delle sue *Œuvres complètes*, nei quali i suoi allievi hanno raccolto i contributi da lui apportati alla medicina e alla neuropatologia, le *Leçons du mardi*, gli "Annali" della sua Clinica alla Salpêtrière e tutte le pubblicazioni che continueranno a essere care alla scienza e ai suoi discepoli, non potranno sostituire quest'uomo che tanto aveva ancora da offrirci e da insegnarci, alla cui persona od opera nessuno mai si è avvicinato senza trarne insegnamento.

Charcot provava una gioia umana e giusta per i suoi successi, e gli piaceva parlare dei suoi inizi e del cammino percorso. La sua curiosità scientifica, raccontava, era stata sollecitata per tempo, quando cioè egli era soltanto un giovane medico interno (aiuto), da quel materiale neuropatologico la cui importanza era, allora, del tutto ignorata. Ogni qual volta passava la visita in uno dei reparti della Salpêtrière (ospizio per donne) con il suo primario, osservando quella desolante ridda di paralisi, contratture e convulsioni a cui quarant'anni fa non si era ancora dato un nome né attribuito un preciso significato, Charcot soleva dire: "*Faudrait y retourner et y rester*" [Bisognerebbe tornarci e restarci]. E mantenne la parola. Non appena divenne mé-

decin des hôpitaux (primario), si diede subito da fare per essere destinato alla Salpêtrière, a uno di quei reparti che ospitavano pazienti affette da malattie nervose, e invece di cambiare, a turni regolari, sia ospedale che reparto (e di conseguenza specialità), com'è appunto concesso ai primari francesi, vi rimase per sempre.

Così, quella sua prima impressione e il proposito da essa suscitato ebbero un'importanza decisiva per il suo sviluppo futuro. Potendo disporre di un ampio materiale di studio, costituito da numerose malate nervose croniche, egli riuscì a mettere a frutto le sue doti particolari. Non era un riflessivo né un pensatore, piuttosto una natura artisticamente dotata o, come diceva egli stesso, un *visuel*, un visivo. Quanto al suo metodo di lavoro, ecco quel che ci raccontava. Era solito osservare attentamente, più e più volte, le cose che non conosceva, rafforzando così l'impressione che ne aveva tratto: giorno per giorno, fino a che non gli si dischiudeva, all'improvviso, il loro intimo significato. Il caos apparente del continuo ritorno degli stessi sintomi gli si ordinava allora davanti agli occhi, ed ecco uscirne, caratterizzati dal nesso costante di determinati gruppi di sintomi, i nuovi quadri clinici; i casi-limite, i "tipi", si lasciavano delineare in tutta la loro completezza con l'aiuto di una speciale schematizzazione, e partendo da questi tipi la visione si estendeva sulla lunga serie dei casi meno evidenti, le *formes frustes*¹ che, iniziando da questo o da quel segno caratteristico di un dato tipo, sfumavano verso l'indeterminato. Questo genere di lavoro intellettuale, nel quale nessuno poteva essergli pari, Charcot lo chiamava "fare della nosografia" e ne era orgoglioso. Non di rado lo si udiva affermare che la maggior soddisfazione che un uomo possa provare consiste nel vedere qualcosa di nuovo, o meglio, nel riconoscerne la novità, e in molte sue osservazioni ritornava su tale punto e sulle difficoltà e sulla utilità di questo "vedere", chiedendosi come mai, in medicina, gli uomini vedano sempre e soltanto ciò che hanno, a suo tempo, imparato a vedere, e giudicando meraviglioso il fatto che si possano tutt'a un tratto vedere come nuove (stati patologici nuovi) cose che, probabilmente, sono vecchie quanto l'umanità. E qui egli stesso si sentiva in dovere di confessare che vedeva, ora, nelle sue corsie, qualcosa che gli era passato inosservato per trent'anni. Qualsiasi medico sa quale ricchezza di forme Charcot abbia dato alla neuropatologia,

¹ [Il termine è spiegato nella Prefazione alla traduzione delle "Lezioni del martedì della Salpêtrière" di J.-M. Charcot (1892) p. 152.]

e sa pure come le sue osservazioni abbiano permesso di formulare diagnosi finalmente precise e sicure. Ma all'allievo che con lui, per ore, passava la visita nelle corsie della Salpêtrière, questo museo di fatti clinici che, per la maggior parte, a Charcot dovevano il proprio nome e la scoperta delle proprie caratteristiche, egli faceva venire in mente Cuvier, il grande conoscitore e descrittore del mondo degli animali, quale ce lo mostra un monumento al "Jardin des Plantes" attorniato da una folla di animali, oppure faceva pensare all'Adamo del mito, cioè colui che piú di ogni altro, quando Dio gli affidò l'incarico di distinguere e dare un nome a ogni essere vivente nell'Eden, poté provare quel piacere intellettuale tanto esaltato da Charcot.

Charcot non si stancò mai di sostenere, contro gli abusi della medicina teorica, i diritti del lavoro puramente clinico, che consiste nel vedere e nel classificare. Una volta capitò che un piccolo gruppo di noi allievi tutti stranieri si trovasse riunito attorno a lui. Provenendo dalla scuola fisiologica tedesca, ci opponevamo alle sue novità cliniche, e ciò finì con l'irritarlo: "Ma non è possibile — obietto a un certo punto uno di noi, — ciò contrasta con la teoria di Young-Helmholtz [sulla visione dei colori]." Charcot non replicò: "Tanto peggio per la teoria; i fatti clinici sono quelli che contano" o cose del genere; ma disse qualcosa che ci fece una grande impressione: "*La théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister.*"¹

Per anni Charcot occupò, a Parigi, la cattedra di anatomia patologica, e le relazioni e i lavori di neuropatologia che lo resero rapidamente famoso anche all'estero furono svolti, senza alcun incarico ufficiale, come attività marginali. Per la neuropatologia fu però una vera fortuna che una stessa persona si addossasse lo studio di questi due campi, perché ciò permise a Charcot di creare, sulla base delle sue osservazioni cliniche, i quadri patologici da un lato, e di dimostrare, dall'altro, sia alla base del tipo che alla base della forme fruste, la presenza di un'uguale alterazione anatomica. L'importanza dei risultati raggiunti da Charcot con l'applicazione del metodo anatomo-clinico alle malattie nervose di origine organica, alla tabe, alla sclerosi multipla, alla sclerosi laterale amiotrofica eccetera, è ormai universalmente nota. Prima di poter dimostrare la presenza di degenerazioni organiche in queste affezioni croniche non diret-

¹ [Vedi la stessa frase nelle Note alla traduzione delle "Lezioni del martedì della Salpêtrière" di J.-M. Charcot (1892-94) p. 157, ove Freud rivela di essere stato l'obiettore descritto.]

tamente letali, occorreano spesso lunghi anni di paziente attesa, e soltanto un ospizio per incurabili come la Salpêtrière poteva offrire la possibilità di seguire costantemente, e per periodi così prolungati, pazienti colpite da tali affezioni. Per altro, la prima costatazione clinico-anatomica fu fatta da Charcot quando ancora non disponeva di un reparto. Per caso, al tempo in cui era studente, prese in cura una domestica affetta da un singolare tremore che, rendendola maldestra, le impediva di trovare lavoro. Charcot riconobbe nel suo stato quella *paralysie choréiforme* che Duchenne aveva a suo tempo descritto, ma di cui era ancora ignota l'origine. Charcot assunse l'interessante domestica, anche se ciò gli costò, col passare degli anni, un piccolo patrimonio in piatti e scodelle, e quando alla fine ella morì, l'autopsia gli permise di dimostrare che la *paralysie choréiforme* era l'espressione clinica della sclerosi multipla cerebrospinale.

L'anatomia patologica va utilizzata, al servizio della neuropatologia, in due direzioni: per dimostrare la presenza di alterazioni patologiche, e per fissarne la localizzazione; e noi tutti sappiamo che, negli ultimi due decenni, questa seconda parte del compito ha suscitato il maggior interesse e ha compiuto i maggiori progressi. Pure a quest'opera Charcot ha collaborato in modo egregio, anche se le scoperte che hanno propriamente aperto queste vie non sono state effettuate da lui. In principio, Charcot seguì le orme del nostro compatriota Türck che, a quanto si dice, visse e lavorò in modo piuttosto isolato fra noi;¹ ma quando giunsero quelle due grandi novità che hanno aperto una nuova era per le nostre nozioni sulla "localizzazione delle malattie nervose" (cioè gli esperimenti di stimolazione eseguiti da Hitzig e Fritsch, e i reperti di Flechsig sullo sviluppo del midollo spinale), Charcot, nelle sue lezioni sulla localizzazione, fece quanto di più e quanto di meglio poteva per conciliare le nuove teorie con la clinica, affinché quest'ultima ne traesse vantaggio. Per quanto particolarmente riguarda la relazione tra muscolatura corporea e zona motoria del cervello umano, vorrei ricordare che l'esatta natura e topografia di questa relazione (proiezione comune delle due estremità nella stessa zona; proiezione dell'estremità superiore nella circonvoluzione centrale anteriore, proiezione dell'inferiore nella posteriore e quindi disposizione verticale) rimasero incerte per molto tempo, fino a quando cioè le continue osservazioni cliniche e gli esperimenti di stimolazione e di escissione,

¹ [Ludwig Türck (1810-69), neurologo e laringologo viennese.]

eseguiti nell'uomo vivo in occasione di interventi chirurgici, non decisero a favore di Charcot e Pitres, nel senso che il terzo medio delle circonvoluzioni cerebrali centrali è prevalentemente preposto alla proiezione delle braccia, mentre il terzo superiore e la zona mediale lo è alla proiezione delle gambe, per cui vi è una disposizione orizzontale nella regione motoria.

Non sarebbe possibile dimostrare, mediante l'enumerazione dei suoi singoli contributi, quale importanza Charcot abbia avuto per la neuropatologia, soprattutto perché negli ultimi due decenni non vi sono stati molti temi di qualche importanza alla cui enunciazione e discussione la scuola della Salpêtrière non abbia preso parte in misura dominante. La "scuola della Salpêtrière" era, naturalmente, lo stesso Charcot che, per la ricchezza della sua esperienza, la trasparente chiarezza della sua esposizione e la plasticità delle sue descrizioni, era sempre facilmente riconoscibile in ogni opera dei suoi allievi. Nella cerchia dei giovani che egli attrasse intorno a sé e che fece partecipi delle sue ricerche, alcuni riuscirono a conseguire la coscienza della propria individualità e a farsi un nome famoso. È anche successo, a volte, che qualcuno di loro sia uscito in affermazioni che al maestro parvero più geniali che esatte e che egli avversò, non senza un certo sarcasmo, nei suoi discorsi e nelle sue lezioni, anche se, di questo, non ebbero mai a soffrire i suoi rapporti personali con l'allievo diletto. Infatti, Charcot lascia dietro di sé uno stuolo di allievi la cui qualità intellettuale e la cui opera garantiscono fin d'ora che la neuropatologia, a Parigi, non discenderà tanto presto da quel livello al quale Charcot l'ha portata.

A Vienna, abbiamo più volte avuto occasione di costatare che il valore spirituale di un professore universitario non comporta, necessariamente, quella diretta influenza della personalità del maestro sui suoi giovani allievi che si estrinseca nella formazione di una scuola importante e numerosa. Se Charcot fu, a questo proposito, molto più fortunato di altri, ciò deve essere attribuito alle personali qualità dell'uomo, al fascino che si sprigionava dalla sua figura e dalla sua voce, all'amabile franchezza che caratterizzava il suo modo di fare non appena i rapporti tra lui e il nuovo venuto avessero superato quel primo stadio durante il quale si è soltanto degli estranei, alla premura con cui metteva ogni cosa a disposizione dei suoi allievi e alla fedeltà che, per tutta la vita, dimostrò loro. Le ore che egli trascorreva in mezzo ai malati, erano ore di riunione e di reciproci scambi di idee tra Charcot e tutta la sua *équipe* medica; mai,

in queste ore, si isolava, e anche il piú giovane degli esterni aveva la possibilità di vederlo lavorare e persino di poterlo disturbare con una domanda. E di questa stessa libertà godevano anche gli stranieri che, anni dopo, non mancarono mai di essere presenti alle sue visite. Infine, le sere in cui Madame Charcot e sua figlia (giovane ragazza che, a somiglianza di suo padre, era spiritualmente assai dotata) aprivano la loro casa ospitale a una scelta società, gli allievi e gli aiuti, che non mancavano mai a queste riunioni, si presentavano agli occhi degli ospiti come altri membri della famiglia Charcot.

L'anno 1882, o 1883, diede una forma definitiva alla vita e al lavoro di Charcot. Si era finalmente capito che l'opera di quest'uomo costituiva parte del patrimonio della gloria della nazione, patrimonio tanto piú gelosamente custodito dopo la sfortunata guerra del 1870-71. Il governo, a capo del quale era un vecchio amico di Charcot, Gambetta, istituí per lui una cattedra di neuropatologia presso la facoltà di medicina (cosí che Charcot poté rinunciare a quella di anatomia patologica) e una clinica, completata dai relativi istituti scientifici, presso la Salpêtrière. *Le Service de M. Charcot* comprendeva cosí, oltre agli ambienti già precedentemente destinati alle malate croniche, molte sale cliniche in cui potevano essere ricoverati anche gli uomini, un gigantesco ambulatorio (*la consultation externe*), un laboratorio istologico, un museo, un reparto oculistico, otiatrico e di elettroterapia e infine uno studio fotografico. E tutte queste istituzioni rappresentavano altrettanti mezzi con i quali legare alla clinica, in modo duraturo e con incarichi precisi, gli ex assistenti e allievi. Quei vetusti edifici a due piani e i cortili che li circondano ricordavano molto agli stranieri il nostro Ospedale generale di Vienna: ma l'analogia finiva qui. "Forse non è molto bello — diceva Charcot al visitatore, mostrandogli la sua proprietà — ma, volendo, si trova posto per tutti."

Charcot era al culmine della vita quando gli fu messa a disposizione questa pienezza di mezzi di insegnamento e di ricerca. Era un lavoratore infaticabile e, credo, il piú diligente di tutta la Scuola. Il consultorio privato, in cui si affollavano malati provenienti da ogni dove ("da Samarcanda alle Antille"), non gli fece mai trascurare le ricerche personali o l'attività di insegnante. Certamente, questo accorrere di persone non aveva come meta soltanto il famoso ricercatore, ma anche il grande medico e filantropo, che sapeva sempre trovare una risposta, o indovinarla, quando lo stato della scienza non gli permetteva di conoscerne una. Non poche volte gli è stata

rimproverata la sua terapia, che non poteva non offendere, per l'abbondanza delle prescrizioni, le coscienze razionaliste. Ma Charcot seguiva semplicemente i metodi usati in Francia ai suoi tempi, senza troppo illudersi sulla loro efficacia. Il suo attendersi grandi cose dalla terapia futura dimostrava, del resto, come egli non fosse, a questo proposito, un pessimista; tant'è vero che diede sempre la possibilità di sperimentare nella sua clinica i nuovi metodi di terapia, il cui breve successo ha altrove la sua giustificazione.

Come insegnante, Charcot era addirittura avvincente; ogni sua lezione era un piccolo capolavoro di costruzione e composizione, di una tale perfezione formale ed efficacia, che per tutta la giornata non era possibile togliersi dalle orecchie le parole che si erano udite, né levarsi dagli occhi ciò che si era visto. Raramente Charcot presentava alle lezioni un malato solo; per lo più mostrava una serie di casi simili o contrastanti, che poi confrontava. La sala in cui teneva le sue lezioni era ornata da un quadro raffigurante il "cittadino" Pinel¹ che libera dai ceppi gli infelici dementi della Salpêtrière; e la Salpêtrière, che a tanti orrori aveva assistito durante la Rivoluzione, divenne così anche la sede di questo atto rivoluzionario tra i più umani. Durante le lezioni, lo stesso Maître Charcot faceva una singolare impressione: egli, che era in genere traboccante di vivacità e di serenità, e che aveva sempre una battuta pronta sulle labbra, appariva allora, sotto il tocco di velluto, serio e solenne, persino più vecchio; e la sua stessa voce ci pareva smorzata. Potevamo così capire come mai i malevoli stranieri rimproverassero a tutto l'insieme della lezione una pretesa teatralità. Naturalmente, si trattava di persone abituate al carattere privo di formalità delle lezioni cliniche tedesche, o che dimenticavano che Charcot, tenendo una sola lezione alla settimana, la preparava perciò con ogni cura.

Se con queste solenni lezioni, nelle quali ogni particolare corrispondeva a uno schema tracciato in precedenza, Charcot seguiva, verosimilmente, una tradizione consolidata, egli personalmente sentiva tuttavia il bisogno di offrire al suo uditorio anche un quadro meno artificioso della sua attività. A questo scopo utilizzava l'ambulatorio della clinica, prestandovi personalmente servizio nelle cosiddette *Leçons du mardi*. Durante queste lezioni esaminava casi che gli erano del tutto ignoti, esponendosi così a tutti i possibili

¹ [Philippe Pinel (1745-1826) fu nominato nel 1794 medico della Salpêtrière e iniziò un trattamento più umano dei malati di mente.]

errori di un esame sommario e a tutte le eventualità, e rimuovendo da sé ogni autorevolezza per confessare, all'occasione, che questo o quel caso non si prestava ad alcuna diagnosi o che egli si era lasciato ingannare dalle apparenze. E mai egli sembrava tanto grande agli studenti come quando, rendendo conto nel più accessibile dei modi dei suoi procedimenti mentali, o svelando con la maggiore franchezza i suoi dubbi e le sue indecisioni, si sforzava di colmare l'abisso esistente tra maestro e scolaro. La pubblicazione di queste lezioni improvvisate degli anni 1887 e 1888 (pubblicazione apparsa in francese, ma ora tradotta anche in tedesco)¹ ha allargato enormemente la cerchia dei suoi ammiratori, tanto che nessuna opera di neuropatologia ha mai raggiunto, presso il pubblico medico, il successo riscosso da questa.

Quasi contemporaneamente alla fondazione della nuova clinica e al ritiro dalla cattedra di anatomia patologica, nella sfera degli interessi di Charcot si verificò un cambiamento al quale dobbiamo i suoi lavori più belli. Ritenendo infatti che la teoria delle malattie nervose organiche fosse, almeno per il momento, completa, cominciò a rivolgere il suo interesse quasi esclusivamente all'isteria, che si venne così a trovare, di colpo, al centro dell'attenzione generale. Questa malattia, la più enigmatica di tutte le malattie nervose, sulla quale nessun medico aveva ancora potuto avanzare ipotesi veramente valide, era caduta in un discredito che si estendeva tanto ai malati, quanto ai medici che se ne occupavano. Ritenendo che nell'isteria tutto è possibile, agli isterici non si voleva dare alcun credito. L'opera di Charcot restituì a questo problema la sua dignità; a poco a poco, si rinunciò a quei sorrisi di scherno sui quali i malati potevano, allora, contare con assoluta certezza. Non doveva infatti trattarsi di simulazione se Charcot, con la sua indiscussa autorità, si era pronunciato a favore dell'autenticità e dell'obiettività dei fenomeni isterici. Charcot aveva così ripetuto, in piccolo, quel gesto liberatore grazie al quale l'immagine di Pinel adornava l'aula della Salpêtrière. Una volta rimosso dagli infelici malati il cieco timore di essere presi in giro, timore che fino ad allora aveva ostacolato ogni

¹ [Per questa traduzione di Freud, vedi l'Avvertenza editoriale a Prefazione e note alla traduzione delle "Lezioni del martedì della Salpêtrière" di J.-M. Charcot (1892-94). Un secondo volume di lezioni del martedì (tenute nell'anno accademico 1888-89) fu tradotto in tedesco da Max Kahane (nel 1895), uno dei primi seguaci di Freud. Di Charcot, Freud aveva già tradotto e annotato, su richiesta dell'autore, il terzo volume delle sue *Leçons sur les maladies du système nerveux* (Parigi 1887) con il titolo: *Neue Vorträge über die Krankheiten des Nervensystem insbesondere über Hysterie.*]

seria ricerca su questa nevrosi, era finalmente possibile chiedersi quale sistema offrisse la via piú breve per giungere alla soluzione del problema. A un osservatore che non avesse avuto idee in proposito, un caso di isteria avrebbe offerto la possibilità di ragionare come segue. Se trovo una persona in uno stato che rivela tutti i segni di un affetto doloroso: lacrime, urla, agitazione violenta, posso senz'altro concludere che sia lecito sospettare, in questa persona, la presenza di un processo psichico che si manifesta, a buon diritto, mediante tali fenomeni somatici. A questo punto, un individuo sano sarebbe naturalmente in grado di dire qual è l'evento doloroso che lo ha cosí impressionato; l'isterico, invece, risponderebbe di non saperne nulla. Nascerebbe allora il problema di stabilire perché l'isterico soggiaccia a un affetto di cui afferma di ignorare la causa. Se ci si attiene alla conclusione cui si era pervenuti, che cioè debba esservi un processo psichico corrispondente, pur dando credito alle parole del malato il quale ne nega l'esistenza, e se contemporaneamente si riuniscono i molteplici segni dai quali risulta che il malato si comporta come se conoscesse il perché del suo comportamento; se, indagando nella vita del malato stesso, si ritrova una causa, un trauma, che possa giustificare il manifestarsi dell'affetto: se si fa tutto ciò, si è veramente costretti a dedurre che il malato si trova in uno stato psichico particolare, nel quale è andato perduto il filo che connette tutte le impressioni e i ricordi, uno stato in cui è possibile che l'affetto del ricordo si estrinsechi per mezzo di manifestazioni somatiche, senza che il gruppo degli altri processi psichici, l'Io, possa saperlo o possa intervenire per impedirlo. La ben nota differenza psicologica esistente tra sonno e veglia avrebbe potuto attenuare la singolarità di questa ipotesi. Né si potrebbe obiettare che la teoria di una dissociazione della coscienza come soluzione dell'enigma dell'isteria è troppo ardita per imporsi a un osservatore ignaro e impreparato. In realtà, già il medioevo aveva optato per questa soluzione spiegando la causa dei fenomeni isterici con la possessione da parte del demonio; sarebbe bastato dunque sostituire la terminologia religiosa di quell'epoca oscura e superstiziosa con quella scientifica dell'epoca attuale.¹

Charcot non prese però questa via per spiegare l'isteria, benché avesse ampiamente attinto alle relazioni rimasteci su processi per

¹ [Vedi osservazioni simili, e pure un riferimento a Charcot, in *Una nevrosi demoniaca nel secolo decimosettimo* (1922).]

stregoneria e su individui "posseduti", allo scopo di dimostrare che le manifestazioni della nevrosi erano, a quei tempi, le stesse di oggi. Trattò quindi dell'isteria come di un qualsiasi altro argomento della neuropatologia: diede perciò una completa descrizione dei fenomeni isterici, dimostrò che essi seguono determinate leggi e norme, e insegnò a individuare i sintomi mediante cui è possibile diagnosticare l'isteria. Le accurate ricerche condotte sull'isteria da Charcot e dai suoi allievi si estesero anche alle turbe isteriche della sensibilità della cute e dei tessuti piú profondi, al comportamento degli organi di senso e alle caratteristiche delle contratture e paralisi isteriche, delle turbe trofiche e delle alterazioni del ricambio. Furono descritte le diverse forme dell'attacco isterico, tracciando uno schema che distingueva la tipica struttura del grande attacco isterico in quattro stadi¹ e che permetteva di tipicizzare il "piccolo" attacco di comune osservazione. Si studiò pure la localizzazione e la frequenza delle cosiddette zone isterogene, i loro rapporti con gli attacchi isterici e cosí via. Con l'aiuto di tutte queste nozioni sul fenomeno dell'isteria si fecero in seguito tutta una serie di sorprendenti scoperte; si accertò che l'isteria colpisce anche il sesso maschile e specialmente, con frequenza addirittura insospettabile, gli uomini della classe operaia. Ci si convinse cosí che determinati casi, attribuiti ad alcolismo e a saturnismo, erano invece di natura isterica. Si era ormai in grado di far risalire all'isteria un gran numero di affezioni fino ad allora incomprese e isolate, e di stabilire quanta parte di isteria vi fosse nei casi in cui la nevrosi si era unita, formando complessi quadri patologici, ad altre affezioni. Di massima importanza furono le ricerche condotte sulle malattie nervose conseguenti a gravi traumi, le "nevrosi traumatiche", la cui natura è tuttora discussa, e per le quali Charcot rivendicò, con successo, i diritti dell'isteria.

Dato che questo allargamento del concetto di isteria portava tanto spesso a un rifiuto delle diagnosi etiologiche, sorse la necessità di risalire all'etiologia dell'isteria medesima. Charcot trovò una facile formula: l'unica causa dell'isteria è l'ereditarietà e, perciò, l'isteria è una forma di degenerazione organica e fa parte della *famille névropathique*; tutti gli altri fattori etiologici hanno solo il ruolo di motivi occasionali, di *agents provocateurs*.²

¹ [Vedi *Isteria* (1888) p. 44, n. 2.]

² [Per questo punto di vista di Charcot vedi *Isteria* (1888) p. 53 e nota, e la critica di Freud in *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896), piú oltre pp. 289 sgg.]

La costruzione di questo grande edificio scientifico non avvenne, naturalmente, senza che sorgessero energiche opposizioni, ma si trattava comunque della sterile opposizione della vecchia generazione che non voleva veder modificate le proprie opinioni; al contrario, i piú giovani tra i neuropatologi, ivi compresi i tedeschi, accettarono, in misura piú o meno ampia, la teoria di Charcot. Charcot stesso era assolutamente certo della vittoria delle teorie che aveva formulato a proposito dell'isteria, e se gli si obiettava che, tranne in Francia, in nessun altro paese era possibile osservare i quattro stadi dell'isteria, l'isteria maschile, eccetera, sottolineava che queste cose erano sfuggite a lui stesso per moltissimo tempo e ripeteva una volta di piú che l'isteria è sempre stata la stessa dovunque e comunque. Era poi molto sensibile all'accusa rivolta ai francesi di essere un popolo di gran lunga piú nervoso di altri e si rallegrò quindi moltissimo il giorno in cui una pubblicazione "su di un caso di epilessia di riflesso" in un granatiere prussiano gli permise di fare, a distanza, una diagnosi di isteria.

In una fase del suo lavoro Charcot superò il suo trattamento comune dell'isteria e compí un passo che gli assicurò per sempre la fama di primo interprete dell'isteria. Occupandosi dello studio delle paralisi isteriche conseguenti a trauma, gli venne l'idea di riprodurre artificialmente queste paralisi, che egli stesso aveva, in precedenza, accuratamente differenziato da quelle organiche. A questo fine si serví di pazienti isterici che poneva, mediante ipnosi, in stato sonnambulico. Charcot riuscí a dimostrare, con una serie ininterrotta di deduzioni, che queste paralisi sono il risultato di rappresentazioni dominanti il cervello del paziente in momenti di speciale disposizione. Il meccanismo di un fenomeno isterico veniva cosí chiarito per la prima volta. A questo saggio, incomparabilmente bello, di ricerca clinica, si riallacciò piú tardi Pierre Janet, suo allievo, cosí come si riallacciarono Breuer e altri, per tracciare una teoria della nevrosi che, una volta sostituito il "demonio" della fantasia ecclesiastica con una formula psicologica, coincide perfettamente con la concezione medievale.

Charcot, studiando i fenomeni dell'ipnosi nei soggetti isterici, attrasse l'interesse su questo importantissimo complesso di fatti fino a quel momento trascurati e disprezzati. Inoltre, il peso del suo nome ha posto fine, una volta per tutte, a qualsiasi dubbio sulla realtà dei fenomeni ipnotici. Questo argomento prettamente psicologico non si adattava però al trattamento esclusivamente nosogra-

fico della Salpêtrière. La limitazione dello studio dell'ipnosi agli isterici, la differenziazione in grande e piccola ipnosi, la divisione della "grande ipnosi" in tre stadi e la sua caratterizzazione per mezzo di fenomeni somatici, tutto ciò non ha retto alla critica dei contemporanei, finché Bernheim, allievo di Liébeault, cominciò a costruire una teoria dell'ipnotismo su basi psicologiche più ampie, stabilendo quale nucleo centrale dell'ipnosi la suggestione. Solo quegli avversari dell'ipnotismo che si accontentano di celare la propria personale ignoranza col richiamo a un'autorità si abbarbicano ancora alle posizioni di Charcot, e preferiscono servirsi di un'opinione da lui espressa negli ultimi anni, per cui si dovrebbe escludere qualsiasi valore terapeutico all'ipnosi.

Anche le teorie etiologiche che Charcot espose a proposito della *famille névropathique* e che egli mise alla base della sua generale concezione delle malattie nervose richiedono una sollecita revisione e correzione. Charcot ha talmente sopravvalutato l'ereditarietà come fattore etiologico, che non è più rimasto alcuno spazio per le nevropatie acquisite; alla sifilide ha concesso solo un modesto posto tra gli *agents provocateurs*, ed egli non ha distinto né etiologicamente né in altro modo le malattie nervose organiche dalle nevrosi. È inevitabile che i progressi della nostra scienza, aumentando il nostro sapere, riducano in parte la validità di ciò che Charcot ci ha insegnato. Ma nessun mutare dei tempi o delle opinioni potrà mai diminuire la fama di quest'uomo per la cui morte, in Francia e altrove, siamo tutti oggi in lutto.

Vienna, agosto 1893

LE NEUROPSICOSI DA DIFESA

1894

Questo articolo fu finito di scrivere nel gennaio 1894 (vedi la lettera del 7 febbraio 1894 a Fliess, dove se ne parla come di un lavoro già a lui noto) e fu pubblicato col titolo *Die Abwehr-Neuropsychosen*, *Neurologisches Zentralblatt*, vol. 13 (10), 362-64 e (11), 402-09 (15 maggio e 1° giugno 1894). È stato in seguito compreso nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 45-59, nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 290-305, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 59-74; è stato inoltre riassunto al N. 29 nei *Sommari dei lavori scientifici riportati più avanti*. La traduzione è di Adele Campione.

Rappresenta un notevole progresso sulla "Comunicazione preliminare", in quanto introduce diversi concetti nuovi.

Anzitutto il concetto stesso di *difesa*, che diviene elemento caratterizzante per tutto un gruppo, definito nel sottotitolo, di nevrosi (e di psicosi): nella "Comunicazione preliminare" l'accento a un processo difensivo da rappresentazioni o pensieri incompatibili era infatti molto generico. Per il gruppo così definito Freud usa per qualche anno il termine "neuro-psicosi da difesa", destinato a essere sostituito dal termine "psiconevrosi".

Un concetto nuovo è anche quello di *conversione* (nell'organico) come processo tipico per l'isteria, e il concetto di *falso nesso* e di *trasposizione dell'affetto* per le fobie e le ossessioni.

Pur senza escludere la possibilità di altri meccanismi di produzione per queste forme, Freud considera qui come tipica la difesa da rappresentazioni a carattere sessuale.

È pure affrontato un nuovo problema riguardante non più forme nevrotiche, ma psicotiche: quello dei deliri allucinatori, che sarebbero anch'essi dovuti a un processo di difesa, con soppressione di una realtà insopportabile, e sua sostituzione con la rappresentazione delirante. Freud usa a tal proposito per la prima volta l'espressione "fuga nella psicosi" (*Flucht in der Psychose*).

Alla fine di questo lavoro è ripreso il concetto di un elemento quantitativo (*somma di eccitamento*) individuabile nel funzionamento del sistema psichico: concetto che già si trova affermato negli *Abbozzi per la*

“Comunicazione preliminare” (1892), mentre è omesso nella stessa “Comunicazione preliminare”, e che sarà svolto da Breuer nelle sue considerazioni teoriche negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 344, per illustrare, attribuendone la paternità a Freud, il principio di costanza di tale eccitamento globale.

Le neuropsicosi da difesa

Abbozzo di una teoria psicologica dell'isteria acquisita,
di molte fobie e ossessioni e di certe psicosi allucinatorie

Lo studio approfondito di numerosi pazienti affetti da fobie e ossessioni¹ mi spinse a tentare un'interpretazione di questi sintomi che, in seguito, in altri casi mi permise di scoprire l'origine di tali rappresentazioni patologiche e che mi parve pertanto degna di essere riferita e ulteriormente sviluppata. Contemporaneamente a questa "teoria psicologica delle fobie e delle ossessioni", l'osservazione dei malati apportò anche un contributo alla teoria dell'isteria o, per meglio dire, una variante che pare tener conto di un'importante peculiarità comune e all'isteria e alle menzionate nevrosi. Avendo poi avuto l'opportunità di penetrare il meccanismo psicologico di una forma morbosa indiscutibilmente psichica, trovai che l'interpretazione da me proposta svelava l'esistenza di un legame tra queste psicosi e le due nevrosi in questione. A conclusione di questo scritto illustrerò infine l'ipotesi ausiliare della quale mi sono servito in tutti e tre i casi.

1.

Comincerò con la variante che mi pare sia necessario apportare alla teoria della nevrosi isterica.

Che il complesso di sintomi dell'isteria, o almeno quanto di esso possiamo per ora comprendere, giustifichi l'ipotesi di una scissione della coscienza con conseguente formazione di gruppi psichici separati,² è un dato che, dopo gli eccellenti lavori di Pierre Janet,

¹ [*Zwangsvorstellungen* (letteralmente: rappresentazioni coatte), termine coniato da Krafft-Ebing nel 1867, adottato qui per la prima volta da Freud. Freud stesso, nello scritto seguente, rende tale parola tedesca con il francese "obsession".]

² [Il concetto di "gruppi psichici", qui introdotto, ricorre molte volte in questo periodo. Vedi sopra la *Minuta teorica E* (1894) p. 22; vedi anche gli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 261 (da notare ivi, p. 231 n., l'uso del termine "complesso" quale sinonimo).]

Josef Breuer e altri, dovrebbe avere ormai ottenuto il generale consenso. Meno chiare sono invece le varie opinioni sull'origine di questa scissione della coscienza e sul ruolo disimpegnato da questo particolare fenomeno all'interno della struttura dell'isteria.

Secondo la dottrina di Janet,¹ la scissione della coscienza costituisce un carattere distintivo primario dell'alterazione isterica. Essa si basa su di una deficienza costituzionale della capacità di sintetizzare gli elementi della vita psichica, su di una limitazione del "campo di coscienza" (*champ de conscience*) che, in qualità di stigma psichico, attesta la degenerazione del soggetto isterico.

In netto contrasto con la concezione di Janet, la quale, a mio parere, dà adito alle più disparate obiezioni, si trova quella sostenuta da Breuer nella nostra comunicazione congiunta.² Secondo Breuer, "base e condizione" dell'isteria è la presenza di particolari stati di coscienza di tipo traumatico con limitata capacità di associazione, stati per i quali Breuer propone il nome di "stati ipnoidi". La scissione della coscienza è dunque secondaria, acquisita, e può avere luogo solo in quanto le rappresentazioni affioranti negli stati ipnoidi sono tagliate fuori dai rapporti associativi con il rimanente contenuto della coscienza.

Mi è ora possibile apportare le prove di quanto sostenuto esponendo due casi di altre forme estreme di isteria, casi in cui la scissione della coscienza non può assolutamente essere considerata primaria nel senso di Janet. Nella prima di queste forme mi è più volte riuscito di dimostrare che la scissione del contenuto di coscienza è conseguenza di un atto di volontà del malato, e che cioè essa è indotta da uno sforzo di volontà la cui motivazione è comunque individuabile. Con ciò non intendo naturalmente affermare che il malato si proponga intenzionalmente di determinare la scissione della sua coscienza; l'intenzione del malato è un'altra, ma essa non raggiunge il suo scopo e perciò provoca una scissione della coscienza.

In una terza forma di isteria, da noi individuata mediante l'analisi psichica³ di malati intelligenti, la scissione della coscienza riveste un

¹ P. JANET, *État mental des hystériques* (2 voll., Parigi 1892-94); *Quelques définitions récentes de l'hystérie*, Arch. Neurol., vol. 25, 417, e vol. 26, 1 (1893).

² "Comunicazione preliminare: Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici" [poi divenuta primo capitolo degli *Studi sull'isteria* (1892-95); per quanto segue vedi ivi p. 183].

³ [Il termine "analizzare" era già comparso nella "Comunicazione preliminare" (*ibid.*, p. 179)]; questa, è la prima volta che compaiono le espressioni "analisi psichica", "analisi clinico-psicologica" (p. 128), "analisi ipnotica" (p. 132) e "analisi psicologica" (nello scritto successivo, p. 140). Il termine "psicoanalisi" figurerà per la prima volta nello scritto in francese *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896), vedi p. 297.]

ruolo insignificante, o forse nullo. Sono questi i casi in cui non si ha che il perdurare della reazione di fronte allo stimolo traumatico, reazione che però non può essere liquidata e guarita per "abreazione";¹ si tratta insomma di casi di vera isteria da ritenzione.

Per quanto si riferisce alle fobie e alle ossessioni, ci interessa solo quella seconda forma di isteria che io, per motivi che tra non molto appariranno ovvi, ho chiamato isteria da difesa, volendo con tale nome distinguerla dalla isteria ipnoide e dalla isteria da ritenzione.² I miei casi di isteria da difesa potrei anche presentarli, per il momento, come casi di isteria "acquisita", dato che per essi non si può parlare né di gravi tare ereditarie, né di deficit degenerativo costituzionale.

Infatti, nei pazienti da me analizzati vi era stata sanità psichica fino al momento in cui nella loro vita ideativa si era presentato un caso di incompatibilità, ossia fino a quando al loro Io non si era presentata un'esperienza, una rappresentazione, una sensazione che aveva suscitato un affetto talmente penoso, che il soggetto aveva deciso di dimenticarla, convinto di non avere la forza necessaria a risolvere, per lavoro mentale, il contrasto esistente tra questa rappresentazione incompatibile e il proprio Io.

Nei soggetti di sesso femminile, simili rappresentazioni incompatibili si sviluppano per lo più sul terreno delle esperienze e della sensibilità sessuali; le ammalate ricordano anzi con la più auspicabile precisione gli sforzi compiuti per difendersene e i propri propositi di "scacciare" la cosa, di non pensarci, di reprimerla. Tra gli esempi pertinenti al nostro argomento e tratti dalla mia esperienza clinica, esempi il cui numero io potrei per altro moltiplicare con tutta facilità, citerò il caso di una ragazza che non si perdona di aver pensato, mentre assisteva il padre infermo, al giovane che ha risvegliato in lei un lieve interesse erotico, oppure il caso di un'istitutrice innamoratasi del padrone, la quale decise di levarsi di capo questo suo sentimento in quanto incompatibile con la propria dignità, e così via.³

Non posso certo sostenere che gli sforzi di volontà miranti a scacciare dai propri pensieri qualcosa di simile costituiscano un fatto patologico, così come non saprei dire se e in qual modo l'oblio in-

¹ Vedi la nostra comunicazione congiunta [Studi sull'isteria, p. 180].

² [È la prima volta che appaiono i termini "difesa" (Abwehr; vedi in proposito Studi sull'isteria, p. 300 n.) e "isteria da ritenzione" (Retentionshysterie; vedi ivi p. 357 n.).]

³ Questi esempi sono tratti dall'ampio lavoro, ancora inedito, redatto da Breuer e da me sul meccanismo psichico dell'isteria [Studi sull'isteria, casi della signorina Elisabeth von R. e di Miss Lucy R.].

tenzionale possa essere ottenuto da quelle persone che, a parità di situazione psichica, si mantengono sane. Io so soltanto che un tale "oblio" non fu raggiunto dai pazienti da me analizzati, ma che anzi esso portò a varie reazioni patologiche che produssero o un'isteria, o una rappresentazione ossessiva o una psicosi allucinatoria. Nella capacità di provocare, tramite uno sforzo di volontà, uno di questi stati, i quali tutti sono legati alla scissione della coscienza, va ravvisata l'espressione di una disposizione patologica, che per altro non va necessariamente identificata nella "degenerazione" personale o ereditaria.

Percorrendo la via che dallo sforzo di volontà del paziente conduce all'insorgenza del sintomo nevrotico, mi sono formato un'opinione che, nell'astratto linguaggio abitualmente usato in psicologia, può essere espressa all'incirca così: il compito che l'Io si assume quando si trova in stato di difesa, e cioè quello di considerare non *arrivé* la rappresentazione incompatibile, non può essere direttamente assolto dall'Io; una volta comparsi, sia la traccia mnestica che l'affetto che aderisce alla rappresentazione non possono più essere cancellati. Questo compito può tuttavia essere approssimativamente assolto quando si riesca a rendere debole, da forte che era, la rappresentazione, strappandole il suo affetto, la somma di eccitamento di cui essa è gravata.¹ La rappresentazione, così indebolita, non avrà più da rivalersi sul lavoro associativo; la somma di eccitamento che è stata staccata da essa deve però essere indirizzata verso un'altra utilizzazione.

Fino a questo punto, l'isteria, le fobie e le ossessioni mostrano di seguire uno stesso processo; da qui in avanti, però, le loro strade si separano. Nell'isteria, infatti, la rappresentazione incompatibile è resa inoffensiva dal fatto che *la sua somma di eccitamento viene trasformata in qualcosa di somatico*, processo per il quale desidererei proporre il nome di conversione.²

La conversione può essere totale o parziale e si realizza a carico di quella innervazione motoria o sensoria che risulta più o meno strettamente connessa con l'esperienza traumatica. Con ciò l'Io riesce ad eliminare ogni ragione di contrasto, ma per contro si sob-

¹ [Questa metafora (*behaftet* = gravata; vedine un'altra a p. 127: *ausgestattet* = fornita) sarà presto sostituita dal termine definitivo *besetzt* = investita, vedi *Studi sull'isteria*, p. 248. Per l'espressione "somma di eccitamento" vedi sopra *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici* (1893) p. 97, n. 1.]

² [La prima comparsa del termine "conversione" (*Konversion*). Vedi in proposito *Studi sull'isteria*, p. 352, n. 2.]

barca il peso di un simbolo mnestico¹ che, come un parassita, alberga nella coscienza quale innervazione motoria irrisolvibile, o quale sensazione allucinatoria a ricorso costante, perdurando fino a che non abbia luogo una conversione in direzione opposta. La traccia mnestica della rappresentazione rimossa² non è perciò scomparsa, ma anzi, a partire da questo momento, costituirà il nucleo di un secondo gruppo psichico.

Illustrerò ora con poche parole questa concezione dei processi psicofisici presenti nell'isteria: una volta divenuto "momento traumatico", un tale nucleo di disgregazione isterica raggiunge il suo potenziamento in altri momenti, che potrebbero essere definiti traumatici *in via ausiliare*, non appena un'impressione attuale della stessa specie riesca ad abbattere la barriera innalzata dalla volontà, ad apportare un nuovo affetto alla rappresentazione che era stata indebolita e a stabilire forzatamente un temporaneo legame tra i due gruppi psichici, e ciò fino a che una nuova conversione ripristini lo stato di difesa. In genere, tuttavia, nel soggetto isterico questo stato di non uniforme propagazione dell'eccitamento è estremamente labile; l'eccitamento spinto in una via sbagliata (nell'innervazione somatica) riesce di quando in quando a ritornare alla rappresentazione dalla quale era stato staccato, costringendo così il soggetto a rielaborarlo per via associativa o a minarlo nell'attacco isterico, fatto dimostrato dalla nota antitesi tra attacco e sintomo duraturo. L'azione catartica del metodo di Breuer consiste nel provocare di proposito un tale ritorno dell'eccitamento dalla sfera somatica a quella psichica, pervenendo poi alla composizione del contrasto mediante lavoro mentale e scarico verbale dell'eccitamento.

Una volta ammesso che, nell'isteria acquisita, la scissione della coscienza sottende un atto di volontà, con estrema facilità ci si spiega perché l'ipnosi riesca sempre e ad ampliare il limitato campo della coscienza degli isterici, e a rendere accessibile il gruppo psichico disgregato; sappiamo infatti che è tipico di tutti gli stati simili al sonno il fatto di abolire quella distribuzione dell'eccitamento su cui è basata la "volontà" della personalità cosciente.

La caratteristica differenziale dell'isteria va dunque ravvisata non nella scissione della coscienza, ma nella *capacità di conversione*, ed

¹ [Sull'espressione "simbolo mnestico" (*Erinnerungssymbol*), qui usata per la prima volta e spesso presente nei primi scritti di Freud, vedi *Studi sull'isteria*, p. 240, n. 2.]

² [Il concetto e il termine di "rimozione" già figurano nella "Comunicazione preliminare"; vedi *Studi sull'isteria*, p. 181, n. 1.]

è quindi lecito considerare elemento importante della disposizione all'isteria, altrimenti ignota, la proprietà psicosomatica di trasferire così ingenti somme di eccitamento nell'innervazione somatica.

Questa capacità non esclude, in sé e per sé, la sanità psichica, e porta all'isteria solo in caso di incompatibilità psichica o di accumulazione dell'eccitamento. Con tale asserzione Breuer e io ci avviciniamo alle note definizioni date dell'isteria da Oppenheim e da Strümpell,¹ allontanandoci per contro da Janet, secondo il quale, non senza esagerazione, l'isteria sarebbe appunto caratterizzata dalla scissione della coscienza.² La nostra esposizione aspira a rendere evidente la connessione tra conversione e scissione isterica della coscienza.

2.

Se i soggetti con disposizione [alla nevrosi] non hanno attitudine alla conversione ma se, tuttavia, per difesa da una rappresentazione incompatibile, ne vengono separando il suo affetto, allora questo affetto è costretto a restare nella sfera psichica. La rappresentazione, indebolita, rimane nella coscienza, esclusa da ogni associazione; il suo affetto, divenuto libero, aderisce però ad altre rappresentazioni, in sé non incompatibili, che, a loro volta, a causa di questo "falso nesso", si trasformano in rappresentazioni ossessive.³ Questa, in poche parole, la teoria psicologica delle ossessioni e fobie, di cui ho parlato all'inizio.

Preciserò ora quali tra gli elementi costitutivi di questa teoria siano direttamente accertabili, e quali invece siano le integrazioni da me apportate. Direttamente accertabile è in primo luogo (oltre alla fase terminale del processo, ossia la rappresentazione ossessiva) la fonte

¹ Oppenheim: L'isteria è un'espressione potenziata dell'emozione. L'"espressione dell'emozione" rappresenta tuttavia quel tasso di eccitamento che va normalmente soggetto al processo di conversione. — Strümpell: Il disturbo dell'isteria avviene nell'ambito psicosomatico, là dove vi è interdipendenza tra corpo e mente. — [Breuer cita queste definizioni negli *Studi sull'isteria*, p. 388.]

² Nella seconda parte del suo acuto studio *Quelques définitions* cit., lo stesso Janet considera l'obiezione che la scissione della coscienza si verifica anche nelle psicosi e nella psicoastenia, ma a mio parere, non supera tale obiezione in modo soddisfacente. È sostanzialmente questa obiezione a costringere Janet a interpretare l'isteria come una forma di degenerazione; per altro, egli non riesce a differenziare adeguatamente la scissione isterica della coscienza da quella psicotica e simili.

³ [Sul "falso nesso" (*falsche Verknüpfung*), di cui questa è la prima apparizione, vedi la lunga nota di Freud in *Studi sull'isteria*, pp. 229-32. L'espressione ritornerà nelle *Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva* (1909) § 1D, ove una trasposizione d'affetto è illustrata in modo assai simile a questo.]

da cui proviene l'affetto che si trova in falso nesso. In tutti i casi da me analizzati, a fornire un affetto penoso di natura perfettamente identica a quello aderente alla rappresentazione ossessiva era stata la vita sessuale. Da un punto di vista teorico, non è escluso che questo affetto possa, talvolta, presentarsi anche in altri settori; io mi sono limitato a riferire che, a me, finora non è risultato esservi altra ragione. Del resto, che proprio la sfera sessuale comporti gli spunti piú ricchi per l'insorgenza di rappresentazioni incompatibili, lo si capisce facilmente.

Accertabile è inoltre, grazie alle univoche asserzioni dei malati, lo sforzo di volontà, il tentativo di difesa al quale la nostra teoria dà tanto peso; in tutta una serie di casi, poi, sono stati gli stessi pazienti a riferire che la fobia o la rappresentazione ossessiva comparve solo dopo che lo sforzo di volontà aveva apparentemente raggiunto il suo scopo. "Mi accadde un tempo qualcosa di molto spiacevole; mi proposi allora di respingere con tutte le mie forze quell'episodio, di non pensarci piú. Alla fine ci riuscii, ma mi capitò quest'altra cosa, della quale non sono finora riuscita a liberarmi." Con tali parole una mia paziente mi confermò i punti essenziali della teoria qui elaborata.

Non tutti coloro che soffrono di rappresentazioni ossessive sanno vederci tanto chiaro sulle origini di esse. Di regola, quando si richiama l'attenzione del malato sulla sua prima rappresentazione ossessiva di natura sessuale, si ha solo questa risposta: "Non può dipendere da questo. Non ci ho mai pensato molto. Dapprima mi sono spaventato, ma poi me ne sono distratto e, da allora, sono stato tranquillo." Questa così frequente asserzione è una prova del fatto che la rappresentazione ossessiva costituisce una sostituzione o un surrogato della rappresentazione sessuale incompatibile che essa ha sostituito nella coscienza.

Tra lo sforzo di volontà del paziente che riesce a rimuovere la rappresentazione sessuale inaccettabile, e l'emergere della rappresentazione ossessiva che, in sé poco intensa, qui è fornita di un affetto¹ inconcepibilmente forte, si apre la lacuna che la teoria qui sviluppata intende colmare. La scissione della rappresentazione sessuale dal suo affetto, e l'adesione di quest'ultimo a un'altra rappresentazione, idonea ma non incompatibile, sono processi che hanno luogo inconsciamente, e che possono soltanto essere supposti, ma

¹ [Vedi p. 124, n. 1.]

non dimostrati dall'analisi clinico-psicologica. E, forse, meglio sarebbe dire che essi non sono processi di natura psichica, ma processi fisici la cui conseguenza psichica si manifesta come se quanto espresso con la locuzione "separazione della rappresentazione dal suo affetto e falso nesso di quest'ultimo" avesse realmente avuto luogo.¹

Accanto ai casi che dimostrano l'esistenza di un ordine successivo tra rappresentazione sessuale incompatibile e rappresentazione ossessiva, altri se ne rivelano che denotano la contemporanea presenza di rappresentazioni ossessive e rappresentazioni sessuali ad accento penoso. Chiamare queste ultime "rappresentazioni ossessive sessuali" non è certo il caso, mancando loro un carattere essenziale delle rappresentazioni ossessive: esse sono ampiamente giustificate, mentre la pena insita nelle rappresentazioni ossessive comuni costituisce un vero problema per il medico e per il malato. E quanto più ho potuto studiare casi di questo tipo, tanto più ho assodato trattarsi di una continua difesa da sempre nuove e continue rappresentazioni sessuali, e dunque di un lavoro che ancora non era giunto a termine.

I malati sono soliti tacere le proprie rappresentazioni ossessive fin tanto che hanno coscienza della derivazione sessuale di esse. Quando se ne lamentano, per lo più lo fanno per esprimere lo stupore di dover soggiacere all'affetto in questione, di essere angustiati, di avere determinati impulsi eccetera. Al medico preparato, questo affetto appare per contro giustificato e comprensibile, e semmai singolare gli appare solo il nesso di tale affetto con una rappresentazione a esso inadeguata. L'affetto gli apparirà, in altri termini, *dislocato* o *trasposto* e, se avrà adottato la teoria qui svolta, in tutta una serie di casi di rappresentazioni ossessive cercherà di ottenerne una *ritraduzione nella sfera sessuale*.

In vista del nesso secondario dell'affetto divenuto libero, può essere utilizzata qualsiasi rappresentazione che, per sua natura, sia conciliabile con la qualità di quel dato affetto, oppure che, con la rappresentazione incompatibile, dimostri di avere rapporti in conseguenza dei quali appaia idonea a costituirne il surrogato. Così, ad esempio, l'angoscia divenuta libera e di cui non si deve ricordare l'origine sessuale, si riversa sulle comuni fobie primarie che l'uomo presenta per gli animali, i temporali, l'oscurità ecc., oppure su cose

¹ [Un primo accenno alle innumerevoli discussioni sulla natura dell'inconscio. Vedi oltre p. 314, n. 2.]

in qualche modo decisamente associate alla sessualità, soprattutto l'urinare, il defecare, l'imbrattare e l'infettare.

Il vantaggio che l'Io, per giungere alla difesa, consegue battendo la via della trasposizione dell'affetto, è un vantaggio di gran lunga inferiore a quello dato, nell'isteria, dalla conversione dell'eccitamento psichico in innervazione somatica. L'affetto di cui l'Io ha sofferto non diminuisce e resta invariato tanto quanto prima, solo che la rappresentazione incompatibile, soffocata, resta esclusa dal ricordo.¹ A loro volta, le rappresentazioni incompatibili rimosse formano il nucleo di un secondo gruppo psichico che, a me pare, è accessibile anche senza l'ausilio dell'ipnosi. E se nelle fobie e nelle ossessioni mancano i vistosi sintomi che, nell'isteria, accompagnano la formazione di un gruppo psichico indipendente, ciò deriva dal fatto che, nel primo caso, l'intera modificazione resta circoscritta alla sola sfera psichica, e il rapporto tra eccitamento psichico e innervazione somatica non subisce alcuna variazione.

Chiarirò quanto detto sulle rappresentazioni ossessive valendomi di alcuni esempi di carattere verosimilmente tipico:

1) Una fanciulla soffre di autoaccuse ossessive. Legge sul giornale un fatto di falsari: ecco che le viene in mente di avere lei pure battuto moneta falsa; nel posto X un assassinio è stato perpetrato da ignoti: angosciosamente ella si chiede se non sia stata proprio lei a commettere questo delitto. In tali occasioni, la fanciulla è chiaramente cosciente dell'assurdità di queste autoaccuse ossessive. Per un certo periodo questo senso di colpa ebbe però su di lei un tale potere, da soffocare ogni sua facoltà critica, tanto che ella si accusò davanti ai suoi parenti ed al suo medico di avere veramente commesso tutti questi crimini (psicosi da semplice incremento, psicosi da sopraffazione²). Un acuto interrogatorio permise però di scoprire la fonte da cui traeva origine il suo senso di colpa: stimolata da una casuale sensazione di piacere, la fanciulla si era lasciata indurre, per istigazione di un'amica, alla masturbazione, che da anni praticava con piena coscienza del proprio torto e rivolgendosi i più aspri rimproveri anche se, come sempre in tali casi, questi non servivano

¹ [Vedi la elaborazione di questo processo in *La rimozione* (1915).]

² [*Überwältigungspsychose*, psicosi nella quale l'Io è sopraffatto. Il termine comparirà di nuovo nella lettera a Fliess dell'11 gennaio 1897, ma il concetto è ripreso nel 1895 negli *Studi sull'isteria*, pp. 401 sg., e nel 1896 nella *Minuta teorica K*, vedi sopra pp. 51 e 55.]

a nulla. L'eccesso compiuto al ritorno da un ballo sfociò nella psicosi. La fanciulla guarì dopo alcuni mesi di trattamento condotto sotto strettissima vigilanza.¹

2) Un'altra fanciulla ha costantemente paura di provare uno stimolo incoercibile a urinare e di doversi ritrovare bagnata, e ciò da quando un tale bisogno l'aveva realmente costretta ad abbandonare la sala durante l'esecuzione di un concerto. A poco a poco, questa fobia l'aveva resa del tutto incapace di divertirsi e di fare vita sociale. Si sentiva a suo agio solo quando sapeva che nelle vicinanze c'era un gabinetto raggiungibile senza essere visti. L'esistenza di un'affezione organica che giustificasse questa sfiducia nella propria capacità di controllare la vescica era assolutamente esclusa. Il bisogno di urinare non compariva se la paziente era a casa sua, in ambiente tranquillo, e neppure durante la notte. Un accurato esame dimostrò che il bisogno era comparso per la prima volta nelle seguenti circostanze: Nella sala del concerto aveva preso posto, non lontano da lei, un signore che non le era indifferente. La paziente incominciò a pensare a lui e a immaginarsi di stare seduta accanto a lui, come sua moglie. Durante questa fantasticheria erotica provò quella sensazione fisica che, nella donna, va paragonata all'erezione maschile e che, in lei (ignoro se ciò avvenga in generale), si concluse con un leggero bisogno di urinare. Questa sensazione sessuale, in lei per altro abituale, la spaventò, questa volta, violentemente, poiché si era impegnata con sé stessa a combattere questa e ogni altra inclinazione di tal genere: l'affetto a questa legato si era dunque successivamente trasferito sul bisogno di urinare, obbligando la fanciulla ad abbandonare, dopo una lotta tormentosa, la sala del concerto. Normalmente questa fanciulla era così pudica da inorridire profondamente per qualsiasi cosa si riferisse al sesso e da non poter neppure concepire l'idea di sposarsi; d'altra parte, sessualmente era talmente iperestetica, da provare quella sensazione di voluttà a ognuna delle fantasticherie erotiche che volentieri si concedeva. Il bisogno di urinare aveva sempre seguito l'erezione, senza farle particolare impressione fino al giorno del famoso concerto. Il trattamento portò a un controllo quasi totale della fobia.²

¹ [Il caso è riferito brevemente nello scritto successivo, p. 141.]

² [Anche questo caso è menzionato nello scritto successivo, p. 142, ed è riferito nella lettera a Fliess del 7 febbraio 1894, dove commenta: "Hai ragione; la connessione fra le nevrosi ossessive e la sessualità non è sempre tanto evidente. Ti posso assicurare che nel mio secondo caso (...) non fu tanto facile da individuare; se fosse capitato a uno meno mono-

3) Una giovane signora che, in cinque anni di matrimonio, aveva avuto un solo figlio, mi confidò di provare l'impulso ossessivo di gettarsi dalla finestra o dal balcone e di avere il terrore, che l'assaliva alla vista di un coltello acuminato, di uccidere suo figlio. I suoi rapporti coniugali, confessò, si svolgevano di rado e sempre facendo ricorso a pratiche anticoncezionali; solo che ella non ne sentiva la mancanza non essendo sensuale di natura. Mi provai allora a dirle di essere certo che la vista di un uomo faceva sorgere in lei rappresentazioni erotiche, e che per questo ella aveva perso ogni fiducia in sé stessa, immaginando di essere una persona riprovevole, capace di tutto. Questa mia retroversione da rappresentazione ossessiva a sfera sessuale riuscì pienamente, poiché subito la paziente confessò, piangendo, la sua compassionevole situazione coniugale, tanto a lungo tenuta nascosta e, più tardi, mi comunicò anche le sue penose rappresentazioni di carattere immancabilmente sessuale, così come la frequente sensazione che qualcosa le penetrasse sotto le vesti.

Di tali esperienze io ho fatto tesoro, a vantaggio della terapia delle fobie e delle ossessioni, per ricondurre l'accento, a onta della resistenza del malato, sulle rappresentazioni sessuali rimosse e, se possibile, per ostruire le fonti da cui queste provengono. Non posso naturalmente affermare che tutte le fobie e le ossessioni nascono nel modo testé esposto; prima di tutto, la mia esperienza non comprende che un numero di casi decisamente limitato rispetto alla dovizia di queste nevrosi; in secondo luogo, io stesso so che non tutti questi sintomi "psicoastenici" (stando alla definizione di Janet) sono equivalenti.¹ Esistono, per esempio, fobie puramente isteriche. Io penso però che il meccanismo della trasposizione dell'affetto sia dimostrabile nella gran maggioranza delle fobie e delle ossessioni, e do poi per certo che queste nevrosi, reperibili in forma isolata altrettanto spesso che in combinazione con l'isteria o la nevrastenia, non vanno confuse con la normale nevrastenia, alla base dei cui sintomi

ideistico di me, sarebbe passata inosservata. Eppure in questo caso, che è stato studiato da me per mesi di cura sovralimentativa, la sessualità domina semplicemente l'intera scena!" In questo periodo, Freud usava talvolta combinare metodo catartico e trattamento sovralimentativo di Weir Mitchell, vedi *Studi sull'isteria*, p. 405.]

¹ Il gruppo delle fobie tipiche, modello delle quali è l'agorafobia, non si lascia ricondurre al meccanismo psichico sopra descritto, ma anzi il meccanismo dell'agorafobia si discosta su un punto decisivo da quello delle ossessioni vere e proprie e delle fobie ridicibili a queste ultime. Qui non vi è alcuna rappresentazione rimossa dalla quale sia stato staccato l'affetto d'angoscia. L'angoscia di queste fobie ha un'altra origine.

fondamentali non è assolutamente possibile supporre vi sia un meccanismo psichico.

3.

In ambedue i casi ora considerati, la difesa dalla rappresentazione incompatibile era stata conseguita staccando dalla rappresentazione stessa l'affetto; seppure indebolita e isolata, la rappresentazione era però rimasta nella coscienza. Esiste per altro una forma di difesa, più energica ed efficace, consistente nel fatto che l'Io respinge la rappresentazione incompatibile unitamente al suo affetto e si comporta come se, all'Io, la rappresentazione non fosse mai pervenuta. *Solo che, nel momento in cui ciò si attua, il soggetto viene a trovarsi in uno stato di psicosi classificabile solo come "follia allucinatoria".* Basti un unico esempio a chiarire una tale affermazione.

Una giovane donna ha fatto dono a un certo uomo della sua prima impulsiva propensione e crede fermamente che il suo amore sia corrisposto. In realtà, ella è in errore; il giovane frequenta la sua casa per un altro motivo. Le delusioni non mancano, e inizialmente la ragazza se ne difende mediante una conversione isterica delle esperienze che gliene derivano, mantenendo così salda la sua fede che egli un giorno ritorni e chiedi la sua mano. La conversione però è imperfetta, le impressioni dolorose si rinnovano continuamente: ella si sente, quindi, infelice e malata. Infine, arriva ad attendere spasmodicamente il giovane per un certo giorno, il giorno di una ricorrenza familiare. Ma quel giorno passa senza che il giovane giunga. Una volta giunti e ripartiti tutti i treni con i quali egli sarebbe potuto arrivare, la ragazza cade in uno stato di follia allucinatoria. Egli è arrivato, ella ne sente la voce in giardino, si affretta ad andargli incontro in camicia da notte. Da quel momento, per due mesi, la paziente vive in un sogno felice che ha questo contenuto: egli è qui, le sta sempre accanto, tutto è come prima (prima delle delusioni da cui così faticosamente si è difesa). Isteria e malumore sono superati; durante la malattia non si parla mai di tutto l'ultimo periodo di dubbi e di dolore; ella è felice fino a che la si lasci in pace e dà in smanie solo se i provvedimenti adottati dai suoi familiari le impediscono di realizzare ciò che, in stretta coerenza con il suo sogno beato, ella vuol fare. Questa psicosi, a suo tempo incomprensibile, dieci anni dopo fu chiarita da un'analisi ipnotica.

Il fatto sul quale desidero ora richiamare l'attenzione è che il con-

tenuto di una simile psicosi allucinatoria consiste proprio nell'accentuazione della rappresentazione minacciata a motivo della malattia. È quindi giustificato asserire che l'Io si è difeso dalla rappresentazione incompatibile con la fuga nella psicosi;¹ il processo mediante cui ciò è avvenuto si sottrae e all'autopercezione e all'analisi clinico-psicologica. Esso va considerato espressione di una disposizione patologica di grado notevolmente elevato e può forse essere illustrato come segue: l'Io si strappa alla rappresentazione incompatibile, ma questa è inseparabilmente connessa a un pezzo di realtà; l'Io, strappandosi a essa, si stacca dunque, in tutto o in parte, anche dalla realtà.² Questa è, a mio parere, la condizione che permette di dare allucinatoriamente vita alle proprie rappresentazioni, per il che il soggetto, una volta felicemente attuata la difesa, si ritrova nello stato di follia allucinatoria.

Io non dispongo che di pochissime analisi di psicosi del genere, ma ritengo si tratti di un tipo di malattia psichica utilizzato molto spesso, dal momento che in nessun manicomio mancano esempi, analogamente interpretabili, di madri che, impazzite per la perdita del figlio, incessantemente cullano tra le braccia un pezzo di legno, o di fidanzate respinte che da anni aspettano in ghingheri il ritorno del promesso sposo.

Forse non è superfluo sottolineare che i tre tipi di difesa qui descritti e le tre forme di malattia a cui questa difesa porta, possono trovarsi riuniti in uno stesso soggetto. La contemporanea comparsa di fobie e di sintomi isterici, tanto frequentemente osservata in praxi, rientra tra quei fattori che rendono difficile separare nettamente l'isteria dalle altre nevrosi, obbligando perciò a creare il gruppo delle "nevrosi miste". La follia allucinatoria spesso non è compatibile con il perdurare dell'isteria né, di regola, con quello delle ossessioni. Per contro, non è raro che una psicosi da difesa irrompa episodicamente nel decorso di una nevrosi isterica o mista.

Desidero infine ricordare, con poche altre parole, l'ipotesi ausiliare di cui mi sono servito in questa mia descrizione delle nevrosi da difesa. Quest'ipotesi si basa sul fatto che all'interno delle funzioni

¹ [Nella forma più generale di "fuga nella malattia", questo concetto fu presto diffuso e accettato; vedi *Osservazioni generali sull'attacco isterico* (1908).]

² [Freud si occuperà di questo problema soprattutto nei suoi ultimi anni: vedi *Nevrosi e psicosi* (1923), *La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi* (1924), *Feticismo* (1927) e *La scissione dell'Io nel processo di difesa* (1938).]

psichiche va distinto un qualcosa — ammontare affettivo, somma di eccitamento¹ — che ha tutte le proprietà della quantità (anche se non possediamo alcun mezzo per misurarla), un qualcosa suscettibile di aumento, diminuzione, spostamento e scarica, e che si propaga sulle tracce mnestiche delle rappresentazioni quasi una carica elettrica sulle superfici dei corpi.

A quest'ipotesi, per altro già alla base della nostra teoria dell'“abreazione” nella “Comunicazione preliminare”, può essere dato lo stesso senso che i fisici danno alla corrente di un fluido elettrico. Per il momento, essa appare giustificata in quanto utilizzabile per riepilogare e chiarire molteplici stati psichici.

Vienna, fine gennaio 1894

¹ [Vedi p. 83, n. 7, e p. 97, n. 1. Si osservi che, nonostante qui i termini “ammontare affettivo” e “somma di eccitamento” appaiano come sinonimi, in realtà nel pensiero di Freud il primo va inteso come una manifestazione del secondo, il quale sottolinea l'origine della quantità.]

OSSESSIONI E FOBIE

1894

Avvertenza editoriale

Questo lavoro è stato scritto in francese da Freud nel 1894 (altri due articoli scrisse Freud direttamente in francese: *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche* del 1893, e *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* del 1896, entrambi riportati nel presente volume). Esso è stato pubblicato, col titolo *Obsessions et phobies*, nella "Revue neurologique", vol. 3 (2), 33-38 (30 gennaio 1895), ed è stato poi riportato nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 86-93, nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 334-42, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 345-53. È stato riassunto da Freud al N. 30 dei *Sommari dei lavori scientifici* riportati più avanti. Traduzione di Adele Campione.

È certamente anteriore, come composizione, allo scritto seguente *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"*, in quanto nell'ultima pagina esprime la speranza di poter scrivere quest'altro lavoro.

Nel primo paragrafo contiene l'esposizione dei punti di vista già esposti in *Le neuropsicosi da difesa* sulle ossessioni.

Il secondo paragrafo riguarda invece le fobie, considerate come qualche cosa di distinto dalle ossessioni, e riportate sotto il concetto di nevrosi d'angoscia, concetto che sarà pienamente sviluppato nello scritto successivo. Anche queste forme sarebbero di origine sessuale, non però in forza di un meccanismo psichico, ma per una accumulazione di tensione genetica, dovuta a comportamenti sessuali non regolari. Già in *Le neuropsicosi da difesa* (vedi sopra la nota a p. 131) Freud accennava a fobie tipiche non riconducibili al meccanismo delle ossessioni, e aventi un'origine diversa (cioè non psicogene). Il termine di "nevrosi attuali", per indicare la nevrosi d'angoscia e la nevrastenia e contrapposto a "psiconevrosi" (vedi p. 119), viene introdotto da Freud solo in *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi*, del 1898 (vedi p. 404, n. 1).

Osessioni e fobie

Loro meccanismo psichico e loro etiologia

Comincerò col contestare due asserzioni, spesso ripetute a proposito delle sindromi "ossessioni e fobie". Va detto: 1) che queste sindromi non sono legate alla nevrasenia pura, in quanto i malati colpiti da questi sintomi possono tanto essere nevrasenici quanto non esserlo; 2) che non vi è motivo di farle dipendere dalla degenerazione mentale, poiché sono rilevabili in soggetti che non sono più degenerati di quanto lo sia la maggior parte dei nevrotici in genere, poiché talvolta migliorano e possono persino talvolta essere guarite.¹

Le ossessioni e le fobie sono nevrosi a parte, dotate di un meccanismo particolare e un'etiologia che sono riuscito a porre in luce in un certo numero di casi e che, spero, si potranno dimostrare anche in molti altri casi nuovi.

Quanto alla suddivisione dell'argomento qui trattato, proporrei innanzitutto di lasciar da parte una certa classe di ossessioni intense, che sono soltanto ricordi, immagini inalterate di avvenimenti importanti. Citerò, come esempio, l'ossessione di Pascal, il quale credeva di vedere un abisso aprirsi alla sua sinistra "da quando era stato sul punto di precipitare, con la sua carrozza, nella Senna". Queste ossessioni e fobie, che potrei chiamare *traumatiche*, si riallacciano ai sintomi dell'isteria.

Messo da parte questo gruppo, è necessario distinguere: a) le ossessioni vere; b) le fobie. La loro differenza essenziale è la seguente.

In ogni ossessione vi sono due cose basilari: 1) una rappresentazione che s'impone al paziente; 2) uno stato emotivo associato. Ora, nella

¹ Sono molto lieto di constatare che gli autori che più di recente si sono occupati del nostro tema esprimono opinioni non lontane dalla mia. Vedi J.-B.-É. GÉLINEAU, *Des peurs maladives ou phobies* (Parigi 1894); e D. H. TUKE, *Imperative Ideas*. Brain, vol. 17, 179 (1894).

classe delle fobie, questo stato emotivo è sempre l'angoscia mentre, nelle ossessioni vere, esso può essere, allo stesso modo dell'ansietà, un altro stato emotivo come il dubbio, il rimorso, la collera. Cercherò innanzitutto di spiegare il meccanismo psicologico, veramente notevole, delle ossessioni vere, ben differente da quello delle fobie.

1.

In molte ossessioni vere, la cosa principale è, evidentemente, lo stato emotivo, giacché questo stato persiste inalterato, mentre varia la rappresentazione associata. Per esempio, la ragazza dell'osservazione 1 di cui sotto provava rimorso per ogni sorta di fatti: aver rubato, aver maltrattato le sorelle, aver battuto moneta falsa, eccetera. I soggetti che dubitano, dubitano di molte cose alla volta o di un cosa dopo l'altra. In questi casi, è lo stato emotivo che resta sempre lo stesso; l'idea cambia. In altri casi, parrebbe fissata anche l'idea, come nella ragazza dell'osservazione 4. Questa ragazza provava un odio incomprendibile per le domestiche di casa sua e, di conseguenza, le cambiava in continuazione.

Ebbene, ad una scrupolosa analisi psicologica di questi casi risulta che lo stato emotivo, come tale, è sempre giustificato. La ragazza dell'osservazione 1, cioè quella in preda a continui rimorsi, aveva buoni motivi per esserlo; le donne dell'osservazione 3, che dubitavano della loro capacità di resistere alle tentazioni, ben conoscevano il perché di un tale dubbio; la ragazza dell'osservazione 4, cioè quella che detestava le domestiche, aveva tutti i diritti di lamentarsi, e così via. Soltanto che (e l'impronta patologica consiste proprio in questi due caratteri): 1) lo stato emotivo si è cronicizzato; 2) la rappresentazione associata non è più, rispetto all'etiologia dell'ossessione, la rappresentazione giusta, originaria, ma è un'idea che la rimpiazza, che ne è il sostituto.

Prova ne sia che, negli antecedenti del paziente, all'origine dell'ossessione, è sempre possibile reperire l'idea originaria, sostituita. Le idee sostituite presentano capacità comuni, corrispondendo a impressioni veramente penose della vita sessuale del soggetto, impressioni che questi si è sforzato di dimenticare. Per altro, il soggetto è soltanto riuscito a sostituire la rappresentazione incompatibile con un'altra, inadatta ad associarsi allo stato emotivo che, da parte sua, è rimasto sempre lo stesso. Questa *mésalliance*¹ tra stato emotivo e

¹ [Altrove Freud usa l'espressione "falso nesso", vedi sopra p. 126.]

rappresentazione associata è ciò che conferisce alle ossessioni quel carattere d'assurdità che è loro proprio.

Desidero riportare le mie osservazioni e, a conclusione, tentare di darne una spiegazione teorica.

OSSERVAZIONE 1 Una ragazza che si rimproverava, pur riconoscendone l'assurdità, di aver rubato, battuto moneta falsa, ordito una congiura eccetera, secondo quanto veniva leggendo sui giornali.

Rettifica della sostituzione. Il rimprovero si riferisce all'onanismo che la paziente praticava in segreto e da cui non riusciva a liberarsi. La paziente guarì perché, sottoposta a una sorveglianza scrupolosa, non le fu più possibile masturbarsi.¹

OSSERVAZIONE 2 Giovane studente in medicina sofferente di un'analogia ossessione. Si rimproverava ogni sorta di azioni immorali: d'aver ucciso la cugina, deflorato la sorella, dato fuoco a una casa, eccetera. Arrivava al punto di tornare sui suoi passi per assicurarsi di non aver ucciso l'ultimo passante incontrato.

Rettifica. Il paziente aveva letto, in un libro di pseudo-medicina, che l'onanismo perverte la morale, ed essendo onanista, ne era restato scosso.

OSSERVAZIONE 3 Numerose donne che si lamentavano dell'ossessione di volersi gettare dalla finestra, di ferire i propri figli con un coltello o le forbici eccetera.

Rettifica. Ossessioni da tentazioni tipiche. Si trattava di donne che, del tutto insoddisfatte del proprio matrimonio, lottavano contro il desiderio e le idee voluttuose che le turbavano alla vista di altri uomini.

OSSERVAZIONE 4 Una ragazza perfettamente sana di mente e molto intelligente, che mostrava un odio incontrollabile per tutte le domestiche di casa sua, insorto per la prima volta nei confronti di una domestica sfrontata e di poi trasferito di domestica in domestica, tanto da rendere impossibile il *ménage* familiare. Si trattava di un sentimento composto di odio e insieme di disgusto. La paziente giustificava un tale sentimento spiegando che le porcherie commesse da queste ragazze le rovinavano la sua idea dell'amore.

Rettifica. Questa ragazza era stata l'involontaria testimone di un

¹ [Il caso è riferito più a lungo nello scritto precedente, pp. 129 sg.]

incontro amoroso della madre. Si era nascosto il viso e tappate le orecchie, facendo poi tutto il possibile per dimenticare quella scena che, oltre a disgustarla, l'avrebbe posta nell'impossibilità di restare con la madre, da lei amata teneramente. Riuscì nel suo intento, ma la collera, perché le si aveva insozzata l'immagine dell'amore, persistette nel suo animo e a questo stato emotivo non tardò ad associarsi l'idea di una persona che potesse prendere il posto di sua madre.

OSSERVAZIONE 5 Ragazza che si era quasi completamente isolata per paura ossessiva dell'incontinenza di urina. Non riusciva più a lasciare la sua camera o a ricevere visite, senza aver prima urinato un gran numero di volte. A casa sua e in riposo assoluto, la sua paura scompariva.

Rettifica. Si trattava di un'ossessione di tentazione o sfiducia. Più che della sua vescica, la paziente non si fidava della sua capacità di resistere a un impulso amoroso. L'origine dell'ossessione lo mostra chiaramente. Una volta, a teatro, alla vista di un uomo che le piaceva molto la ragazza aveva provato un intenso desiderio erotico, accompagnato (come sempre avviene nella polluzione spontanea delle donne) dal desiderio di urinare. La paziente si vide obbligata a lasciare la sala e, da quel momento, cadde in preda alla paura di provare nuovamente quella sensazione, ma al desiderio erotico si era sostituito il desiderio di urinare. Guarì completamente.¹

Pur mostrando un diverso grado di complessità, tutte le osservazioni riportate hanno in comune il fatto che la rappresentazione originaria (incompatibile) è stata sostituita da un'altra rappresentazione, sostitutiva. Nelle osservazioni che sto per riportare, la rappresentazione originaria è stata sí rimpiazzata, ma non da un'altra; essa risulta sostituita da azioni o impulsi che, in origine, hanno servito come *elementi di sollievo* o come *procedimenti protettivi*, e che ora si trovano grottescamente associati a uno stato emotivo che non si adatta a essi, ma che è rimasto immutato e altrettanto giustificato di quanto lo fosse all'origine.

OSSERVAZIONE 6 *Aritmomania ossessiva.* Una donna si riteneva obbligata a contare le assicelle del pavimento, i gradini delle scale ecc., e che faceva ciò in preda a un ridicolo stato d'angoscia.

Rettifica. La paziente aveva cominciato a contare per distrarsi dalle

¹ [Anche per questo caso vedi sopra p. 130.]

sue idee ossessive (di tentazione). Era riuscita nel suo intento ma, all'ossessione primitiva, si era sostituito l'impulso a contare.

OSSERVAZIONE 7 *Mania ossessiva di rimuginare.* Una donna soffriva di accessi di questa ossessione, che scomparivano soltanto in occasione di una qualche malattia, per lasciare il posto a preoccupazioni ipocondriache. Oggetto dell'accesso era una parte del corpo o una funzione somatica, per esempio la respirazione: perché si deve respirare? e se non volessi respirare? ecc.

Rettifica. Inizialmente la paziente era stata in preda alla paura di impazzire, fobia ipocondriaca molto comune tra le donne insoddisfatte, come essa lo era, del proprio marito. Per convincersi di non stare per impazzire, di poter ancora usufruire della propria intelligenza, la paziente aveva incominciato a porsi una quantità di domande e di grossi problemi. In principio, ciò riusciva a tranquillizzarla ma, con l'andar del tempo, questa abitudine alla speculazione si sostituì alla fobia. Da oltre quindici anni, la paziente andava alternativamente soggetta a periodi di paura (patofobia) e a periodi di mania di speculare.

OSSERVAZIONE 8 *Folie du doute* [Mania del dubbio]. Parecchi casi che mostravano i sintomi tipici di questa ossessione, ma che potevano essere facilmente chiariti. Questi soggetti avevano sofferto (o ancora soffrivano) di ossessioni diverse, e la consapevolezza che l'ossessione aveva pregiudicato tutte le loro azioni e interrotto molte volte il corso dei loro pensieri aveva suscitato legittimi dubbi sulla fedeltà della loro memoria. Ognuno di noi vedrebbe vacillare la propria sicurezza e sarebbe obbligato a rileggere una lettera o a rifare un conto, se la sua attenzione venisse deviata parecchie volte durante l'esecuzione di tali azioni. Il dubbio è una conseguenza del tutto logica della presenza delle ossessioni.

OSSERVAZIONE 9 *Folie du doute* (esitazione). La ragazza dell'osservazione 4 era divenuta estremamente lenta nel compiere le azioni della vita d'ogni giorno, e particolarmente nel far toeletta. Le erano necessarie ore intere per allacciarsi le stringhe delle scarpe o per pulirsi le unghie delle mani. A giustificazione di ciò, spiegava che non le era possibile far toeletta né quando veniva assalita dai suoi pensieri ossessivi, né immediatamente dopo. Aveva perciò preso l'abitudine di lasciar trascorrere un certo lasso di tempo dopo il ritorno dell'idea ossessiva.

OSSERVAZIONE 10 *Folie du doute* (paura dei fogli di carta). Una giovane donna che era stata presa da scrupoli dopo aver scritto una lettera, e che nello stesso tempo raccoglieva tutti i fogli di carta che vedeva, dava come spiegazione la confessione di un amore che prima non aveva voluto ammettere. A forza di ripetersi incessantemente il nome del suo beneamato, fu assalita dalla paura di lasciarsi sfuggire quel nome dalla penna, o di tracciarlo sovrappensiero su qualche pezzo di carta.¹

OSSERVAZIONE 11 *Misofobia*. Donna che si lavava le mani cento volte al giorno e che toccava solo col gomito le maniglie delle porte.

Rettifica. Era il caso di Lady Macbeth. Le abluzioni erano simboliche, destinate a sostituire, con la purezza fisica, la purezza morale che rimpiangeva di aver perduto. Ella era tormentata dal rimorso per un'infedeltà coniugale, di cui aveva deciso di scacciare il ricordo.² Si lavava anche le parti genitali.

Quanto alla teoria di questa sostituzione, mi accontenterò di rispondere alle tre seguenti domande:

1) Come avviene questa sostituzione?

Parrebbe trattarsi dell'espressione di una particolare predisposizione psichica. Perlomeno, l'eredità simile³ è rilevabile con ugual frequenza tanto nelle ossessioni che nell'isteria. Il malato dell'osservazione 2 mi raccontava infatti che suo padre aveva sofferto di sintomi simili ai suoi, e un giorno mi fece conoscere un suo cugino affetto da ossessioni e da tic convulsivo e la figlia di sua sorella, in cui, benché avesse solo undici anni, già era possibile notare la presenza di ossessioni (probabilmente di rimorso).

2) Per qual motivo avviene questa sostituzione?

Credo che essa possa essere interpretata come un atto di difesa (*Abwehr*) dell'Io contro la rappresentazione incompatibile. Tra i miei pazienti ve ne sono alcuni in grado di ricordare lo sforzo di volontà effettuato per scacciare la rappresentazione o il ricordo penosi dal

¹ Una canzone popolare tedesca dice:

*Auf jedes weisse Blatt Papier möcht' ich es schreiben:
Dein ist mein Herz und soll es ewig, ewig bleiben.*

[Su di ogni bianco foglio di carta lo vorrei scrivere:

Tuo è il mio cuore e tuo eternamente, eternamente dovrà restare.]

² [L'osservazione e il riferimento a Lady Macbeth saranno ripresi da Breuer negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 389, n. 1.]

³ [Vedi oltre la discussione dell'eredità simile in *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896) p. 291.]

campo della propria coscienza (osservazioni 3, 4, 11). In altri casi, l'espulsione della rappresentazione incompatibile è avvenuta in un modo inconscio che non ha lasciato traccia nella memoria dei pazienti.

3) Perché lo stato emotivo associato alla rappresentazione ossessiva si è cronicizzato e non è sparito come gli altri stati del nostro Io?

A questa domanda si può rispondere con la teoria che Breuer e io abbiamo sviluppato a proposito della genesi dei sintomi isterici.¹ In questa sede desidero soltanto far notare che il fatto stesso che vi sia una sostituzione rende impossibile la scomparsa dello stato emotivo.

2.

A questi due gruppi di ossessioni vere si aggiunge la classe delle "fobie", forme che prenderemo ora in considerazione. Ho già accennato alla grande differenza esistente tra ossessioni e fobie, e al fatto che, in queste ultime, lo stato emotivo è sempre l'angoscia, la paura. Potrei aggiungere che le ossessioni sono molteplici e più differenziate, mentre le fobie sono piuttosto monotone e tipiche.

Ma non si tratta di una differenza di capitale importanza.

Anche tra le fobie è possibile discernere due gruppi, caratterizzati dall'oggetto della paura: 1) fobie comuni; paura esagerata per cose che tutti, un poco, aborriamo o temiamo: la notte, la solitudine, la morte, le malattie, i pericoli in genere, i serpenti, eccetera; 2) fobie occasionali; paura di condizioni speciali che non ispirano alcun timore all'uomo sano, per esempio l'agorafobia e le altre fobie della locomozione. È interessante notare che queste ultime fobie non sono ossessive quanto le ossessioni vere e le fobie comuni. In esse, lo stato emotivo non compare che in quelle date circostanze, per altro accuratamente evitate dal malato.

Il meccanismo delle fobie è del tutto diverso da quello delle ossessioni. Qui non impera più la sostituzione, qui l'analisi psichica non scopre più una rappresentazione incompatibile, sostituita. Non si trova mai nient'altro che lo stato emotivo di angoscia che, mediante una sorta di elezione, ha posto in risalto tutte le idee proprie a divenire oggetto di una fobia. Nei casi di agorafobia ecc., si ritrova spesso il ricordo di un attacco d'angoscia; e, in verità, ciò che il malato

¹ "Comunicazione preliminare" del 1892 [divenuta poi primo capitolo degli Studi sull'isteria].

paventa è che un tale attacco insorga in determinate circostanze, che gli impedirebbero di sfuggirgli.

Questo stato emotivo di angoscia che sta alla base delle fobie non deriva da alcun ricordo e ci si dovrà ben domandare quale mai possa essere la fonte di questa possente condizione del sistema nervoso.

Ebbene, io spero di poter provare un'altra volta che vi è motivo di isolare un particolare tipo di nevrosi, la nevrosi d'angoscia,¹ il cui sintomo principale è appunto costituito da questo stato emotivo; ne elencherò i vari sintomi e insisterò sulla necessità di differenziare questa nevrosi dalla nevrastenia, forma con la quale essa viene attualmente confusa. Dunque, *le fobie fanno parte della nevrosi d'angoscia*, e sono quasi sempre accompagnate da altri sintomi della stessa serie.

La nevrosi d'angoscia è d'origine sessuale, anch'essa, per quanto ne so, ma non si riallaccia a rappresentazioni tratte dalla vita sessuale: per parlare esattamente, essa non ha un meccanismo psichico. La sua etiologia specifica consiste in un accumulo di tensione genesica provocato da astinenza o irritazione sessuale frustranea² (tanto per dare una formula generale: per effetto del coito riservato, dell'impotenza relativa del marito, dell'eccitazione insoddisfatta dei fidanzati, dell'astinenza forzata ecc.).

In tali condizioni, estremamente frequenti, soprattutto per la donna, nella società attuale, si ha dunque lo sviluppo della nevrosi d'angoscia, di cui le fobie sono una manifestazione psichica.

Osservo, a titolo di conclusione, che vi può essere una combinazione di fobia e ossessione pura, e rilevo anche che questo avviene con estrema frequenza. Si può trovare che, agli inizi della malattia, vi era una fobia sviluppatasi come sintomo della nevrosi d'angoscia. L'idea che costituisce la fobia e che si trova qui associata alla paura può essere sostituita da un'altra idea o piuttosto da quella misura protettiva che sembrava attenuare la paura. L'osservazione 7 (rimuginare ossessivo) presenta un bell'esempio di questa categoria, in quanto *fobia con aggiunta di un'ossessione vera per sostituzione*.

¹ [È il primo uso del termine "nevrosi d'angoscia" in uno scritto pubblicato, ma era già apparso nelle *Minute teoriche* (vedi sopra p. 7). In tedesco comparirà nello scritto seguente, p. 154. Sia il termine che il concetto, secondo L. LÖWENFELD, *Die psychischen Zwangerscheinungen* (Wiesbaden 1904) p. 479, si devono a Freud.]

² [Nell'originale francese "fruste" (vedi sopra p. 106 n.), ma si tratta evidentemente di un errore, probabilmente di Freud, per "frustrée", reso spesso da Freud col tedesco "frustrane".]

LEGITTIMITÀ DI SEPARARE DALLA NEVRASTENIA
UN PRECISO COMPLESSO DI SINTOMI COME
“NEVROSI D'ANGOSCIA”

1894

A PROPOSITO DI UNA CRITICA DELLA
“NEVROSI D'ANGOSCIA”

1895

Legittimità di separare dalla nevrasenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"

Questo articolo è apparso col titolo *Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen*, *Neurologisches Zentralblatt*, vol. 14 (2), 50-66 (gennaio 1895), ed è stato poi ripubblicato nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 60-85, nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 306-33, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 315-42. Freud lo ha riassunto al N. 32 dei *Sommari dei lavori scientifici* riportati piú avanti. La traduzione è di Adele Campione.

Esso — come è accennato nella Avvertenza editoriale premessa allo scritto precedente (p. 137) — costituisce la esposizione sistematica della teoria della nevrosi d'angoscia, distinta come seconda "nevrosi attuale" (termine che verrà introdotto nel 1898 in contrapposizione alle "psico-nevrosi") accanto alla nevrasenia. Questa teoria fu elaborata da Freud a partire dal 1892: vi sono infatti accenni ad essa in varie *Minute teoriche per Wilhelm Fliess*:

Così nella Minuta A (che sembra essere della fine del 1892) si trova, oltre alla affermazione che non vi è nevrasenia senza un disturbo sessuale, quella, data in forma dubitativa, che l'angoscia, nella nevrosi d'angoscia, sorga dalla inibizione della funzione sessuale.

Piú importante è la Minuta B (che dal timbro postale risulta essere dell'8 febbraio 1893); essa è intitolata *L'etiologia delle nevrosi* (per nevrosi Freud intende là la nevrasenia e le nevrosi d'angoscia, e cioè quelle che piú tardi dirà nevrosi attuali) ed espone, con un anticipo di due anni, tutti gli elementi essenziali della teoria sviluppata nel presente scritto.

Nella Minuta E, intitolata *Come si origina l'angoscia*, non datata, ma che viene attribuita al giugno 1894, sono riferite le successive osservazioni e considerazioni attraverso le quali la teoria della nevrosi d'angoscia si è venuta formando nel pensiero di Freud. In quella minuta è espresso il concetto di una diretta trasformazione dell'accumulo della tensione sessuale in angoscia, che è ripetuto anche nel presente scritto.

Va tuttavia notato che, accanto all'affermazione con cui l'angoscia è

considerata una diretta trasformazione di una energia somatica, che non è riuscita a trovare una scarica attraverso una elaborazione psichica adeguata (affermazione che si trova illustrata da uno schema della sessualità nella *Minuta G*, non datata, ma attribuita al 7 gennaio 1897), è esposta nel presente scritto anche una interpretazione diversa e per così dire psicologica, e non somatica, dell'angoscia: per cui nella nevrosi l'angoscia sarebbe una reazione della psiche (o del sistema nervoso) alle fonti interne dell'eccitamento, corrispondente a quella reazione a una fonte, invece, esterna che si ha nella comune paura. Cosicché l'individuo cadrebbe nella nevrosi d'angoscia quando "si sente incapace di fronteggiare l'eccitamento (sessuale) di origine endogena", comportandosi "come se proiettasse all'esterno questo eccitamento".

Questo concetto dell'angoscia nevrotica, come reazione a un pericolo interno costituito dalle pulsioni, sarà sviluppato da Freud molti anni più tardi quando, a partire dall'*Analisi della fobia di un bambino di cinque anni* (1908), attenuando l'importanza del fattore organico dell'angoscia e restringendo il campo delle nevrosi attuali (di cui egli non si è più specificamente occupato dopo il 1898), individuerà come nuova "psico-nevrosi" l'isteria d'angoscia.

Negli scritti di questi anni sulla nevrosi d'angoscia, Freud si rendeva conto che il problema dell'angoscia non era del tutto chiarito. Lo afferma scrivendo a Fliess (lettera del 22 giugno 1894) e anche pubblicamente (vedi l'ultimo periodo del punto 3 del lavoro che segue questo, p. 187). La dottrina definitiva di Freud sull'angoscia è di trent'anni dopo, ed è contenuta in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925).

Nel presente scritto, come nelle *Minute* che sono state citate, Freud usa il termine *libido* per indicare l'eccitazione psichica, della pulsione sessuale, mentre il fattore somatico è indicato come tensione sessuale fisica, o come accumulazione di energia fisica.

Notevole è che nel riassunto del presente lavoro, fatto da Freud nel 1897 per i *Sommari dei lavori scientifici* (riportati più avanti in questo stesso volume), Freud descriverà il meccanismo della deviazione dell'eccitamento sessuale somatico dal suo impiego normale dicendo che "l'angoscia nevrotica è libido sessuale trasformata": dando dunque alla libido il significato di energia somatica. Così pure in *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi* del 1898, riportato più avanti in questo stesso volume, Freud, riferendosi alla dottrina dell'angoscia esposta nel presente scritto, dice che l'angoscia è libido deviata dal suo impiego.

Una certa ambiguità di questo genere, nell'uso del termine *libido*, è rimasta anche nell'opera successiva di Freud.

A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia"

Nel marzo del 1895 apparve, nello stesso "*Neurologisches Zentralblatt*" che aveva pubblicato in gennaio il lavoro di Freud sulla nevrosi d'angoscia, una critica del noto psichiatra di Monaco Leopold Löwenfeld

(1847-1923). Freud replicò con il presente scritto polemico, pubblicato col titolo *Zur Kritik der "Angstneurose"*, *Wiener klinische Rundschau*, vol. 9 (27), 417-19, (28), 435-37 e (29), 451-52 (7, 14 e 21 luglio 1895). Esso è stato riportato nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 94-111, nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 343-62, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 357-76. Freud lo ha riassunto al N. 33 dei *Sommari dei lavori scientifici*, riportati piú avanti. La traduzione è di Adele Campione.

Löwenfeld era in buoni rapporti con Freud, e mantenne tali rapporti anche dopo questa polemica. Freud prestò la propria collaborazione a Löwenfeld per due suoi libri, con gli scritti *Il metodo psicoanalitico freudiano* del 1903, e *Psicoterapia* del 1904. Löwenfeld presenziò nel 1908 e nel 1910 ai primi due Congressi di psicoanalisi, leggendo nel secondo congresso una propria comunicazione sull'ipnotismo. Freud stesso accennò nel 1917 al fatto che la presente polemica non aveva avuto influenza sui loro rapporti: "Fino a pochi anni fa potevo vantarmi anch'io di essermi imbarcato una sola volta in una normale polemica scientifica con un unico studioso (Löwenfeld di Monaco). La conclusione fu che siamo diventati amici e che lo siamo rimasti fino a oggi" (lezione 16 della *Introduzione alla psicoanalisi*, 1915-17).

Löwenfeld nella sua critica negava che il fattore sessuale, indicato da Freud, potesse essere responsabile dell'angoscia fobica, e opponeva alla dottrina di Freud il principio del fattore ereditario nelle nevrosi.

Nel rispondere a Löwenfeld, Freud riprende un concetto che aveva già espresso nella *Minuta B* del 1893 sopra riportata, secondo il quale nella ricerca della etiologia delle nevrosi vanno distinti un elemento condizionante a natura stabile (senza del quale la nevrosi non si sviluppa) e fattori determinanti, i quali, congiunti all'elemento condizionante, danno propriamente luogo alla nevrosi.

Già nella *Minuta B* Freud osservava che se l'elemento condizionante è forte sono sufficienti fattori determinanti lievi, per produrre la nevrosi, mentre se esso è debole soltanto fattori determinanti assai rilevanti hanno effetto: introducendo in tal modo un concetto economico sull'effetto concorrente dei differenti fattori etiologici (equazione etiologica). Questo principio è ripetuto nel presente scritto, dove la classificazione dei fattori etiologici è approfondita, distinguendo: una condizione (rappresentata dal fattore ereditario), una causa specifica (costituita dall'anormale comportamento sessuale), cause concorrenti (costituite da tutti i fattori che abbassano la capacità di resistenza), e cause scatenanti (rappresentate da tutti i possibili incidenti banali).

Gli stessi concetti sono ripresi nell'articolo pubblicato l'anno successivo, *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi*, riprodotto piú avanti.

*Legittimità di separare dalla nevrastenia
un preciso complesso di sintomi come
“nevrosi d'angoscia”*

1804

Fin tanto che il termine nevrastenia servirà a indicare tutto ciò per cui Beard¹ lo ha impiegato, sarà certo difficile poter dire qualcosa di universalmente valido a proposito di questa malattia. La neuropatologia, penso, non potrà che trarre vantaggio dal tentativo di distinguere dalla nevrastenia vera tutti quei disturbi nevrotici i cui sintomi appaiono più legati tra loro che ai sintomi tipici della nevrastenia (senso di pressione alla testa, irritazione spinale, dispepsia con flatulenza e costipazione),² e che inoltre dimostrano di essere essenzialmente diversi dalla nevrastenia, sia per la loro etiologia che per il loro meccanismo. Una simile distinzione porrà subito in luce un quadro abbastanza uniforme della nevrastenia e permetterà di distinguere dalla nevrastenia vera, più esattamente di quanto non si sia riusciti a fare finora, varie pseudonevrastenie (il quadro della nevrosi nasale riflessa indotta organicamente,³ i disturbi nervosi della cachessia e dell'arteriosclerosi, gli stadi iniziali della paralisi progressiva e di alcune psicosi). Oltre a ciò, sarà possibile considerare a sé stanti, seguendo la proposta di Moebius, alcuni status nervosi degli individui ereditariamente degenerati, e si troveranno validi motivi per ascrivere alla melanconia alcune nevrosi, soprattutto di natura intermittente o periodica, che oggi vengono chiamate nevrastenia. Comunque, si potrà dare il via al più profondo dei cambiamenti solo quando ci si deciderà a distinguere dalla nevrastenia il complesso sintomatologico che descriverò più avanti e che possiede in

¹ [G. M. Beard (1839-83), neurologo americano, autore di: *American Nervousness, its Causes and Consequences* (New York 1881) e di *Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaustion), its Hygiene, Causes, Symptoms and Treatment* (New York 1884).]

² [Vedi *Un caso di guarigione ipnotica* (1892) p. 123 n.]

³ [Si tratta di un'entità nosologica che era stata proposta da Fliess, vedi lettera a Fliess del 30 maggio 1893.]

misura particolarmente adeguata le caratteristiche sopra elencate. I sintomi di questo complesso si mostrano clinicamente molto piú vicini gli uni agli altri che a quelli schiettamente nevrastenici (cioè, compaiono frequentemente insieme e, nel corso della malattia, si scambiano vicendevolmente); l'etiologia ed il meccanismo di questa nevrosi sono poi fundamentalmente diversi dall'etiologia e dal meccanismo della nevrastenia vera, cosí come quest'ultima appare dopo una simile separazione.

Questo complesso di sintomi io l'ho denominato "nevrosi d'angoscia",¹ in quanto tutte le sue componenti possono essere riunite intorno al suo sintomo principale, l'angoscia, e in quanto ognuna di esse sta in una determinata relazione con l'angoscia stessa. Questa mia concezione dei sintomi della nevrosi d'angoscia mi sembrava originale; un giorno, tuttavia, mi capitò tra le mani una interessante relazione di Hecker, nella quale trovai la stessa interpretazione, esposta con la maggiore precisione e completezza desiderabili.² Per altro, Hecker, al contrario di quanto io intendo fare, non considera indipendenti dalla nevrastenia i sintomi da lui riconosciuti come equivalenti o rudimenti dell'attacco di angoscia, e ciò è chiaramente dovuto al fatto che egli non ha assolutamente preso in considerazione le differenze etiologiche esistenti tra le due nevrosi. Riconosciuta una tale differenza, cade la necessità di indicare con uno stesso nome tanto i sintomi dell'angoscia che quelli schiettamente nevrastenici, dato che un nuovo nome, altrimenti arbitrario, ha soprattutto lo scopo di facilitare l'enunciazione di affermazioni di validità generale.

1. Sintomatologia clinica della nevrosi d'angoscia

Quella che io chiamo "nevrosi d'angoscia", si presenta in modo completo o rudimentale, isolata o in combinazione con altre nevrosi. I casi in qualche misura completi e, nello stesso tempo, isolati, sono naturalmente quelli che giustificano con particolare efficacia l'ipotesi che la nevrosi d'angoscia possieda piena indipendenza clinica. Negli altri casi, ci si trova di fronte al problema di selezionare e distinguere da un complesso di sintomi, corrispondente a una

¹ [Angstneurose, vedi p. 146, n. 1.]

² E. HECKER, *Über larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie*, Zbl. Nervenheilk., vol. 16, 565 (1893). L'angoscia viene considerata uno dei sintomi principali della nevrastenia nel lavoro di H. KAAH, *Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang* (Vienna 1893).

“nevrosi mista”, quei sintomi che non appartengono alla nevrosi, all'isteria e simili, bensì alla nevrosi d'angoscia.

Il quadro clinico della nevrosi d'angoscia comprende i seguenti sintomi:

1) *Irritabilità generica*. Si tratta di un sintomo nervoso frequente e, come tale, presente in molti *status nervosi*. È stato qui incluso in quanto si manifesta regolarmente nella nevrosi d'angoscia ed è, teoricamente, importante. Un alto grado di irritabilità sta regolarmente a indicare o la presenza di un eccitamento che si è andato via via sempre più accumulando, oppure l'incapacità di sopportare questo accumulo: e quindi un accumulo relativo o assoluto di eccitamento. Particolarmente degno di rilievo mi pare il fatto che questa irritabilità si esprima mediante un'iperestesia uditiva, un'ipersensibilità ai rumori, sintomo che va certamente chiarito tenendo presente l'innata intima correlazione che esiste tra impressione acustica e spavento. L'iperestesia uditiva si ritrova spesso come causa di insonnia, di cui più di una forma appartiene alla nevrosi d'angoscia.

2) *Attesa angosciosa*. Non posso chiarire lo stato a cui mi riferisco se non definendolo con questo nome e corredando di alcuni esempi questa definizione. Consideriamo, per esempio, il caso di una donna la quale, a ogni colpo di tosse del marito, affetto da catarro, subito pensa che egli si ammalerà di polmonite e già immagina di assistere al funerale. Se poi, tornando a casa, vede due o tre persone riunite davanti al suo portone, non può fare a meno di pensare che uno dei suoi figli sia caduto dalla finestra; se sente suonare le campane, pensa che presto qualcuno le recherà una ferale notizia, e via dicendo. È evidente che nessuno di questi casi offre particolare motivo per giustificare l'avverarsi di mere possibilità.

Naturalmente l'attesa angosciosa si verifica anche nei soggetti normali; essa è compresa in tutto ciò che viene indicato come “ansietà, tendenza a una visione pessimistica delle cose” ma, nei soggetti nevrotici, essa va per lo più molto al di là di quella che è un'ansietà comprensibile e viene sovente riconosciuta anche dallo stesso ammalato come una specie di coazione. A una delle forme dell'attesa angosciosa, a quella cioè che si riferisce alla propria salute, può essere riservato il vecchio termine di *ipocondria*. Non sempre l'ipocondria procede di pari passo con l'attesa angosciosa in generale; essa esige, come condizione preliminare, l'esistenza di parestesie e di penose sensazioni somatiche. L'ipocondria è perciò la forma preferita dai

soggetti affetti da nevrastenia vera, quando, come spesso avviene, vengano colpiti anche da nevrosi d'angoscia.¹

Altra manifestazione dell'attesa angosciosa potrebbe essere la tendenza, così frequente nelle persone sensibili ai problemi morali, all'angoscia morale,² alla scrupolosità e alla pedanteria, tendenza che può anch'essa variare dai limiti della normalità fino a quella sua accentuazione che costituisce la *mania del dubbio*.

L'attesa angosciosa è il sintomo centrale della nevrosi; ed essa rende evidente l'esattezza di tutta una parte della teoria. Si può dire che vi è un *quantum di angoscia liberamente fluttuante*, che domina nell'attesa la scelta delle rappresentazioni e che è sempre pronto ad aderire a qualsiasi contenuto rappresentativo gli venga offerto.

3) Non è questo l'unico modo con cui si può estrinsecare tale ansietà, costantemente in agguato anche se, per lo più, in forma latente per la coscienza. Essa può irrompere all'improvviso nella coscienza senza essere risvegliata dal decorso delle rappresentazioni, dando così luogo a un attacco d'angoscia. Tale attacco può consistere in una sensazione di angoscia non associata ad alcuna rappresentazione oppure associata a un presentimento di morte improvvisa, di "colpo apoplettico", di incipiente pazzia; a questa sensazione di angoscia, può pure esser mescolata una parestesia qualsiasi (analogamente all'aura isterica³); o anche, infine, è a essa legato un disturbo di una o più funzioni somatiche: della respirazione, dell'attività cardiaca, dell'innervazione vasomotoria, dell'attività ghiandolare. Il paziente dà rilievo ora all'uno ora all'altro degli elementi di questa combinazione, e lamenterà quindi "crampi al cuore", "fame d'aria", "sudorazione profusa", "fame lupina" e simili, denunciando così un quadro sintomatologico nel quale spesso l'angoscia o passa completamente in secondo piano, o viene indicata, in modo del tutto irriconoscibile, come "malessere", "vago senso di disagio", e così via.

4) Interessante, e inoltre importante dal punto di vista diagnostico, è poi il fatto che, nell'attacco d'angoscia, questi elementi sono

¹ [Sulla relazione tra ipocondria, nevrastenia e nevrosi d'angoscia Freud tornerà negli *Studi sull'isteria* (1892-95) pp. 396 sg. Più tardi, nella *Introduzione al narcisismo* (1914) § 2, egli distinguerà nettamente l'ipocondria come la terza delle "nevrosi attuali", accanto alla nevrastenia e alla nevrosi d'angoscia. Per le "nevrosi attuali" vedi oltre *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi* (1898) p. 404, n. 1.]

² [Gewissensangst, letteralmente: angoscia di coscienza morale. Vedi *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) capp. 7-9, e, in genere, gli ultimi scritti di Freud.]

³ [Vedi nota p. 90.]

mescolati in proporzioni estremamente variabili, e che l'attacco può perfino essere costituito o dalla sola angoscia, oppure da uno solo di questi sintomi collaterali. Vi sono quindi attacchi d'angoscia rudimentali ed equivalenti dell'attacco d'angoscia, aventi tutti, verosimilmente, lo stesso significato, i quali mostrano una grande ricchezza di forme finora sottovalutate. I neuropatologi dovrebbero al più presto porsi come compito necessario lo studio approfondito di questi stati larvali d'angoscia (come li chiama Hecker) e la loro differenziazione diagnostica da altri attacchi.

Dò qui un elenco delle sole forme a me note dell'attacco d'angoscia:

- a) forme unite a disturbi dell'attività cardiaca, come palpitazione, con aritmia di breve durata o con tachicardia di lunga durata che può giungere fino a gravi stati di cardioastenia, non sempre facilmente differenziabili da un'affezione cardiaca organica; oppure pseudoangina pectoris, che è un campo diagnosticamente senz'altro arduo!
- b) forme unite a disturbi della respirazione, varie forme di dispnea nervosa, accessi di tipo asmatico e simili. Sottolineo che questi accessi non sempre sono accompagnati da angoscia evidente;
- c) accessi di sudorazione, spesso notturna;
- d) accessi di tremori e scosse, molto facilmente confondibili con quelli isterici;
- e) accessi di fame lupina, spesso unita a vertigine;
- f) diarrea, in occasione di attacchi;
- g) accessi di vertigine locomotoria;
- h) accessi di cosiddette congestioni, cioè tutto ciò a cui è stato dato il nome di nevrasenia vasomotoria;
- i) accessi di parestesie (che però raramente compaiono senza essere accompagnate da angoscia o da un simile senso di disagio.

5) Il sobbalzare di notte dallo spavento (*pavor nocturnus* degli adulti), generalmente accompagnato da angoscia, dispnea, sudore, eccetera, non è altro assai spesso che una varietà di attacco d'angoscia. Questo disturbo condiziona una seconda forma di insonnia [vedi p. 155] nell'ambito della nevrosi d'angoscia. Mi è del resto apparso fuori di ogni dubbio che anche il *pavor nocturnus* infantile sta a indicare una forma che appartiene alla nevrosi d'angoscia. La sua apparenza isterica, il collegamento dell'angoscia con la riproduzione di un episodio idoneo o di un sogno, fanno apparire il *pavor nocturnus* infantile come qualcosa di speciale; esso però compare anche isolata-

mente, indipendentemente dal sogno o da un'allucinazione ricorrente.

6) All'interno del gruppo dei sintomi, una posizione di particolare rilievo viene assunta dalla vertigine che, nella sua forma piú leggera, sarebbe meglio chiamare "barcollamento" e che, sotto forma di "accesso di vertigine" accompagnato o no da angoscia, appartiene a quei sintomi della nevrosi che danno luogo alle piú gravi conseguenze. La vertigine della nevrosi d'angoscia non è una vertigine rotatoria, e neppure produce, come la vertigine di Ménière, il rilievo di alcuni piani e direzioni. Essa è una vertigine della locomozione e della coordinazione come la vertigine prodotta dall'oftalmoplegia; consiste in un malessere specifico, accompagnato dalla sensazione che il suolo ondeggi, che le gambe non reggano e che sia impossibile restare in piedi; le gambe, divenute pesanti come il piombo, tremano o si piegano. Questa vertigine non comporta la caduta. Vorrei per contro affermare che un accesso di vertigine di questo tipo può anche essere sostituito da uno svenimento profondo. Altre forme di svenimento appartenenti alla nevrosi d'angoscia possono avere l'apparenza di un collasso cardiaco.

L'accesso di vertigine è non di rado accompagnato dalla peggior specie di angoscia, spesso in combinazione con disturbi cardiaci o respiratori. Stando alle mie osservazioni, nella nevrosi d'angoscia è spesso riscontrabile anche la vertigine delle altezze, delle montagne e dei precipizi; non so però se sia giustificato ammettere anche una vertigo a stomacho laeso.

7) Sulla base dell'ansietà cronica (attesa angosciosa) da un lato, e della tendenza agli accessi di vertigine da angoscia dall'altro, si sviluppano due gruppi di fobie tipiche, le prime relative alle minacce fisiologiche in genere, le altre relative alla locomozione. Al primo gruppo appartengono la fobia dei serpenti, dei temporali, dell'oscurità, degli insetti eccetera, nonché la tipica iperscrupolosità morale e le forme della mania del dubbio; in questi casi, l'angoscia che risulta disponibile viene semplicemente utilizzata per rafforzare le ripugnanze istintivamente presenti in ogni uomo. Comunemente, però, una fobia agente in forma ossessiva non si forma che col sopraggiungere della reminiscenza di un'esperienza durante la quale l'angoscia ebbe modo di estrinsecarsi; per esempio, dopo che un temporale abbia sorpreso il paziente mentre questi si trovava all'aperto. È senza dubbio errato voler spiegare tali fatti interpretandoli semplicemente come il persistere di una violenta impressione; ciò che rende importanti tali esperienze e ciò che ne fa duraturo il ricordo, è soltanto

l'angoscia che ha potuto apparire allora e che potrebbe benissimo apparire anche oggi. In altre parole, queste impressioni conservano la loro forza solo nei soggetti con "attesa angosciata".

L'altro gruppo comprende l'agorafobia e le sue varianti, caratterizzate nel loro complesso dal fatto di avere a che fare con la locomozione. Alla base di questa fobia vi è spesso un precedente accesso di vertigine, ma non credo che ciò possa essere sempre considerato una premessa indispensabile. Si osserva talora che, dopo un primo accesso di vertigine senza angoscia, la locomozione, pur essendo poi sempre accompagnata da una sensazione di vertigine, rimane possibile senza limitazioni; se invece l'accesso di vertigine è stato una volta accompagnato da angoscia, si nota che la locomozione in determinate situazioni (come camminare da soli o per una strada angusta ecc.) non è più possibile.

I rapporti esistenti tra queste fobie e le fobie della nevrosi ossessiva,¹ il cui meccanismo è stato da me descritto in *Le neuropsicosi da difesa* (1894), sono della seguente specie: ciò che esse hanno in comune è il fatto che, nelle une come nelle altre, una rappresentazione diventa ossessiva attraverso il suo legame con un affetto disponibile. Il meccanismo di *trasposizione dell'affetto* vale quindi per entrambe le specie di fobia. Nelle fobie della nevrosi d'angoscia questo affetto però: 1) è monotono, è cioè sempre d'angoscia; 2) non deriva da una rappresentazione rimossa ma, all'analisi psicologica, dimostra di non essere ulteriormente riducibile, così come non è aggredibile dalla psicoterapia. Il meccanismo della sostituzione non è quindi valido nelle fobie della nevrosi d'angoscia.

Le due specie di fobie (e ossessioni) insorgono frequentemente in modo concomitante, benché le fobie atipiche, basate sulle ossessioni, non debbano necessariamente svilupparsi sul terreno della nevrosi d'angoscia. Un meccanismo molto frequente, apparentemente complicato, si presenta quando in una fobia, in origine semplice, della nevrosi d'angoscia, il contenuto della fobia stessa viene sostituito da un'altra rappresentazione, cosicché la sostituzione, rispetto alla fobia, ha luogo in un secondo momento. Per questa sostituzione vengono per lo più impiegate quelle "misure protettive" che, in origine, erano state adottate per tentare di combattere la fobia. Così, per esempio, la

¹ [Il termine "nevrosi ossessiva" (*Zwangsneurose*) appare qui per la prima volta in un testo a stampa; era già stato usato nella lettera a Fliess del 7 febbraio 1894. Termine e concetto sono attribuiti a Freud da Löwenfeld (pp. 296 e 487 dell'opera citata sopra a p. 146, n. 1).]

mania di rimuginare sorge dal fatto che il soggetto aspira a dare a sé stesso la prova di non essere pazzo, cosa invece sostenuta dalla sua fobia ipocondriaca; l'esitare, il dubitare, e ancor più le ripetizioni, della *folie du doute* scaturiscono dal dubbio sulla certezza del proprio decorso di pensieri, dubbio giustificato dalla consapevolezza che la rappresentazione di tipo ossessivo turba in modo ostinato quel decorso; e così via. È quindi possibile sostenere che anche molte sindromi della nevrosi ossessiva, come la *folie du doute* e simili, clinicamente, anche se non concettualmente, vanno ascritte alla nevrosi d'angoscia.¹

8) La nevrosi d'angoscia dà luogo a pochi, ma caratteristici disturbi dell'attività digestiva. Per nulla rare sono le sensazioni di vomito e di nausea, e il sintomo della fame lupina può costituire, da solo o con altri sintomi (congestioni), un rudimentale attacco d'angoscia. Come alterazione cronica ritroviamo, analogamente a quanto avviene per l'attesa angosciosa, una tendenza alla diarrea, il che ha favorito i più strani errori diagnostici. Se non sbaglio, è proprio su questa diarrea che Moebius, in un suo breve lavoro, ha recentemente richiamato l'attenzione.² Suppongo inoltre che la diarrea riflessa di Peyer, che l'autore fa dipendere da affezioni della prostata, altro non sia che questa diarrea delle nevrosi d'angoscia.³ Ci s'inganna su questo rapporto riflesso in quanto, sia nell'etiologia della nevrosi d'angoscia, sia nella genesi di tali affezioni prostatiche ecc., intervengono gli stessi fattori.

Nelle nevrosi d'angoscia, il comportamento dell'attività gastro-intestinale appare profondamente contrastante rispetto a quello dimostrato da questa stessa funzione quando venga influenzata dalla nevrastenia. I casi misti mostrano spesso la ben nota "alternanza di diarrea e costipazione". Analogo alla diarrea è, nella nevrosi d'angoscia, il bisogno di urinare.

9) Le parestesie, che talvolta accompagnano l'accesso di vertigine o l'attacco d'angoscia, rivestono particolare interesse in quanto, similmente alle sensazioni dell'aura isterica, si associano in una serie definita. Però, al contrario di quelle isteriche, queste sensazioni associate mi paiono atipiche e variabili. Un'altra analogia con l'isteria è

¹ Vedi *Ossessioni e fobie* (1894) pp. 143 sg.

² P. J. MOEBIUS, *Neurologische Beiträge* (Lipsia 1894) vol. 2.

³ A. PEYER, *Die nervösen Affektionen des Darmes bei der Neurasthenie des männlichen Geschlechtes (Darmneurasthenie)*, in "Vorträge aus der gesamten praktischen Heilkunde", vol. 1 (Vienna 1893).

data dal fatto che, nella nevrosi d'angoscia, ha luogo una specie di conversione¹ in sensazioni corporce che altrimenti passerebbero inosservate, per esempio in dolori muscolari di tipo reumatico. Moltissimi cosiddetti reumatici, che del resto effettivamente possono anche essere diagnosticati tali, sono propriamente affetti da nevrosi d'angoscia. Accanto a questa ipersensibilità al dolore, in un certo numero di casi di nevrosi d'angoscia ho pure notato una tendenza ad *allucinazioni* che non si potevano interpretare come isteriche.

10) Molti dei sintomi indicati, che accompagnano o sostituiscono la nevrosi d'angoscia, si producono anche in forma cronica. In questo caso, essi sono ancor piú difficilmente diagnosticabili, dato che la sensazione angosciosa che li accompagna è meno evidente che nell'attacco d'angoscia. Ciò vale soprattutto per la diarrea, la vertigine e le parestesie. Così come l'accesso di vertigine può essere sostituito dallo svenimento, la vertigine cronica può essere sostituita da una costante sensazione di prostrazione, spossatezza e così via.

2. Comparsa ed etiologia della nevrosi d'angoscia

In alcuni casi di nevrosi d'angoscia non si riesce in genere a determinare una etiologia. È notevole il fatto che, in tali casi, non si trova quasi mai alcuna difficoltà nel dimostrare l'esistenza di una grave tara ereditaria.

Se però vi è motivo di credere che si tratti di una nevrosi acquisita, un esame minuzioso e ben centrato rivelerà come fattori etiologicamente attivi una serie di pratiche nocive e turbamenti provenienti dalla vita sessuale.² Inizialmente, essi sembrano essere di varia natura, ma lasciano presto trasparire il loro carattere comune che spiega perché essi esplicino una stessa azione sul sistema nervoso; inoltre, essi si presentano o isolati o uniti ad altre banali pratiche nocive, alle quali può essere attribuita un'azione coadiuvante. Questa etiologia sessuale è così preponderante nella stragrande maggioranza dei casi di nevrosi d'angoscia, che credo di potermi permettere, tenuto conto dello scopo di questa mia breve comunicazione, di lasciar da parte i casi di etiologia dubbia o d'altra natura.

Ai fini di una piú precisa esposizione delle condizioni etiologiche che danno luogo alla nevrosi d'angoscia, è opportuno dividere l'espo-

¹ Vedi *Le neuropsicosi da difesa* (1894) p. 124.

² [Il passo sarà discusso, in connessione con le critiche mosse da Löwenfeld, nello scritto seguente, p. 187 sg.]

sizione stessa in due parti, a seconda che essa si riferisca all'uno o all'altro sesso. Nei soggetti di sesso femminile, la nevrosi d'angoscia, a prescindere dalla predisposizione, si presenta:

a) Come *angoscia virginale* o *angoscia delle adolescenti*. Un certo numero di inequivocabili osservazioni mi ha mostrato che il primo contatto con il problema sessuale — la scoperta, in certo qual modo repentina, di ciò che fino a un dato momento era rimasto nascosto, ad esempio per la visione di un atto sessuale, per una confidenza o una lettura — può provocare, in ragazze prossime alla maturità, una nevrosi d'angoscia combinata in modo quasi tipico con isteria.¹

b) Come *angoscia delle spose novelle*. Giovani spose rimaste anestetiche durante i primi rapporti cadono non di rado nella nevrosi d'angoscia, la quale però sparisce non appena l'anestesia venga sostituita da una sensibilità normale. Poiché la maggior parte delle giovani spose non si ammala nonostante questa iniziale anestesia, l'insorgere dell'angoscia presuppone determinate condizioni che verranno indicate in seguito.

c) Come *angoscia nelle donne i cui mariti presentano ejaculatio praecox* o forte diminuzione della potenza sessuale; e

d) i cui mariti praticano il *coitus interruptus* o *reservatus*.

Questi casi formano un tutto unico, poiché l'analisi di un gran numero di esempi induce facilmente a convincersi che il fattore decisivo sta nel fatto che, nel coito, la donna riesca o no a raggiungere il soddisfacimento. Se non riesce, abbiamo la condizione necessaria per l'insorgere della nevrosi d'angoscia. Per contro, la nevrosi d'angoscia risparmia la donna se il marito, pur presentando l'*ejaculatio praecox*, è in grado di ripetere il coito immediatamente dopo con miglior risultato. Il *congressus reservatus* praticato col condom non è nocivo per la donna se questa è rapidamente eccitabile e se l'uomo è molto potente; in caso contrario, questo tipo di rapporto preservato è nocivo quanto gli altri. Il *coitus interruptus* è quasi sempre una pratica nociva; per la donna, è però tale soltanto se l'uomo lo usa senza avere riguardo per lei, e cioè interrompendo il coito appena si sente prossimo all'iaculazione, senza curarsi del corso dell'eccitamento della donna. Se, al contrario, l'uomo aspetta che la donna raggiunga il soddisfacimento, un tale tipo di coito avrà, per quest'ultima, il valore di un

¹ [Vedi oltre la citazione di questo passo e la correzione aggiunta da Freud in *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896) p. 310, n. 2. Freud definirà un esempio di angoscia virginale il caso di Katharina negli *Studi sull'isteria* (1892-95) pp. 398 sg., 282, 289.]

coito normale, ma sarà l'uomo ad ammalarsi di nevrosi d'angoscia. Ciò mi è stato comprovato da un gran numero di casi da me raccolti e analizzati.

e) Come angoscia delle vedove e delle donne deliberatamente astinenti, non di rado in tipica associazione con rappresentazioni ossessive.

f) Come angoscia del climaterio, cioè del periodo nel quale si ha un ultimo, grande accentuarsi del bisogno sessuale.

I casi c), d) ed e) si riferiscono a condizioni per le quali la nevrosi d'angoscia insorge, nel sesso femminile, con la maggior frequenza e prontezza, indipendentemente dalla predisposizione ereditaria. È mia intenzione tentare di provare che, in questi casi — curabili, acquisiti — di nevrosi d'angoscia, la pratica sessuale nociva che è stata ritrovata rappresenta veramente il fattore etiologico della nevrosi.

Per ora, desidererei però passare alle condizioni sessuali della nevrosi d'angoscia negli uomini. A questo fine elenco i seguenti gruppi, che tutti trovano analogie nelle donne.

a) Angoscia degli uomini deliberatamente astinenti, spesso in associazione con sintomi di difesa (rappresentazioni ossessive, isteria). Le stesse ragioni che determinano l'astinenza volontaria comportano il fatto che, in questa categoria, rientri un gran numero di soggetti ereditariamente predisposti, stravaganti ecc.

b) Angoscia in casi di eccitamento frustraneo (durante il fidanzamento) o in uomini che, per paura delle conseguenze del rapporto sessuale, si accontentano di accarezzare o di contemplare la loro donna. Questo gruppo di condizioni: fidanzamento, rapporti non conducenti all'atto sessuale (condizioni del resto valide anche per l'altro sesso), fornisce i casi più puri di nevrosi.

c) Angoscia degli uomini che praticano il *coitus interruptus*. Come già osservato, il *coitus interruptus* è nocivo, per la donna, solo se viene praticato senza alcun riguardo verso il soddisfacimento della donna stessa; diviene però nocivo per l'uomo se questi, per ottenere il soddisfacimento della donna, controlla volontariamente il coito ritardando l'ejaculazione. Diviene quindi comprensibile come, generalmente, si ammali soltanto uno dei due soggetti componenti una coppia sposata che pratica normalmente il *coitus interruptus*. Del resto, è ben raro che il *coitus interruptus* produca, negli uomini, una nevrosi d'angoscia pura, dato che esso per lo più provoca un intreccio di nevrosi d'angoscia e nevrastenia.

d) Angoscia degli uomini in età senile. Vi sono uomini che, come le donne, attraversano un periodo di climaterio e, nell'epoca in cui la loro potenza decresce e la loro libido¹ aumenta, si ammalano di nevrosi d'angoscia.

Devo infine ancora aggiungere due casi, validi per ambedue i sessi:

a) I nevrastenici divenuti tali in seguito a masturbazione² vengono colpiti da nevrosi d'angoscia non appena smettano di ricorrere a questo tipo di soddisfacimento sessuale. Queste persone si sono rese particolarmente incapaci di sopportare l'astinenza.

Faccio qui notare, come cosa importante per comprendere la nevrosi d'angoscia, che questa nevrosi può assumere uno sviluppo degno di nota solo negli uomini che sono rimasti potenti e nelle donne che non sono anestetiche. Nei nevrastenici la cui potenza sia già stata gravemente pregiudicata dalla masturbazione abituale, la nevrosi d'angoscia insorgente in casi di astinenza ha un effetto estremamente modesto, che per lo più si limita all'ipocondria o a una vertigine cronica di lieve entità. La maggior parte delle donne va poi considerata "potente"; una donna veramente impotente, cioè del tutto anestetica, è essa pure poco accessibile alla nevrosi d'angoscia e sopporta singolarmente bene le pratiche nocive indicate.

Mi asterrò, per ora, dal discutere fino a che punto sia giustificato ammettere l'esistenza di costanti correlazioni tra i singoli fattori etiologici e i singoli sintomi del complesso della nevrosi d'angoscia.

β) L'ultima condizione etiologica che resta da citare, di primo acchito non sembra assolutamente essere di natura sessuale. La nevrosi d'angoscia insorge, e in ambedue i sessi, anche a causa del fattore sovraffaticamento, di uno sforzo estenuante, per esempio dopo veglie notturne, assistenza a infermi e perfino dopo malattie di grave entità.

La principale obiezione che verrà sollevata contro la mia teoria di un'etiologia sessuale della nevrosi d'angoscia sarà certamente questa: simili anomalie della vita sessuale sono talmente frequenti, che

¹ [È la prima apparizione del termine "libido" in un testo pubblicato da Freud (vedi sopra p. 22). Tuttavia nel secondo dei Due articoli: "Psicoanalisi" e "Teoria della libido" (1922) Freud ne sposterà l'introduzione al 1898, attribuendolo ad A. MOLL, *Untersuchungen über die Libido sexualis*, vol. 1 (Berlino 1898); ma nel *Disagio della civiltà* (1929) § 6 rivendicherà di averlo adottato per primo.]

² [Il ruolo della masturbazione nell'etiologia della nevrastenia è stato indicato nella *Minuta teorica B* (1893), vedi sopra p. 11; ricorrerà in *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896), vedi oltre p. 296, e sarà discusso ampiamente in *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi* (1896), vedi oltre pp. 408 sg.]

esse si trovano dovunque le si cerchi. La loro comparsa nei casi citati di nevrosi d'angoscia non prova dunque che si sia in essi scoperta l'etiologia della nevrosi. Infine, il numero delle persone che praticano il *coitus interruptus* e simili è senza confronti superiore a quello dei soggetti affetti da nevrosi d'angoscia, e la stragrande maggioranza dei primi non risente in alcun modo di questa pratica nociva.

A questa obiezione ho da opporre il fatto che, considerando la ben nota frequenza delle nevrosi, e specialmente della nevrosi d'angoscia, non ci si poteva certo aspettare di trovare un fattore etiologico di rara frequenza; inoltre, corrisponde a un postulato della patologia che, in una ricerca etiologica, la presenza di un fattore etiologico sia dimostrabile più spesso di quanto non lo sia la sua azione, giacché una tale azione può essere condizionata anche da altri fattori (come la predisposizione, la sommazione di elementi etiologici specifici, il sussidio di pratiche nocive diverse, banali); infine, la prova irrefutabile dell'importanza del fattore sessuale è data dall'analisi particolareggiata di casi appropriati di nevrosi d'angoscia. Comunque, per il momento mi limiterò al fattore etiologico costituito dal *coitus interruptus* e all'esposizione di alcune probanti esperienze.

1) Nella giovane sposa, fin tanto che la nevrosi d'angoscia non sia ancora costituita, ma si presenti solo per accenni che poi scompaiono sempre spontaneamente, è possibile dimostrare che ognuno di tali abbrivi della nevrosi dipende da un coito seguito da insufficiente soddisfacimento. Due giorni dopo l'episodio o, in persone poco resistenti, addirittura il giorno dopo, si ha regolarmente la comparsa dell'attacco d'angoscia o di vertigine, a cui si aggiungono altri sintomi della nevrosi: il tutto, se i rapporti coniugali sono piuttosto rari, torna poi a regredire. Un eventuale viaggio del marito, un soggiorno in montagna durante il quale i coniugi rimangono separati, fanno certamente bene. Il trattamento ginecologico, al quale per lo più si ricorre subito all'inizio, dà giovamento solo perché i rapporti coniugali vengono interrotti mentre esso è in corso. Il successo del trattamento locale è però stranamente passeggero: la nevrosi riappare anche in montagna non appena il marito viene a sua volta in vacanza, e così via. Se però il medico, al corrente di questa etiologia, fa in modo che, in questi casi di nevrosi non ancora formatasi, il *coitus interruptus* venga sostituito da un rapporto normale, si ottiene la prova terapeutica delle mie affermazioni. L'angoscia è eliminata e, se non sussistono adeguate sollecitazioni simili, non ricompare più.

2) L'anamnesi di molti casi di nevrosi d'angoscia rivela, negli uo-

mini come nelle donne, sorprendenti oscillazioni nell'intensità delle manifestazioni, e così pure nell'andare e venire di tutto lo stato patologico. Un dato anno è stato quasi del tutto buono; quello seguente, orribile, eccetera. Una volta il miglioramento è attribuito a una data cura; in occasione dell'attacco successivo, questa stessa cura risulta un vero fallimento, eccetera. Se ci si informa sul numero dei figli e sulla successione delle loro nascite, e se si confronta questa cronaca matrimoniale con il singolare corso della nevrosi, si può trarre la facile conclusione che i periodi di miglioramento o di benessere coincidono con le gravidanze della moglie, durante le quali era naturalmente venuta meno ogni ragione di ricorrere a pratiche anticoncezionali. Inoltre, il marito aveva tratto giovamento da quella cura (condotta sia presso il parroco Kneipp¹ che in altri stabilimenti idroterapici) la cui epoca aveva coinciso con la gravidanza della moglie.

3) Dall'anamnesi dei pazienti si rileva spesso che, a un dato momento, i sintomi della nevrosi d'angoscia hanno sostituito quelli di un'altra nevrosi, per esempio quelli della nevrastenia, e ne hanno stabilmente preso il posto. In tali casi è sempre dimostrabile, con assoluta regolarità, che, poco tempo prima che avvenisse questo cambiamento del quadro sintomatologico, vi era stato un corrispondente cambiamento nel tipo di offesa sessuale.

Mentre esperienze di questo genere, moltiplicabili a volontà, impongono senz'altro al medico l'etiologia sessuale per una certa categoria di casi, altri casi, che altrimenti resterebbero incomprensibili, possono anch'essi essere capiti e classificati senza contraddizione se interpretati in chiave di etiologia sessuale. Sono, questi, i numerosissimi casi nei quali troviamo sí tutto ciò che abbiamo trovato nella precedente categoria (le manifestazioni della nevrosi d'angoscia da una parte e, dall'altra, il fattore specifico del *coitus interruptus*), ma nei quali viene però a interpolarsi anche qualcos'altro, cioè un lungo intervallo intercorrente tra il supposto agente etiologico e il manifestarsi della sua azione, e forse anche fattori etiologici di natura non sessuale. Per fare un esempio, cito il caso di un uomo colpito da attacco cardiaco alla notizia della morte di suo padre e che, a partire da questo momento, cade nella nevrosi d'angoscia. Il caso è incomprensibile, dato che quest'uomo non era

¹ [Vedi oltre il resoconto particolareggiato dello stesso caso, in *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi* (1898) p. 406. Sebastian Kneipp (1821-97), a Bad Wörishofen in Svevia, curava con acqua fredda e metodi "naturali".]

mai stato affetto da malattie nervose; la morte di suo padre, persona già molto in là negli anni, non era assolutamente avvenuta in circostanze particolari, né si può ammettere che il decesso normale, e perfino atteso, di un padre già vecchio, costituisca una di quelle esperienze che solitamente fanno ammalare un adulto sano. Forse però l'analisi etiologica apparirà piú chiara, se dirò anche che da undici anni quest'uomo pratica il *coitus interruptus* avendo cura che sua moglie raggiunga un completo soddisfacimento. I sintomi, almeno, sono gli stessi che, in altri casi, senza il concomitante intervento di un altro trauma, compaiono dopo una breve offesa sessuale di questo genere.¹ Analogamente va interpretato il caso di una donna nella quale la nevrosi d'angoscia insorge dopo la perdita di un figlio, o il caso di uno studente che viene colpito dalla nevrosi d'angoscia mentre sta preparando il suo ultimo esame di Stato. In questo caso come nell'altro, trovo che l'effetto non è spiegato dall'etiologia ovvia. Si può studiare senza "sovraffaticarsi", e una madre sana è solita reagire alla perdita di un figlio con un dolore normale. Se mai, mi sarei aspettato che il sovraffaticamento provocasse, nello studente, una cefaloastenia² e, nella madre del nostro esempio, un'isteria. Poiché, invece, entrambi si sono ammalati di nevrosi d'angoscia, devo dare particolare importanza al fatto che da otto anni la madre vive in condizioni di *coitus interruptus*, e che lo studente da tre anni ha un'appassionata relazione con una ragazza "per bene" che non deve restare incinta.

Queste considerazioni concorrono ad avvalorare la mia asserzione, secondo cui, laddove la specifica pratica sessuale nociva rappresentata dal *coitus interruptus* non è in grado da sola di provocare la nevrosi d'angoscia, essa perlomeno predispone all'acquisizione di una tale nevrosi. La nevrosi d'angoscia prorompe, quindi, non appena all'azione latente del fattore specifico si aggiunge l'effetto di un'altra, banale, pratica nociva. Quest'ultima può sostituire quantitativamente il fattore specifico, ma non può rimpiazzarlo qualitativamente. Il fattore specifico rimane perciò l'unico che determina la forma della nevrosi futura. Spero di poter dimostrare la validità di questo principio anche per quanto riguarda l'etiologia di altre nevrosi.

¹ [Questo, e il caso dello studente piú oltre, si ritroveranno nello scritto seguente, p. 181; del primo, Freud aveva riferito a Fliess nella lettera del 6 ottobre 1893.]

² [Nel riferire lo stesso caso Freud usa a p. 181 il termine "cerebroastenia".]

In queste ultime considerazioni è, inoltre, implicita l'ipotesi, per nulla inverosimile, che una pratica sessuale nociva come il *coitus interruptus* giunga a imporsi per via di sommazione. A seconda della predisposizione del soggetto e della sopportabilità in genere del suo sistema nervoso, occorrerà un tempo piú o meno lungo prima che l'effetto di questa sommazione divenga manifesto. Coloro che praticano il *coitus interruptus* senza conseguenze evidenti si predispongono in realtà ai disturbi della nevrosi d'angoscia, i quali, una volta o l'altra, esploderanno o spontaneamente o dopo uno di quei traumi banali che, in altre circostanze, sarebbero del tutto insignificanti; proprio come avviene nell'alcolizzato cronico che, per un processo di sommazione, finirà col contrarre una cirrosi o un'altra affezione, o che sotto l'influsso di uno stato febbrile cadrà in delirio.¹

3. Primi princípi di una teoria della nevrosi d'angoscia

Le seguenti considerazioni non aspirano ad avere altro valore che quello di un primo, incerto tentativo; qualunque sia il giudizio che se ne voglia dare, esso non dovrebbe tuttavia influire sul riconoscimento della realtà dei fatti precedentemente esposti. Inoltre, una valutazione di questa "teoria della nevrosi d'angoscia" risulta ulteriormente complicata dal fatto che essa è solo un frammento di una piú ampia trattazione delle nevrosi.

In quanto è stato finora detto a proposito della nevrosi d'angoscia vi sono già gli elementi per giungere a una certa visione del meccanismo di questa nevrosi. In primo luogo, la congettura che possa trattarsi di un accumulo di eccitamento e, in secondo luogo, il fatto importantissimo che l'angoscia, che sta alla base dei sintomi della nevrosi, non è di derivazione psichica. Vi sarebbe tale derivazione se, per esempio, alla base della nevrosi d'angoscia vi fosse uno spavento giustificato, unico o reiterato, il quale dopo di allora rappresentasse la fonte della tendenza all'angoscia. Ma non è così: a causa di un unico spavento è sí possibile contrarre un'isteria o una nevrosi traumatica, non mai però una nevrosi d'angoscia. Dato che tra le cause della nevrosi d'angoscia assume tanto spesso un rilievo di primo piano il *coitus interruptus*, avevo inizialmente pensato che la fonte di un'angoscia così costante potesse essere il timore, rinnovantesi a

¹ [Per la sommazione etiologica, vedi *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 325, la *Minuta teorica I* (1895), sopra p. 42, e lo scritto successivo, p. 184.]

ogni contatto sessuale, del fallimento della tecnica adottata e della conseguente gravidanza. Ho però rilevato che questo stato d'animo dell'uomo o della donna durante il *coitus interruptus* è indifferente per quanto riguarda l'insorgenza della nevrosi d'angoscia, dato che le donne le quali in complesso non danno grande importanza alle conseguenze di un'eventuale concepimento sono esposte alla nevrosi allo stesso modo delle donne che paventano questa possibilità, e dato che questa tecnica sessuale è importante solo per il coniuge al quale essa sottrae il soddisfacimento.

Un'altra argomentazione è offerta da un'osservazione non mai riferita: in un'intera serie di casi la nevrosi d'angoscia si presenta accompagnata a un'evidentissima diminuzione della libido sessuale, del piacere psichico, tanto che i pazienti, quando si dice loro che il male di cui soffrono dipende da un "insufficiente soddisfacimento", rispondono regolarmente che ciò è impossibile, visto che proprio negli ultimi tempi si è andato in loro estinguendo ogni bisogno sessuale. Il fatto che si tratti di un accumulo di eccitamento; che l'angoscia, la quale verosimilmente equivale a tale eccitamento accumulato, sia d'origine somatica, cosicché in definitiva viene accumulato eccitamento somatico; e che inoltre questo eccitamento somatico sia di natura sessuale e che contemporaneamente si abbia una diminuzione della partecipazione psichica ai processi sessuali: tutti questi indizi avvalorano, mi pare, l'ipotesi che *il meccanismo della nevrosi d'angoscia va ricercato in una deviazione dell'eccitamento sessuale somatico dalla sfera psichica e in una conseguente utilizzazione abnorme di tale eccitamento.*

Questa descrizione del meccanismo della nevrosi d'angoscia può risultare piú chiara quando si accetti il seguente modo di considerare il processo sessuale, che riguarda soprattutto l'uomo. L'organismo di un uomo sessualmente adulto produce, verosimilmente in continuazione, un eccitamento sessuale somatico che, periodicamente, giunge a costituire uno stimolo per la vita psichica. Allo scopo di meglio fissare le nostre idee su questo punto, diremo per inciso che questo eccitamento sessuale somatico si manifesta come una pressione sulle pareti, munite di terminazioni nervose, delle vescichette seminali, di modo che questo eccitamento viscerale, pur aumentando progressivamente, soltanto dopo aver raggiunto un certo livello sarà in grado di vincere la resistenza dell'interposto canale di conduzione alla corteccia cerebrale e di manifestarsi sotto forma di stimolo

psichico.¹ A questo punto, il gruppo delle rappresentazioni sessuali presente nella psiche viene fornito di energia,² e ne risulta lo stato psichico di tensione libidica, stato che comporta un impulso tendente a far cessare la tensione. Un simile scarico è però realizzabile per una sola via, cioè mediante un'azione che definirò *specificata* o *adeguata*.³ Quest'azione adeguata consiste, per la pulsione⁴ sessuale maschile, in un complicato atto riflesso spinale avente come conseguenza il scarico delle dette terminazioni nervose, e in tutti i preliminari psichici necessari per la produzione di questo riflesso. Qualche cosa di diverso dall'azione adeguata non condurrebbe a nulla, poiché l'eccitamento sessuale somatico, una volta raggiunto il valore della soglia, si converte continuamente in eccitamento psichico; deve quindi verificarsi proprio quell'evento che libera le terminazioni nervose dalla pressione su di esse esercitata, con il che cessa tutto l'eccitamento somatico presente in quel momento e il canale di conduzione subcorticale può ristabilire la sua resistenza.

Rinuncio a illustrare in ugual modo i casi piú complessi del processo sessuale. Desidero solo affermare che questo schema va applicato, nei suoi punti essenziali, anche alla donna, nonostante il problema venga tutto complicato dall'artificiale ritardo e atrofia della pulsione sessuale femminile. Anche nella donna si deve presumere la presenza di un eccitamento sessuale somatico e di uno stadio nel quale questo eccitamento diviene stimolo psichico, libido, provocando l'impulso verso l'azione specifica, alla quale è collegata la sensazione di voluttà. Non siamo però in grado di precisare quale sia, nella donna, il fenomeno corrispondente alla distensione delle vescichette seminali.

Nell'ambito di questa descrizione del processo sessuale è ora possibile far rientrare sia l'etiologia della nevrastenia vera, sia l'etiologia della nevrosi d'angoscia. La nevrastenia ha origine ogni volta che il scarico adeguato (l'azione adeguata) viene sostituito da uno meno adeguato, cioè quando un coito normale effettuato nelle piú favorevoli condizioni venga sostituito dalla masturbazione o dalla polluzione spontanea.⁵ Alle nevrosi d'angoscia conducono invece tutti quei

¹ [Questa teoria del processo dell'eccitamento sessuale sarà riaffermata da Freud nel terzo dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905) § 2, dove però riporta anche alcune obiezioni a essa.] ² [Vedi p. 124, n. 1.]

³ [Vedi sopra una descrizione del processo, in termini simili, nella *Minuta teorica E* (1894) p. 22 (vedi anche il significativo diagramma della *Minuta teorica G*, p. 31). Vedi oltre il *Progetto di una psicologia* (1895) pp. 203 e 222.] ⁴ [Vedi p. 21, n. 5.]

⁵ [Vedi sopra p. 164, n. 2.]

fattori che ostacolano la rielaborazione psichica dell'eccitamento sessuale somatico.¹ Le manifestazioni della nevrosi d'angoscia compaiono perché l'eccitamento sessuale somatico distolto dalla sfera psichica dà luogo, in sede subcorticale, a reazioni in tutto e per tutto inadeguate.

Desidero ora tentare di stabilire se, nelle sopradescritte condizioni etiologiche della nevrosi d'angoscia [pp. 162 sgg.], sia possibile riconoscere quel carattere comune che io ho loro attribuito. Il primo fattore etiologico da me fissato è, per quanto riguarda l'uomo, l'astinenza deliberata [p. 163]. L'astinenza consiste nella rinuncia all'azione specifica che suole seguire alla libido. Una tale rinuncia potrà avere due conseguenze. Prima conseguenza, un accumulo di eccitamento somatico e una successiva sua deviazione per altre vie che gli offrono una scarica piú rapida di quella che otterrebbe prendendo la via della psiche; in tal modo, la libido risulterà infine diminuita e l'eccitamento si manifesterà in sede subcorticale sotto forma di angoscia. [Seconda conseguenza,] quando la libido non decresce, oppure l'eccitamento somatico si esaurisce prendendo la via piú breve delle polluzioni o, per il fatto di essere respinto, si estingue realmente, può capitare qualunque cosa ma non una nevrosi d'angoscia. L'astinenza conduce alla nevrosi d'angoscia nel modo veduto; ma l'astinenza rappresenta una causa efficiente anche per il secondo gruppo etiologico, quello dell'eccitamento frustraneo [p. 163]. Il terzo caso, quello del coitus reservatus effettuato avendo cura della donna [p. 163], svolge il suo effetto perturbando la disposizione psichica nei confronti del decorso sessuale, in quanto comporta, oltre alla necessità di controllare l'emozione sessuale, anche un altro compito psichico, deviante. Anche a causa di questa deviazione psichica, a poco a poco la libido scema, e il successivo corso del processo coincide con quello che si osserva nel caso di astinenza. L'angoscia dell'età senile (climaterio maschile) [p. 164] richiede una spiegazione differente. La libido non diminuisce, ma ha invece luogo, cosí come avviene durante il climaterio femminile, un tale aumento nella produzione di eccitamento somatico, che la psiche si rivela relativamente insufficiente a controllarlo.

Anche per la donna, l'inclusione delle sue condizioni etiologiche nel suddetto schema non presenta grandi difficoltà. Particolarmente chiaro è il caso dell'angoscia virginale [p. 162]: in questo periodo, i gruppi delle rappresentazioni alle quali dovrà legarsi l'eccitamento sessuale somatico non hanno ancora raggiunto un sufficiente sviluppo. Nella sposa novella anestetica [p. 162], l'angoscia sopravviene soltanto quando i primi rapporti risvegliano un sufficiente grado di ecci-

¹ [Vedi la riaffermazione di questa tesi in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) cap. 8.]

tamento somatico: se mancano i segni di siffatta eccitabilità locale (sensazione spontanea di stimolo, bisogno di urinare ecc.), manca pure l'angoscia. Il caso della *ejaculatio praecox* o del *coitus interruptus* [p. 162] si spiega allo stesso modo di quanto è stato detto per l'uomo, mediante la progressiva scomparsa della libido per l'atto psichicamente insoddisfacente, mentre l'eccitamento così risvegliato viene speso in sede subcorticale. L'alienazione fra somatico e psichico¹ nel decorso dell'eccitamento sessuale si produce, nella donna, piú rapidamente e può essere eliminata piú difficilmente che nell'uomo. Il caso della vedovanza e dell'astinenza voluta, cosí come il caso del climaterio [p. 163], si risolvono nella donna allo stesso modo che nell'uomo; ma, nel caso dell'astinenza femminile, si ha anche la deliberata rimozione della cerchia delle rappresentazioni sessuali, rimozione alla quale spesso si vede obbligata la donna astinente che lotta contro la tentazione; analogamente può agire, all'epoca della menopausa, la ripugnanza che una donna già alle soglie della vecchiaia prova verso l'eccessivo aumento della sua libido.

Anche le due ultime condizioni etiologiche indicate [p. 164] sembrano classificabili senza difficoltà. [Nel primo caso,] la tendenza all'angoscia dei masturbatori divenuti nevrastenici si spiega col fatto che essi passano imprudentemente a uno stato di "astinenza" dopo essersi abituati per tanto tempo a dare uno scarico, per altro difettoso, alla sia pur minima quantità di eccitamento somatico. L'ultimo caso, quello cioè dell'insorgenza della nevrosi d'angoscia in conseguenza a grave malattia, sovraffaticamento, estenuante assistenza prestata a infermi ecc., può essere senza difficoltà interpretato in modo corrispondente agli effetti del *coitus interruptus*: la psiche, per il fatto di essere deviata, non sarebbe piú in grado di padroneggiare l'eccitamento sessuale somatico, conformemente a quello che è un suo compito permanente. Sappiamo in quale straordinaria misura la libido possa, in queste condizioni, diminuire; e si ha qui un bell'esempio di nevrosi che, pur non presentando un'etiologia sessuale, rivela però un meccanismo sessuale.

Nella concezione da me sviluppata, i sintomi della nevrosi d'angoscia vengono, in certo qual modo, considerati come surrogati della omessa azione specifica che dovrebbe seguire l'eccitamento sessuale. A ulteriore sostegno di ciò, rilevo che anche nel coito normale l'eccitamento si estrinseca in respirazione affannosa, palpitazioni, sudora-

¹ [La stessa frase si trova sopra nelle *Minute teoriche E e F* (1894) pp. 24 e 27.]

zione profusa, congestione eccetera. Nel corrispondente attacco di angoscia della nostra nevrosi si ritrovano la dispnea, le palpitazioni eccetera, proprie del coito, ma isolate e in forma accentuata.¹

Si potrebbe porre ancora la domanda: perché il sistema nervoso in queste circostanze, cioè per l'incapacità psichica di padroneggiare l'eccitamento sessuale, entra proprio nello specifico stato affettivo dell'angoscia? Una risposta possibile potrebbe essere: la psiche cade nell'affetto dell'angoscia ogni volta che si sente incapace di combattere, mediante una reazione adeguata, una situazione esterna (vissuta come pericolo); essa cade nella nevrosi d'angoscia quando si sente incapace di fronteggiare l'eccitamento (sessuale) di origine endogena, e si comporta quindi come se proiettasse all'esterno questo eccitamento. L'affetto e la nevrosi a esso corrispondente si trovano in intima correlazione, l'uno costituendo la reazione a un eccitamento esogeno, l'altra la reazione a un analogo eccitamento endogeno. L'affetto è uno stato transitorio di breve durata, la nevrosi uno stato cronico; ciò in quanto l'eccitamento esogeno agisce in un colpo solo, mentre quello endogeno come forza costante.² Nella nevrosi il sistema nervoso reagisce alla fonte interna dell'eccitamento, mentre, nel corrispondente affetto, reagisce a un'analogha fonte esterna.

4. Relazione con altre nevrosi

È ora necessario esporre ancora alcune osservazioni sulle relazioni esistenti tra la nevrosi d'angoscia e le altre nevrosi per quanto si riferisce alla loro comparsa e alla loro intima affinità.

I casi piú puri di nevrosi d'angoscia sono, per lo piú, anche i piú caratterizzati. Si trovano nei soggetti giovanili e potenti, con un'etiologia unitaria e con una malattia di data recente.

Piú frequentemente si nota tuttavia la comparsa contemporanea di sintomi d'angoscia uniti a sintomi di nevrastenia, isteria, ossessioni, melanconia. Se, a causa di un tale miscuglio di sintomi, ci si volesse astenere dal considerare la nevrosi d'angoscia come un'entità clinica a sé stante, si dovrebbe necessariamente rinunciare anche

¹ [La teoria, già esposta nella *Minuta teorica E*, pp. 21 sgg., sarà riesposta da Freud nel *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901) § 2. In *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) cap. 8, porrà in relazione questi sintomi dell'angoscia con l'atto della nascita.]

² [La stessa affermazione figurerà in *Pulsioni e loro destini* (1915), in parole analoghe, ma con la sostituzione di "stimoli" e "pulsioni" al posto di "eccitamento esogeno" ed "eccitamento endogeno".]

alla distinzione, tanto faticosamente ottenuta, tra isteria e nevrastenia.

Per quanto si riferisce all'analisi dei casi di "nevrosi mista", posso enunciare un importante principio: *in tutti i casi di nevrosi mista è dimostrabile la presenza di un miscuglio di numerose etiologie specifiche.*

Questa molteplicità di fattori etiologici, conducente a una nevrosi mista, può verificarsi in maniera del tutto casuale, quando per esempio gli effetti di una nuova pratica nociva vengano ad aggiungersi a quelli di una pratica già in atto. Tale è il caso di una donna isterica da sempre il cui marito, a partire da un certo periodo del matrimonio, comincia a praticare il *coitus reservatus*; in questo caso, alla sua isteria si aggiungerà una nevrosi d'angoscia. Così quando un uomo che si è sin allora masturbato ed è diventato nevrastenico si fida, si espone, stando accanto alla fidanzata, a eccitamento, e contrae così una nevrosi d'angoscia che si accompagna alla nevrastenia già esistente.

In altri casi, la pluralità dei fattori etiologici non è casuale, ma uno dei fattori ha messo in azione l'altro. Ad esempio: una donna, il cui marito pratica il *coitus reservatus* senza aver riguardo per il suo soddisfacimento, si vede costretta a concludere il suo penoso eccitamento, dopo uno di tali atti, mediante la masturbazione; di conseguenza questa donna non presenterà una nevrosi d'angoscia pura ma, accanto a questa, sintomi di nevrastenia. In un'altra donna, la stessa pratica nociva evocherà immagini lascive dalle quali ella tenta di difendersi; in questo modo il *coitus interruptus* le procurerà insieme alla nevrosi d'angoscia anche ossessioni. Una terza donna, infine, a causa del *coitus interruptus* cesserà di amare il marito e si innamorerà di un altro uomo, tenendo però accuratamente segreto questo nuovo amore; in questo caso, noteremo una miscela di nevrosi d'angoscia e di isteria.

In una terza categoria di nevrosi miste l'interdipendenza dei sintomi si fa ancor più intima, in quanto le due nevrosi sono dovute, regolarmente e contemporaneamente, ad una stessa condizione etiologica. Così, per esempio, quella repentina scoperta dei fatti della vita sessuale che abbiamo trovato nell'angoscia virginale, produce sempre anche un'isteria; la maggior parte dei casi di deliberata astinenza è collegata, fin dal principio, con vere e proprie ossessioni; il *coitus interruptus* degli uomini non può mai provocare, a mio

parere, una nevrosi d'angoscia pura, ma provoca sempre un miscuglio di questa e di nevristenia.

Da queste considerazioni risulta che le condizioni etiologiche della comparsa delle nevrosi vanno ulteriormente distinte dai fattori etiologici specifici. Le condizioni, per esempio il *coitus interruptus*, la masturbazione e l'astinenza, sono ancora polivalenti e ognuna di esse può produrre una differente nevrosi; soltanto i singoli fattori etiologici che da esse possono venire astratti, come il *discarico inadeguato*, l'*insufficienza psichica*, la *difesa unita a sostituzione*, stanno in relazione univoca e specifica con l'etiologia delle singole grandi nevrosi.¹

Per quanto riguarda la sua essenza intima, la nevrosi d'angoscia dimostra di possedere le piú interessanti coincidenze e discordanze con le altre grandi nevrosi, specialmente con la nevristenia e l'isteria. Con la nevristenia essa condivide un carattere fondamentale: il fatto cioè che la fonte dell'eccitamento, causa del disturbo, è di natura somatica, mentre nell'isteria e nella nevrosi ossessiva essa è di natura psichica. Del resto, è facilmente rilevabile una sorta di contrasto tra i sintomi della nevrosi d'angoscia e quelli della nevristenia, contrasto che potrebbe essere espresso in termini quali: *accumulo - impoverimento di eccitamento*. Questo contrasto non impedisce che le due nevrosi si mescolino l'una all'altra, ma si rivela nel fatto che, in ambedue le nevrosi, le forme estreme sono anche le piú pure.

Con l'isteria, la nevrosi d'angoscia mostra subito tutta una serie di coincidenze sintomatologiche non ancora adeguatamente valutate. La comparsa delle manifestazioni sia quali sintomi duraturi sia in forma d'attacco, le parestesie raggruppate a mo' di aura, le iperestesie e i punti di pressione presenti in determinati surrogati dell'attacco d'angoscia (nella dispnea e nell'attacco cardiaco), l'intensificarsi (mediante conversione) di dolori che offrono la possibilità di una giustificazione organica: questi e altri tratti in comune fanno perfino supporre che parte di ciò che viene attribuito all'isteria potrebbe a miglior diritto essere attribuito alla nevrosi d'angoscia. Esaminando piú attentamente il meccanismo delle due nevrosi (anche se entro i limiti di quanto per il momento è reso comprensibile), si ottengono alcuni criteri, in base ai quali la nevrosi d'angoscia po-

¹ [Per la questione dell'etiologia, vedi lo scritto seguente, pp. 168 sgg.]

trebbe perfino essere considerata la contropartita somatica dell'isteria. Sia nell'una che nell'altra, si ha un accumulo di eccitamento (fatto su cui è probabilmente basata la somiglianza dei sintomi, precedentemente descritta). Sia nell'una che nell'altra si ha un'insufficienza psichica, in conseguenza della quale si verificano processi somatici abnormi. Sia nell'una che nell'altra, l'eccitamento si sottrae alla rielaborazione psichica e devia nel somatico; la differenza sta soltanto nel fatto che nella nevrosi d'angoscia l'eccitamento, nel cui spostamento si esprime la nevrosi, è puramente somatico (eccitamento sessuale somatico), mentre nell'isteria è psichico (provocato da un conflitto). Non ci si deve quindi meravigliare se l'isteria e la nevrosi d'angoscia si combinano regolarmente l'una con l'altra, come nell'"angoscia virginale" o nell'"isteria sessuale", e che l'isteria prenda semplicemente a prestito dalla nevrosi d'angoscia una quantità di sintomi, e così via. Queste intime relazioni tra nevrosi d'angoscia e isteria forniscono inoltre una nuova argomentazione a favore della necessità di separare la nevrosi d'angoscia dalla nevra-
stenia, dato che, se non si effettuasse una tale separazione, non sarebbe neppure possibile continuare a mantenere valida quella distinzione tra nevra-
stenia e isteria che è stata ottenuta tanto faticosamente e che è veramente indispensabile per la teoria delle nevrosi.

Vienna, dicembre 1894

A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia"

1895

Nel numero 2 del "Neurologisches Zentralblatt" di Mendel del 1895 ho pubblicato un breve articolo nel quale mi sono azzardato a separare dalla nevrastenia tutta una serie di stati nervosi, facendone una entità indipendente col nome di "nevrosi d'angoscia".¹ A ciò sono stato spinto da una costante coincidenza tra caratteri clinici ed etiologici, che appunto giustificava una tale distinzione. Ho infatti rilevato, e Hecker mi ha in ciò preceduto,² che tutti i sintomi nevrotici in questione si lasciano raggruppare e vanno considerati espressione dell'angoscia; e a questo ho potuto aggiungere, in base ai miei studi sull'etiologia delle nevrosi, che questi elementi del complesso "nevrosi d'angoscia" lasciano scorgere condizioni etiologiche particolari, che sono quasi l'opposto di quelle dell'etiologia della nevrastenia. La mia esperienza mi aveva insegnato che, nell'etiologia delle nevrosi (per lo meno in quella dei casi acquisiti e delle forme acquisibili), i fattori sessuali svolgono un ruolo predominante e finora troppo sottovalutato, sicché, pur nei limiti di un'inevitabile inesattezza per *excessum et defectum*, affermando che "l'etiologia delle nevrosi risiede nella sessualità" ci si avvicina alla realtà più di quanto non si faccia sostenendo altre teorie attualmente dominanti. Altro dato impostomi dall'esperienza fu che le diverse pratiche sessuali dannose non si ritrovano indiscriminatamente nell'etiologia di tutte le nevrosi, ma che indubbiamente esistono particolari relazioni tra singole pratiche e singole nevrosi. Potei così supporre di aver scoperto le cause specifiche delle singole nevrosi. Cercai poi

¹ Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia" (1894) [scritto precedente nel presente volume].

² E. HECKER, *Über larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie*, Zbl. Nervenheilk., vol. 16, 595 (1893).

di sintetizzare in una breve formula la specificità delle pratiche sessuali dannose che costituiscono l'etiologia della nevrosi d'angoscia e, fondandomi sul mio modo di concepire il processo sessuale (p. 169), giunsi a formulare il seguente principio: la nevrosi d'angoscia è determinata da tutto ciò che distoglie dallo psichico la tensione sessuale somatica, perturbandone la rielaborazione psichica. Risalendo alle circostanze concrete nelle quali tale principio si attua, risulta che i fattori etiologici specifici degli stati da me denominati nevrosi d'angoscia sono: astinenza volontaria o coatta, rapporti sessuali privi di completo soddisfacimento, *coitus interruptus*, deviazione dell'interesse psichico dalla sfera sessuale, e simili.

Publicando la comunicazione alla quale mi riferisco, non mi facevo assolutamente alcuna illusione sul suo potere di convinzione. In primo luogo, sapevo che la mia esposizione era incompleta, scarsa, a volte perfino difficile da capire e forse appena sufficiente a incuriosire il lettore. Inoltre, avevo citato solo alcuni esempi, non avevo fornito cifre, non avevo accennato alla tecnica per raccogliere l'anamnesi, non mi ero preso cura di prevenire gli eventuali malintesi, avevo preso in considerazione soltanto le obiezioni più ovvie, e infine avevo posto in evidenza soltanto il principio fondamentale della teoria, non le sue limitazioni. Sicché chiunque poteva in realtà farsi un'opinione personale sulla validità di tutta l'esposizione. Potevo però dare già per scontato che l'adesione alla mia teoria sarebbe stata ostacolata da un altro fattore. So benissimo che la mia "etiologia sessuale delle nevrosi" non costituisce nulla di nuovo; che, nella letteratura medica, vi sono sempre state correnti sotterranee le quali hanno tenuto conto di questi dati di fatto, e che l'etiologia sessuale non è rimasta ignota neppure alla medicina ufficiale delle scuole. Tuttavia quest'ultima si è comportata come se non ne sapesse nulla, non ha fatto alcun uso di tale nozione e non ne ha tratto alcuna conclusione. Un tale comportamento deve avere radici profonde, in una sorta di ritegno a prendere in considerazione i rapporti sessuali, oppure in una reazione a precedenti tentativi di spiegazione, considerati ormai superati. Comunque sia, cercando di convincere gli altri della realtà di qualcosa che essi stessi avrebbero potuto scoprire senza eccessiva fatica, bisognava attendersi di incontrare una certa resistenza.

Stando così le cose, sarebbe stato forse più opportuno non rispondere alle critiche fino a che non mi fossi espresso più ampiamente

su questo complicato problema e non lo avessi reso piú facilmente comprensibile. Ciò nonostante, non posso resistere ai motivi che mi inducono a rispondere senza indugi a una recentissima critica sollevata a proposito della mia teoria della nevrosi d'angoscia. A ciò sono spinto: dalla personalità dell'autore di questa critica, Leopold Löwenfeld di Monaco, autore della *Patologia e terapia della nevrastenia e dell'isteria*,¹ il cui giudizio dovrebbe certamente avere un peso sull'opinione del pubblico medico; dal fatto che, in tale critica, Löwenfeld mi attribuisce una teoria non corrispondente a quella da me esposta; infine, perché vorrei combattere fin dall'inizio l'impressione che la mia teoria possa essere confutata senz'alcuna fatica, con le prime obiezioni capitate sotto mano.

Löwenfeld,² con intuizione sicura, riconosce che il punto essenziale del mio lavoro sta nella mia tesi che i sintomi dell'angoscia abbiano una etiologia specifica e unitaria di natura sessuale. Se ciò non venisse considerato un dato di fatto, verrebbe anche meno il motivo fondamentale per separare dalla nevrastenia la nevrosi d'angoscia come qualche cosa di indipendente. Resterebbe poi ancora da superare un'altra difficoltà, che io ho già segnalato [pp. 175 sg.], che cioè i sintomi dell'angoscia presentano relazioni talmente evidenti anche con l'isteria, che una soluzione nel senso di Löwenfeld pregiudicherebbe la differenziazione tra isteria e nevrastenia; tale difficoltà, tuttavia, viene affrontata facendo appello all'ereditarietà come causa di tutte queste nevrosi (vedi dopo).

Ora, quali sono gli argomenti in base ai quali Löwenfeld si oppone alla mia teoria?

1) Ho posto in evidenza, come un punto essenziale ai fini di una comprensione della nevrosi d'angoscia, che in essa l'angoscia non è di derivazione psichica, che cioè non è possibile contrarre una tendenza all'angoscia, che costituisce il nucleo centrale della nevrosi, per effetto di una reazione affettiva di spavento, psichicamente motivata, determinatasi una volta sola o reiteratamente. Uno spavento darebbe origine a un'isteria o a una nevrosi traumatica, mai a una nevrosi d'angoscia. A questa mia asserzione negativa, fa riscontro,

¹ [L. LÖWENFELD, *Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie* (Wiesbaden 1893).]

² L. LÖWENFELD, *Über die Verknüpfung neurasthenischer und hysterischer Symptome in Anfallsform nebst Bemerkungen über die Freudsche Angstneurose*, *Münchener med. Wschr.*, vol. 42, 282 (1895).

com'è facile vedere, quella positiva: che l'angoscia della mia nevrosi corrisponde a una tensione sessuale somatica deviata dalla sfera psichica, tensione che altrimenti si sarebbe fatta valere come libido.

A questo Löwenfeld obietta che, in un gran numero di casi, "si sviluppano stati d'angoscia immediatamente o qualche tempo dopo uno *shock* psichico (semplice spavento o incidenti legati a spaventi), e che a volte le circostanze sono tali, da rendere estremamente improbabile la compartecipazione di pratiche sessuali del tipo indicato". L'autore riporta in breve, come un esempio particolarmente probante, una, e una sola, storia clinica. Si tratta di una donna trentenne con tare ereditarie, sposata da quattro anni, il cui primo parto, avvenuto l'anno precedente, era stato difficile. Poche settimane dopo il parto, questa donna si era spaventata per un male improvviso del marito e, agitatissima, prese a girare, in camicia da notte, per la stanza fredda. Ammalatasi a partire da quel momento, cominciò col presentare stati d'angoscia e palpitazioni serali, poi accessi di tremori convulsivi e, successivamente, fobie, eccetera: il quadro clinico, cioè, di una nevrosi d'angoscia completamente sviluppata. "In questo caso — conclude Löwenfeld — gli stati d'angoscia, di evidente derivazione psichica, sono stati provocati da quell'unico spavento."

Non dubito che l'egregio autore disponga di molti altri casi analoghi; io stesso ne posso offrire una lunga serie. Chi non avesse mai osservato simili casi, che sono assai frequenti, di nevrosi d'angoscia insorta dopo uno *shock* psichico, non dovrebbe infatti permettersi di intervenire in questioni riguardanti la nevrosi d'angoscia. Vorrei solo far notare che, nell'etiologia di questi casi, non è necessario che si riscontri la presenza di uno spavento o di una attesa angosciosa, una qualsiasi altra emozione ha lo stesso effetto. Se passo rapidamente in rassegna alcuni dei casi da me osservati, mi vien subito fatto di ricordare quello di un uomo di quarantacinque anni, colto dal suo primo attacco di angoscia (con collasso cardiaco) alla notizia della morte del padre anziano; da quel momento, si sviluppò in lui una nevrosi d'angoscia completa e tipica con agorafobia. E poi, il caso di un giovane, colpito da questa stessa nevrosi per l'agitazione causatagli dai contrasti sorti tra sua madre e la sua giovane moglie, che diveniva agorafobo dopo ogni lite domestica; e ancora il caso di uno studente che, un po' svogliato per natura, cominciò a manifestare i primi attacchi d'angoscia mentre stava preparando un importante esame sotto lo sprone della severità paterna; e quello di una giovane signora senza figli ammalatasi in seguito alle preoccupazioni per la

salute di una sua nipotina; e così via. Il dato di fatto, usato da Löwenfeld contro di me, non dà, di per sé, motivo al minimo dubbio.

Non altrettanto avviene per l'interpretazione. È il caso qui di applicare senz'altro la formula *post hoc ergo propter hoc*, rinunciando alla rielaborazione critica dei dati grezzi? Sono noti parecchi esempi nei quali l'ultima causa scatenante, una volta sottoposta ad analisi critica, non ha potuto esser confermata come *causa efficiens*. Si pensi, per esempio, alla relazione fra trauma e gotta! Il ruolo esercitato dal trauma nella provocazione di un accesso di gotta nell'arto colpito dal trauma stesso, non è probabilmente diverso da quello che esso potrebbe svolgere nell'etiologia della tabe e della paralisi; ma, nel caso della gotta, sarebbe assurdo per chiunque sostenere che il trauma abbia non già provocato, ma "causato" la gotta. Il fatto che nei più svariati stati morbosi siano reperibili fattori etiologici di questo genere — che io definirei banali — deve dunque indurci a riflettere. Anche l'emozione e lo spavento sono soltanto fattori banali di questo genere. Come può provocare una nevrosi d'angoscia, così lo spavento può scatenare una corea, un'apoplezia, una paralisi agitata e una quantità di altre forme. Ciò non mi autorizza ancora a concludere che queste cause banali, a cagione della loro ubiquità, non possano bastare e che oltre a esse debbano esservi anche delle cause specifiche. Anticiperei il concetto che intendo dimostrare. Sono però perfettamente giustificato nel concludere nel seguente modo: se, nell'etiologia di tutti i casi di nevrosi d'angoscia, o nella maggior parte di essi, è sempre dimostrabile una stessa causa specifica, non è il caso di lasciarci sconcertare dal fatto che la comparsa della malattia non abbia luogo che dopo la concorrenza di questo o quest'altro fattore banale, qual è un'emozione.

Così è appunto accaduto nei miei casi di nevrosi d'angoscia. L'uomo [p. 166sg.] che, alla notizia della morte del padre, cadde ammalato in modo enigmatico (dico "enigmatico" dato che questa morte non giungeva inaspettata né avvenne in circostanze insolite, o particolarmente patetiche) praticava da undici anni il *coitus interruptus* con la moglie, che egli in genere cercava di soddisfare; il giovane non più in grado di sopportare i litigi tra sua madre e sua moglie aveva fin dall'inizio praticato con la giovane moglie il ritiro per evitare il peso della figliolanza; lo studente che, in seguito al sovraccarico, invece di contrarre, com'era logico aspettarsi, una cerebroastenia, ha contratto una nevrosi d'angoscia, aveva da tre anni una relazione con una ragazza che egli doveva evitare di

rendere incinta; la signora, senza figli, che era rimasta vittima di una nevrosi d'angoscia in seguito alla malattia della nipotina, era sposata a un uomo impotente e non era mai stata soddisfatta sessualmente, e così via. Questi casi non sono tutti egualmente chiari né egualmente probanti ai fini della mia tesi; se però li includo nel notevolissimo numero di casi nei quali l'etiologia non rivela nulla all'infuori del fattore specifico, essi si inseriscono nella teoria da me esposta senza alcuna contraddizione, consentendoci di ampliare la nostra conoscenza etiologica di questa nevrosi al di là dei limiti attuali.

Chi volesse dimostrarmi che, nelle considerazioni sopra esposte, ho arbitrariamente sottovalutato l'importanza dei fattori etiologici banali, dovrebbe oppormi dei casi nei quali il mio fattore specifico risulti del tutto assente, casi cioè in cui la nevrosi d'angoscia sia insorta dopo uno shock psichico in soggetti aventi (di massima) una vita sessuale normale. Si giudichi ora se il caso riferito da Löwenfeld corrisponda a tale condizione. Il mio egregio avversario non si è evidentemente reso conto di una tale necessità, altrimenti non ci avrebbe lasciati così all'oscuro sulla vita sessuale della sua paziente. Voglio prescindere dal fatto che il caso di questa signora trentenne è chiaramente complicato da un'isteria, forma sulla cui derivazione psichica non ho alcun dubbio; e ammetto senz'altro che la nevrosi d'angoscia si sia sviluppata collateralmente a questa isteria. Ma, prima di addurre un dato caso a favore o contro la teoria dell'etiologia sessuale delle nevrosi, è necessario aver studiato il comportamento sessuale della paziente molto più a fondo di quanto non abbia fatto Löwenfeld. Non potrei accontentarmi di questa conclusione: che siccome la signora aveva subito quello shock psichico poco tempo dopo aver partorito, il coitus interruptus non poteva aver avuto alcun ruolo durante l'ultimo anno, e mancavano qui pertanto pratiche sessuali nocive. Conosco casi ove si è avuta la nevrosi d'angoscia pur essendoci stata ogni anno una gravidanza, perché dopo quel coito fecondante i coniugi, inspiegabilmente, interrompevano ogni rapporto sessuale, per modo che la moglie, pur con tanti figli, aveva sofferto per anni di privazione sessuale. A nessun medico è ignoto che le donne concepiscono anche da uomini pochissimo potenti, che non sono in grado di soddisfarle; infine (e di questo punto dovrebbero avvalersi proprio i sostenitori dell'etiologia ereditaria), vi sono moltissime donne afflitte da una nevrosi d'angoscia congenita, nelle quali si osserva cioè una vita sessuale che spontaneamente, o per sviluppo senza disturbo esogeno dimostrabile, è

uguale a quella dovuta a *coitus interruptus* o a simili pratiche nocive. In un certo numero di queste donne è possibile rintracciare un'affezione isterica del periodo giovanile, a partire dalla quale la vita sessuale risultò perturbata e la tensione sessuale deviò dallo psichico. Le donne che presentano una sessualità di questo genere sono incapaci di trarre un reale soddisfacimento persino dal coito normale e sviluppano una nevrosi d'angoscia spontaneamente o dopo la comparsa di qualche ulteriore fattore attivo. Quale di queste circostanze può essersi verificata nel caso riportato da Löwenfeld? Non lo so ma, ripeto, questo caso potrebbe rendere oppugnabile la mia teoria soltanto se la signora che a un unico spavento ha risposto con una nevrosi d'angoscia avesse precedentemente goduto di una vita sessuale normale.

Ci è certo impossibile utilizzare l'anamnesi per le nostre ricerche etiologiche se prendiamo per buona l'anamnesi stessa così come il malato la presenta, o se ci accontentiamo di quanto egli acconsentirà a dirci. Se i sifilogi dovessero basarsi soltanto sulle dichiarazioni del paziente per far risalire a un rapporto sessuale un'iniziale infezione dei genitali, potrebbero anche attribuire a un'infreddatura quel gran numero di ulcere veneree presenti in soggetti sedicenti vergini; e i ginecologi non incontrerebbero alcuna difficoltà nel provare, mediante le proprie pazienti nubili, la realtà del miracolo della partenogenesi. Spero che un giorno si capirà che anche i neuropatologi, nell'anamnesi delle grandi nevrosi, possono basarsi su simili pregiudizi etiologici.

2) Löwenfeld dice anche di aver ripetutamente visto comparire e scomparire lo stato d'angoscia in casi nei quali non aveva sicuramente avuto luogo alcuna modificazione della vita sessuale, ma nei quali erano invece intervenuti altri fattori.

Io stesso ho fatto questa constatazione, senza però lasciarmi trarre in errore. Anch'io ho determinato la scomparsa di casi d'angoscia mediante trattamento psichico, miglioramento dello stato generale, eccetera, ma non per questo ne ho tratto la conclusione che la causa degli attacchi d'angoscia consistesse nella mancanza di una terapia. Non che io, naturalmente, voglia attribuire a Löwenfeld una conclusione di questo genere; con la mia osservazione scherzosa voglio solo far notare che la situazione può essere abbastanza complicata da inficiare completamente l'obiezione di Löwenfeld. Non mi è stato difficile conciliare il suddetto dato di fatto con l'affermazione che la

nevrosi d'angoscia ha un'etiologia specifica. Mi si concederà facilmente che vi sono fattori etiologicamente attivi che, per esplicare la propria azione, hanno bisogno di una certa intensità (o quantità) e di un determinato periodo di tempo, che quindi si sommano;¹ l'effetto dell'alcool può dare un'idea di un tale processo causale per sommazione. Vi sarà quindi un periodo durante il quale l'etiologia specifica, pur continuando ad agire, non renderà però manifesta la sua azione. Durante tale periodo, il soggetto non è ancora malato, bensì predisposto a una determinata malattia (nel nostro caso alla nevrosi d'angoscia), sicché la comparsa di una banale azione nociva potrà scatenare la nevrosi, allo stesso modo di un ulteriore incremento della specifica pratica nociva. Ciò può essere espresso anche così: non basta che il fattore etiologico specifico esista, esso deve esistere anche in una certa misura e, per raggiungere questo livello, la quantità di pratica nociva specifica può essere sostituita da un dato importo di un'azione nociva banale. Quando quest'ultima torna a esser tolta di mezzo, ci si ritrova al di sotto di una soglia, e le manifestazioni morbose regrediscono. L'intera terapia delle nevrosi si basa sulla possibilità di portare al di sotto di questa soglia, influenzando in vari modi il miscuglio etiologico, il carico complessivo che grava sul sistema nervoso. Da un tale fatto non può essere tratta alcuna conclusione né a favore né contro l'esistenza di un'etiologia specifica. Si tratta di considerazioni ineccepibili e accertate. Ma per chi non le ritenga sufficienti, potrà valere l'argomento seguente. Secondo Löwenfeld e molti altri ancora, l'etiologia degli stati d'angoscia sarebbe da ritrovare nell'ereditarietà. Ora, l'ereditarietà si sottrae a ogni genere di modificazioni; e se quindi la nevrosi d'angoscia risulta guarita con un trattamento, si dovrebbe poter concludere, secondo il ragionamento di Löwenfeld, che l'etiologia non può risiedere nell'ereditarietà.

Del resto, mi sarei potuto risparmiare di difendermi da queste due obiezioni di Löwenfeld, se soltanto il mio egregio avversario avesse voluto concedere maggiore attenzione al mio scritto. Ivi le sue due obiezioni erano state previste e contestate (pp. 166 sgg.); ho potuto ripetere qui gli argomenti addotti in quell'occasione e ho di proposito nuovamente analizzato persino gli stessi casi di malattia. Il testo del mio lavoro conteneva [pp. 167 sg.] anche le formule etiologiche che ho più sopra valorizzato. Desidero ora ripeterle. Io

¹ [Vedi nota p. 168.]

sostengo che: *nella nevrosi d'angoscia vi è un fattore etiologico specifico la cui azione può sí essere surrogata quantitativamente da banali fatti nocivi, ma che non può essere qualitativamente sostituita. E inoltre: questo fattore specifico determina, soprattutto, la forma della nevrosi; il fatto che una malattia nevrotica insorga o no, dipende dal carico complessivo del sistema nervoso (in rapporto alla sua capacità di tollerarlo). Di regola, le nevrosi sono sovradeterminate,¹ la loro etiologia è cioè costituita da un insieme di fattori sinergici.*

3) Non dovrò darmi troppo da fare per contestare gli altri rilievi di Löwenfeld, e ciò, sia perché essi non sono tali da intaccare la mia teoria, sia perché essi sollevano difficoltà di cui io non ho mai negato l'esistenza. Löwenfeld dice: "La teoria freudiana non è assolutamente in grado di chiarire esaurientemente l'insorgenza e la scomparsa degli attacchi d'angoscia. Se gli stati d'angoscia, cioè le manifestazioni della nevrosi d'angoscia, fossero dovuti soltanto a un'accumulazione subcorticale di eccitamento sessuale organico e a un impiego abnorme del medesimo, tutti coloro che soffrono di stati d'angoscia dovrebbero di tanto in tanto avere un attacco d'angoscia (almeno finché non si verifichi qualche cambiamento nella loro vita sessuale), così come l'epilettico ha il suo attacco di *grand e petit mal*. Ma, come l'esperienza quotidiana ci indica, le cose non stanno così. Nella stragrande maggioranza dei casi, gli attacchi d'angoscia si presentano solo in determinate occasioni; se il paziente sa evitare queste occasioni o se, con un sistema qualsiasi, sa bloccarne l'azione, l'attacco d'angoscia gli verrà risparmiato, sia che costantemente pratici il *congressus interruptus* o viva in astinenza, sia che abbia una normale vita sessuale."

Su questo ci sarebbe molto da dire. Innanzi tutto, che Löwenfeld impone alla mia teoria una conseguenza che non è necessario accettare. Il paragonare l'accumulazione di eccitamento sessuale somatico a quella dello stimolo che provoca la convulsione epilettica, è un'interpretazione troppo particolare, estranea alla mia teoria, e inoltre non è la sola interpretazione possibile. A me basterebbe ammettere che il sistema nervoso è in grado di controllare un determinato ammontare di eccitamento somatico, sia pur questo deviato dalla sua meta, e che i disturbi insorgono solo quando la quantità di questo

¹ [Questa precisazione era già stata fatta negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 401.]

eccitamento aumenta repentinamente, e con ciò eliminerei le pretese di Löwenfeld. Io non ho osato sviluppare in questa direzione la mia teoria, soprattutto perché non mi aspettavo di trovare, per tal via, solide basi sulle quali appoggiarla. Mi limiterò ad accennare al fatto che non dobbiamo rappresentare la produzione di tensione sessuale come indipendente dal dispendio di essa; al fatto che, in una vita sessuale normale, questa produzione differisce sostanzialmente secondo che venga stimolata dall'oggetto sessuale o si determini in uno stato psichico di riposo;¹ e così via.

Bisogna ammettere che, in questi casi, le condizioni sono ben diverse da quelle presenti nella disposizione alle convulsioni epilettiche, e che inoltre esse non possono essere fatte direttamente risalire alla teoria dell'accumulazione di eccitamento sessuale somatico.

L'altra affermazione di Löwenfeld, quella cioè per cui gli stati d'angoscia insorgerebbero solo in determinate occasioni, evitando le quali essi non comparirebbero mai, qualunque sia il tipo di vita sessuale condotta dal soggetto, può essere contraddetta rilevando che Löwenfeld deve certamente aver avuto presente soltanto l'angoscia delle fobie, fatto comprovato dagli esempi che egli ha addotto. Degli attacchi d'angoscia spontanei, costituiti da vertigini, palpitazioni, fame d'aria, tremori, sudorazione, eccetera, egli non parla affatto. Eppure, la mia teoria non sembra affatto incapace di chiarire l'insorgenza o l'assenza di tali attacchi. È vero che in tutta una serie di questi casi di nevrosi d'angoscia l'insorgenza degli stati d'angoscia fa pensare alla periodicità degli attacchi epilettici, ma, qui, il meccanismo di questa periodicità diviene più trasparente. Una più approfondita indagine ci svela con grande regolarità un processo sessuale eccitante (capace cioè di creare una tensione sessuale), al quale, dopo che è trascorso un determinato, e spesso costante, intervallo di tempo, si riallaccia un attacco d'angoscia. Tale processo è costituito dall'eccitamento mestruale nelle donne astinenti, dalle polluzioni notturne, esse pure periodiche, e soprattutto dallo stesso rapporto sessuale (che è nocivo quando è incompleto), il quale trasmette la propria periodicità ai suoi effetti, cioè agli attacchi d'angoscia. Quando si producono attacchi d'angoscia che non rispettano l'abituale periodicità, si riesce per lo più a ricondurli a una causa occasionale che si verifica raramente e irregolarmente: un episodio ses-

¹ [Probabilmente, un accenno alle due forme (legata e libera) dell'energia psichica, discusse pochi mesi dopo nel *Progetto di una psicologia* che qui segue, pp. 266 sgg., e annunciate pubblicamente nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 548 sgg.]

suale isolato, una lettura, uno spettacolo, e simili. L'intervallo a cui ho accennato va da alcune ore a due giorni; esso è lo stesso durante il quale, ferme restando le cause suddette, in altre persone compare la ben nota emicrania sessuale, che ha certamente una relazione col complesso di sintomi della nevrosi d'angoscia.¹

Vi sono inoltre numerosi altri casi nei quali il singolo stato d'angoscia è provocato dall'intervento aggiuntivo di un fattore banale, da un eccitamento di qualunque genere. Vale pertanto per l'etiologia del singolo attacco d'angoscia lo stesso schema che per quella dell'intera nevrosi. Il fatto che l'angoscia delle fobie segua altre condizioni, non è poi molto strano; le fobie hanno una struttura più complessa di quella degli attacchi d'angoscia puramente somatici. In esse l'angoscia è legata a un determinato contenuto rappresentativo o percettivo, e il risveglio di questo contenuto psichico è la condizione fondamentale perché l'angoscia appaia. L'angoscia viene quindi "sprigionata", al modo stesso di come lo è per esempio la tensione sessuale per il risvegliarsi di rappresentazioni libidiche. Ad ogni modo, questo processo, per quanto si riferisce alla sua connessione con la teoria delle nevrosi d'angoscia, risulta ancora poco chiaro.

Non vedo perché dovrei cercare di nascondere le lacune e i punti deboli della mia teoria. Mi pare infatti che la cosa principale per il problema delle fobie stia nel fatto che *in genere le fobie non insorgono nel caso di vita sessuale normale, se cioè non è soddisfatta la condizione specifica per i disturbi della vita sessuale, nel senso di una deviazione dallo psichico nel somatico*. Per quanto oscuro possa ancora altrimenti essere il meccanismo delle fobie, la mia tesi sarà confutabile soltanto quando si potrà costatare la presenza di fobie in casi di vita sessuale normale, o persino di un disturbo di essa non specificamente determinato.

4) Passo ora a un'osservazione del mio illustre critico che non vorrei lasciare senza risposta. Nel mio scritto sulla nevrosi d'angoscia avevo affermato (p. 161):

"In alcuni casi di nevrosi d'angoscia non si riesce in genere a determinare una etiologia. È notevole il fatto che, in tali casi, non si trova quasi mai alcuna difficoltà nel dimostrare l'esistenza di una grave tara ereditaria.

"Se però vi è motivo di credere che si tratti di una nevrosi acqui-

¹ [Sull'emicrania, vedi sopra la *Minuta teorica I*, probabilmente di pochi mesi antecedente.]

sita, un esame minuzioso e ben centrato rivelerà come fattori etiologicalamente attivi una serie di pratiche nocive e turbamenti provenienti dalla vita sessuale."

Löwenfeld riporta questo passo e appone la seguente glossa: "E quindi, secondo Freud, la nevrosi andrebbe considerata 'acquisita' ogni qualvolta sia possibile rintracciarne le cause occasionali."

Se questo è il senso che liberamente trapela dal mio testo, bisogna ben dire che questo senso riesce veramente a deformare il mio pensiero. Tengo a far notare che, nella valutazione delle cause occasionali, mi sono dimostrato ben più severo di Löwenfeld. Se io stesso dovessi esporre il senso delle mie parole, lo farei aggiungendo al passo: "Se però vi è motivo di credere che si tratti di una nevrosi acquisita..." la frase: "*visto che è risultato impossibile provare quella esistenza di una tara ereditaria (di cui si parla nella frase precedente)*". Il senso è dunque questo: giudico acquisite quelle nevrosi nelle quali non sia dimostrabile alcuna traccia di ereditarietà. In questi casi io mi comporto quindi come tutti gli altri, con la piccola differenza, forse, che gli altri condizionano all'ereditarietà anche quei casi in cui non vi è alcuna ereditarietà, trascurando in tal modo tutta la categoria delle nevrosi acquisite. Questa differenza torna però a mio favore. Confesso tuttavia di avere io stesso creato una possibilità di equivoco esprimendomi, nel primo dei passi citati, con le parole "... non si riesce in genere a determinare una etiologia...". Certamente anche da altre parti mi si dirà che mi preoccupo più del dovuto nel ricercare le cause specifiche delle nevrosi, dato che la vera etiologia della nevrosi d'angoscia, anzi, di tutte le nevrosi, sarebbe ormai ben nota e consisterebbe nella ereditarietà, e dato che non potrebbero esservi due distinte cause prime contemporanee. Mi si dirà che io stesso non ho negato l'importanza etiologica dell'ereditarietà, e dunque tutte le altre etiologie non sarebbero che cause occasionali, fra loro equivalenti o assolutamente non importanti.

Naturalmente io non condivido quest'opinione sul ruolo dell'ereditarietà ma, poiché nella mia breve comunicazione sulla nevrosi d'angoscia è proprio questo il tema del quale meno mi sono interessato, cercherò ora di ovviare a tale omissione e di togliere così l'impressione di non essermi occupato, nella stesura del mio lavoro, di tutti i punti dubbi pertinenti all'argomento.

Io credo che perverremmo a una descrizione più chiara delle condizioni etiologiche, verosimilmente molto complesse, presenti

nella patologia delle nevrosi, se ci attennessimo ai seguenti concetti etiologici: a) *condizione*, b) *causa specifica*, c) *causa concorrente* e, come termine con valore diverso da quello dei precedenti, d) *causa immediata o scatenante*.

Per poter comprendere ogni possibilità, ammettiamo si tratti di fattori etiologici suscettibili di variare quantitativamente, cioè suscettibili di aumento o di diminuzione.

Accettando l'idea di un'equazione etiologica di più termini, la quale debba essere soddisfatta perché l'effetto si produca, vediamo che la *causa immediata o scatenante* si precisa essere proprio quel termine che compare per ultimo nell'equazione, tanto da precedere immediatamente la comparsa dell'effetto. L'essenza della *causa immediata* sta soltanto in questo fattore temporale; ognuna delle altre cause può, eventualmente, assumere il ruolo di *causa immediata*; questo ruolo può cambiare all'interno dello stesso gruppo etiologico.

Vanno considerati come *condizioni* quei fattori in assenza dei quali l'effetto non potrebbe comparire, ma che tuttavia non sono in grado, da soli, di produrre l'effetto, in qualunque quantità essi siano presenti, essendo necessaria, per il prodursi dell'effetto, anche la *causa specifica*.

Funziona come *causa specifica* quella che non può mai mancare quando si ha la comparsa dell'effetto e alla quale basta, per produrre l'effetto, aver raggiunto una certa quantità o intensità, purché ci siano le condizioni.

Cause concorrenti possono essere considerate quelle che, oltre a non essere ogni volta indispensabili, non sono neppure in grado, qualunque sia la loro quantità, di produrre da sole l'effetto, ma che, insieme alle condizioni e alla *causa specifica*, collaborano a comporre l'equazione etiologica.

Appare quindi chiaro che cosa s'intenda per cause concorrenti o accessorie; ma come distinguere le condizioni dalla *causa specifica*, dato che entrambe sono indispensabili, mentre nessuna delle due è sufficiente, da sola, a produrre l'effetto?

La circostanza seguente pare offrire la possibilità di pervenire a una decisione in merito. Tra le "cause necessarie" ve ne sono parecchie che si ritrovano anche nelle equazioni etiologiche che riguardano molti altri effetti e che perciò non rivelano alcuna particolare relazione con un effetto singolo. Una di queste cause si contrappone però alle altre per il fatto di non essere reperibile che in pochissime

o in nessuna delle altre formule etiologiche, potendo così aspirare a essere chiamata causa specifica del relativo effetto. Inoltre, le condizioni e le cause specifiche si distinguono fra loro in modo evidente nei casi in cui le condizioni hanno il carattere di persistere da gran tempo senza variare notevolmente, mentre la causa specifica corrisponde a un fattore sviluppatosi di recente.

Cercherò di chiarire con un esempio questo completo schema etologico:

Effetto: tubercolosi polmonare.

Condizione: disposizione trasnessa per lo piú per via ereditaria attraverso la costituzione organica.

Causa specifica: bacillo di Koch.

Cause accessorie: tutto ciò che può provocare un depotenziamento: emozioni, come anche suppurazioni o infreddature.

Analogo a questo schema etologico è, a mio parere, quello della nevrosi d'angoscia:

Condizione: ereditarietà.

Causa specifica: un fattore sessuale, nel senso di deviare la tensione sessuale dallo psichico.

Cause accessorie: qualunque banale fatto nocivo: emozione, spavento, come anche esaurimento fisico dovuto a malattia o a sovralfaticamento.

Analizzando nei suoi singoli punti questa formula etiologica della nevrosi d'angoscia, posso aggiungergli anche le seguenti osservazioni: io non so decidere con sicurezza se per la nevrosi d'angoscia sia assolutamente indispensabile l'esistenza di una particolare costituzione dell'individuo (non necessariamente trasmessa per via ereditaria), o se qualunque individuo normale possa essere portato alla nevrosi d'angoscia da un eventuale aumento quantitativo del fattore specifico; ritengo però che il secondo caso sia piú probabile. La predisposizione ereditaria è, sí, la piú importante condizione della nevrosi d'angoscia, ma essa tuttavia non è indispensabile, dal momento che manca in tutta una serie di casi limite. La presenza del fattore specifico sessuale viene dimostrata con certezza nella stragrande maggioranza di casi. In una serie di altri casi (congeniti) questo fattore non si separa nettamente dalla condizione dell'ereditarietà, ma si realizza attraverso a essa: i malati cioè portano in sé, come stigma,¹ quella particolarità della vita sessuale (l'insufficienza psichica a do-

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

minare la tensione sessuale somatica), che altrimenti è solo una via all'acquisizione della nevrosi. In un'altra serie di casi limite, la causa specifica è racchiusa in una causa concorrente, ad esempio quando la suddetta insufficienza psichica è dovuta a esaurimento e simili. Tutti questi casi formano serie continue, e non categorie a sé stanti; in essi tutti il comportamento della tensione sessuale è destinato a essere sempre simile, e per quasi tutti è possibile effettuare la distinzione tra condizione, causa specifica e causa accessoria, conformemente alla soluzione data sopra dell'equazione etiologica.

Quando consulto le mie esperienze in proposito, non riesco a rilevare alcun caso di nevrosi d'angoscia nel quale la predisposizione ereditaria e il fattore specifico sessuale abbiano mostrato un comportamento opposto. Al contrario, questi due fattori etiologici si sostengono e si completano l'un l'altro. Il fattore sessuale agisce per lo più solo nei soggetti portatori di tare ereditarie; l'ereditarietà non è per lo più in grado, da sola, di produrre una nevrosi d'angoscia, ma attende che la specifica azione sessuale nociva intervenga in misura sufficiente. L'aver constatato l'ereditarietà non esime quindi dal ricercare un fattore specifico, al cui ritrovamento è del resto legato tutto l'interesse terapeutico del problema. Infatti, a che mai può servire, da un punto di vista terapeutico, il sapere che l'etiologia di questi casi sta nell'ereditarietà? Essa ha da sempre accompagnato il malato e lo accompagnerà fino alla fine dei suoi giorni. Essa non è di per sé atta né a spiegare l'episodica insorgenza di una nevrosi, né la sua scomparsa in seguito a trattamento. Essa non è che una condizione della nevrosi, indicibilmente importante, è vero, ma la cui sopravvalutazione è tornata a sfavore della terapia e della comprensione teorica. Si pensi solo, tanto per lasciarsi convincere dal contrasto delle cose, ai casi di malattie nervose familiari (corea cronica, morbo di Thomsen ecc.), nei quali l'ereditarietà riunisce in sé tutte le condizioni etiologiche.

Per concludere, desidererei ripetere le poche frasi con le quali sono solito sintetizzare, in un primo tentativo di avvicinarmi alla verità, le mutue relazioni tra i diversi fattori etiologici:

1) Che una malattia nevrotica insorga o no, dipende da un fattore quantitativo, dal carico complessivo del sistema nervoso in rapporto alla sua capacità di resistenza. Tutto ciò che riesce a mantenere questo fattore al di sotto di un determinato valore di soglia o a ivi riportarlo, esplica un'azione terapeutica, poiché in tal modo non si può soddisfare l'equazione etiologica.

Che cosa vada inteso per "carico complessivo" e per "capacità di resistenza" del sistema nervoso, potrebbe essere piú dettagliatamente spiegato sulla base di determinate ipotesi sulla funzione dei nervi.¹

2) Quale sarà l'entità della nevrosi dipenderà soprattutto dalle proporzioni della tara ereditaria. L'ereditarietà agisce come un moltiplicatore inserito in un circuito elettrico, che aumenta un certo numero di volte la deviazione dell'ago.²

3) Quale però sarà la forma della nevrosi (il senso della deviazione dell'ago) sarà determinato solo e unicamente dal fattore etiologico specifico che deriva dalla vita sessuale.

Pur rendendomi conto che il problema presenta ancora molte difficoltà non ancora superate, spero che, in complesso, il mio studio sulla nevrosi d'angoscia possa dimostrarsi, ai fini di una migliore comprensione delle nevrosi, piú fruttuoso del tentativo fatto da Löwenfeld di spiegare questo stesso insieme di fatti mediante la costatazione di "un nesso di sintomi nevrastenici e isterici in forma di attacco".

Vienna, primi di maggio 1895

¹ [Certo un'allusione al "principio di costanza", per il quale vedi lo scritto seguente, p. 202, n. 1.] ² [Vedi p. 7, n. 4.]

PROGETTO DI UNA PSICOLOGIA

1895

Nell'Avvertenza editoriale alle *Minute teoriche* è narrata piú su (vedi p. 3) la vicenda del ritrovamento delle carte di Freud in possesso di Fliess (di cui fa dunque parte anche il manoscritto del *Progetto*) e della loro pubblicazione nel 1950.

Per quanto riguardava il *Progetto*, la pubblicazione presentava grosse difficoltà. Il manoscritto di Freud (un centinaio di cartelle) è in caratteri gotici (con le prime pagine a matita), e contiene moltissime abbreviazioni e simboli, usati non sempre in modo univoco. È quindi nel complesso di difficile decifrazione.

Ciò ha fatto sí che, specialmente nella edizione tedesca del 1950 e nelle traduzioni in altre lingue derivate da quella, vi siano molti passi oscuri e di incerta interpretazione. Allo scopo di migliorare, nei limiti del possibile, il testo e di ridurre le oscurità, James Strachey ha dapprima – attraverso una nuova accurata analisi del manoscritto – cercato di ricostruire il testo tedesco, per effettuare solo in un secondo tempo la traduzione in inglese (nella *Standard Edition* [vol. 1, 1966], per la quale vedi l'Avvertenza generale alla presente edizione, vol. 1).

La nostra traduzione è stata compiuta sul testo tedesco, incluso nel volume: *Aus den Anfängen der Psychoanalyse*, a cura di Marie Bonaparte, Anna Freud ed Ernst Kris (Imago Publishing Co., Londra 1950) pp. 371-466; ma ovviamente sono state adottate le correzioni apportate da James Strachey. Si noti che il titolo tedesco, *Entwurf einer Psychologie*, è stato dato dai curatori degli *Anfänge*. La precedente traduzione italiana in: *Le origini della psicoanalisi*, trad. Giulio Soavi (Boringhieri, Torino 1961) pp. 297-388, è stata rifatta dai curatori della presente edizione.

Nella lettera a Fliess del 27 aprile 1895, pochi giorni prima che apparissero gli *Studi sull'isteria* (maggio 1895), Freud diceva di essere "immerso nella *Psicologia per i neurologi fino alla stanchezza*".

L'opera a cui Freud attendeva era un tentativo di tradurre in termini neurologici quelle nozioni di carattere psicologico in cui gli sembrava di dover inquadrare le scoperte effettuate nel campo delle nevrosi.

La esigenza di compiere un tale tentativo si comprende ove si tenga

conto di quella che era stata la storia della formazione scientifica di Freud. Era come se egli sentisse il bisogno di saldare insieme le nuove esperienze di carattere psicologico (che attraverso l'applicazione del metodo analitico egli veniva ogni giorno arricchendo) con la sua preparazione di istologo e di neurofisiologo.

D'altra parte quello di ridurre la psicologia alla neurofisiologia, di riuscire cioè a spiegare nei termini di processi organici le manifestazioni psichiche, era un ideale comune agli ambienti scientifici dalle cui file Freud proveniva: due anni prima Sigmund Exner, il fisiologo successore di Brücke, che era stato uno dei suoi maestri, aveva pubblicato un'ampia opera, *Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen* [Abbozzo di una interpretazione fisiologica dei fenomeni psichici] (Vienna 1894) che rispondeva allo stesso proposito.

Si può del resto dire che il principio della unità della scienza fa sí che un tale ideale non possa che essere un ideale permanente per gli studiosi di psicologia e di fisiologia; anche se le difficoltà costituite dalla limitatezza delle nostre cognizioni neurofisiologiche inducono a prospettare continuamente come piú lontana nel tempo l'epoca in cui esso potrà venire, anche in misura limitata, soddisfatto.

Freud riteneva nel 1895 di poter reperire gli elementi di una dottrina neurologica del sistema nervoso centrale, sufficiente a costruire questa nuova psicologia. Il concetto di neurone a indicare l'unità del sistema nervoso era stato introdotto da Wilhelm Waldeyer nel 1891 (vedi oltre p. 368, n. 2), ma Freud stesso con le sue ricerche di dieci anni prima aveva in certo modo contribuito alla elaborazione di tale concetto (vedi le memorie riassunte ai NN. 5 e 6 nei *Sommari dei lavori scientifici piú avanti riportati*) e le *Gesammelte Abhandlungen* dell'amico e collega Ernst von Fleischl-Marxow, pubblicate postume nel 1893, gli fornivano ampio materiale sui piú recenti risultati della ricerca neurofisiologica.

Soprattutto si trattava, come Freud scrisse a Fliess nella lettera del 25 maggio 1895, di "vedere quale forma prende la teoria del funzionamento psichico se vi si introducono considerazioni quantitative, facendone una specie di scienza economica della forza nervosa".

Nei mesi successivi, come risulta dalle lettere a Fliess, Freud continuò a lavorare per riuscire a comporre quest'opera, passando da stati di euforia (lettere del 12 giugno e del 6 agosto) per l'impressione di essere sulla buona strada, a stati di scoramento (lettera del 16 agosto) per l'incontro di nuove difficoltà. In settembre, dopo una visita a Fliess a Berlino, ripartí tutto eccitato e in treno scrisse a matita le prime quattro pagine e mezza del lavoro. Continuò una volta rientrato a Vienna e il 23 settembre comunicò a Fliess (vedi la lettera di quel giorno) di aver già riempito molte cartelle. Difatti dopo aver finito il 25 il primo capitolo ("Schema generale"), in pochi giorni porta a termine anche il secondo ("Psicopatologia"). Dal 5 all'8 ottobre completa il terzo capitolo ("Tentativo di rappresentare i processi ψ normali") e spedisce l'intero manoscritto a Fliess, preannunciando un quarto capitolo che avrebbe dovuto concludere il lavoro, ma che era appena abbozzato.

Il 20 ottobre scrive a Fliess che tutto ormai gli si è chiarito ed è entusiasta. Si rammarica soltanto di aver inviato troppo presto i primi capitoli, perché li avrebbe potuti rendere assai piú chiari. Nella lettera del 31 ottobre invece confessa che non si fida abbastanza del proprio lavoro: anche la parte in mano a Fliess viene ripudiata ed è considerata poco piú di un semplice tentativo. Afferma poi di dover abbandonare per il momento l'argomento perché impegnato col lavoro sulle paralisi infantili per Nothnagel (l'opera che sarà pubblicata nel 1897, e di cui nei *Sommari dei lavori scientifici*, riportati piú avanti, Freud dà un riassunto al N. 38). Afferma che lascia riposare l'argomento della psicologia nella lettera dell'8 novembre. Ma il 29 novembre, completamente scoraggiato, dichiara di non comprendere piú come ha potuto scrivere le pagine inviate, che gli sembrano prive di senso. Fliess deve avergli risposto con parole di incoraggiamento, perché Freud l'8 dicembre lo ringrazia, aggiungendo che forse fra qualche mese avrebbe potuto riprendere il lavoro con maggiore spirito critico.

Il 1° gennaio 1896 Freud in una lunga lettera (che è quella che accompagna la *Minuta K*) accenna diffusamente a una completa revisione delle teorie esposte nel manoscritto del *Progetto*, con una nuova formulazione della differenza fra stimolazioni percettive e stimolazioni endogene.

Durante il 1896 Freud fu molto impegnato: prima per scrivere i tre lavori sulla dottrina del trauma sessuale specifico (vedi piú avanti) e per controllare la dottrina con la propria casistica, poi per finire l'opera sulle paralisi infantili, cui si è accennato piú su. Comunque sul *Progetto*, che evidentemente considerava ormai un lavoro mancato, non ritornò piú. Freud si disinteressò anche della sorte del manoscritto che rimase nelle mani di Fliess.

Ci possiamo chiedere ora quale sia il significato di questo *Progetto di una psicologia*.

Freud naturalmente non considerava il manoscritto inviato a Fliess come il testo di un lavoro pronto per la pubblicazione. Esso aveva piuttosto per lui un carattere analogo a quello delle *Minute teoriche*. Come la *Minuta K* (spedita con la lettera del 1° gennaio 1896) è una prima stesura provvisoria di quello che diverrà il saggio *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (vedi piú avanti), così il *Progetto* avrebbe probabilmente dovuto, una volta completato, venir riscritto per la pubblicazione.

Ciò spiega le molte oscurità contenute nel lavoro, il fatto che Freud dia per noti concetti e termini da lui impiegati, senza preoccuparsi di fornirne una spiegazione, e la circostanza che, contrariamente al solito, il lavoro, anche considerato da un punto di vista formale, sia imperfetto.

Come è stato già detto (vedi l'Avvertenza per le *Minute teoriche*) Freud piú tardi avrebbe preferito che questo manoscritto, con le altre sue carte, fosse distrutto, o almeno che rimanesse inedito. Il *Progetto* non aggiunge effettivamente nulla al suo pensiero quale risulta dalle sue

opere conosciute. Ciò che ne giustifica la pubblicazione postuma non è un interesse teoretico, ma soltanto storico.

Sul piano della storia del pensiero di Freud, il tentativo compiuto col *Progetto*, proprio come tentativo mancato, ha importanza: in quanto per la sperimentata impossibilità di tradurre in modo adeguato la fenomenologia psichica in un linguaggio neurofisiologico valido, Freud si è visto costretto a sviluppare le sue concezioni sul funzionamento dell'apparato psichico in termini esclusivamente psicologici, dandoci così una compiuta dottrina generale psicologica, la cui prima costruzione è contenuta nella *Interpretazione dei sogni*.

Della impostazione che caratterizzava il *Progetto* sono rimasti nella successiva opera psicologica di Freud: la concezione dinamica, la tendenza a tradurre i fenomeni in termini quantitativi, la descrizione dei processi psichici sotto il loro aspetto economico; anche se le forze psichiche non possono essere semplicemente identificate con le forze fisiche e se il linguaggio quantitativo non è anche metrico, e cioè fondato su operazioni di misura.

Anche a prescindere da questi caratteri generali, il *Progetto* contiene l'accento a concetti che si ritrovano sviluppati in successive opere di Freud, pur se il contesto è differente e diversa è l'utilizzazione che vien fatta di tali concetti.

Sono così evidenti i rapporti fra i tre ultimi paragrafi del primo capitolo del *Progetto*, dedicati al sonno e ai sogni, e il contenuto del settimo capitolo della *Interpretazione dei sogni* (vedi la nostra Introduzione al vol. 3 di questa edizione).

La descrizione dell'apparato psichico che Freud darà un quarto di secolo dopo in *Al di là del principio di piacere* (1920) contiene una distinzione fra parti del sistema nervoso superficiali, non stabilmente modificabili, e parti più profonde invece stabilmente modificabili, e considerazioni circa il confronto tra le potenti energie del mondo esterno, che premono sull'organismo, e le piccole quantità di energia che presiedono al funzionamento del sistema nervoso: sono concetti che riecheggiano la distinzione fra diverse specie di neuroni e quella tra energia esterna ed energia intraneuronica contenute in questo *Progetto*.

Ma moltissimi altri riferimenti, più o meno specifici, sono possibili.

L'edizione di quest'opera presentava anche un problema per i simboli impiegati da Freud nel manoscritto. Là dove le abbreviazioni e i simboli possono con facilità essere sostituiti dalle espressioni del linguaggio corrente, questa sostituzione è stata compiuta per rendere la lettura più agevole. Sono invece stati conservati alcuni simboli che nell'impiego fattone qui da Freud sono venuti assumendo un significato particolare, legato alle concezioni che Freud sviluppa nel *Progetto*, e che d'altronde Freud non sempre adopera in modo univoco, per cui la loro trascrizione in linguaggio corrente rischia talora di divenire arbitraria.

Alcuni di questi simboli sono semplicemente iniziali di parole tedesche e latine. Così *N* per neurone, *M* per immagine motoria ecc. Altri sim-

boli sono lettere greche: φ è usata per il sistema dei neuroni permeabili, che cioè non trattengono le quantità di energia che ricevono e non sono quindi permanentemente modificati, come Freud suppone siano i neuroni che presiedono alla funzione percettiva (vedi cap. 1, § 3); ψ è usata invece per i neuroni impermeabili (che cioè trattengono le cariche che ricevono) considerati da Freud i veicoli della memoria; ω è usata per una terza categoria di neuroni, i quali verrebbero eccitati contemporaneamente agli altri durante la percezione, ma non durante la riproduzione: per cui determinerebbero quel carattere che è proprio delle immagini percettive in quanto si distinguono dalle immagini mnestiche (vedi cap. 1, § 7) fornendo il segno di realtà (vedi cap. 1, § 15). Altri due simboli riguardano la quantità: Q indica la quantità in generale, oppure anche la quantità in relazione alle energie fisiche che dall'esterno agiscono sull'organismo corporeo e sugli organi recettori del sistema nervoso; $Q\dot{\eta}$ (questo ibrido simbolo, di cui si ignora perché Freud lo abbia scelto) sta invece a indicare la quantità dell'energia interneuronica, che cioè passa da un neurone a un altro per andare a caricarlo, oppure che costituisce senz'altro una tale carica (vedi cap. 1, § 1): energia nervosa in movimento dunque, ed energia statica di carica.

[Capitolo 1]
Schema generale

Introduzione

L'intenzione di questo progetto è di dare una psicologia che sia una scienza naturale, ossia di rappresentare i processi psichici come stati quantitativamente determinati di particelle materiali identificabili, al fine di renderli chiari e incontestabili. Due, le idee principali:

- 1) di considerare come ciò che distingue l'attività dalla quiete una quantità (Q),¹ soggetta alle leggi generali del movimento;
- 2) di considerare i neuroni come le particelle materiali.

N e $Q\dot{\eta}$. - Tentativi simili sono ora frequenti.

[1.] *Prima tesi principale: la concezione quantitativa*

Questa concezione è ripresa direttamente dalle osservazioni di patologia clinica, in modo particolare là dove si tratta di rappresentazioni sovraintense, come nell'isteria e nella nevrosi ossessiva, in cui, come vedremo, il carattere quantitativo emerge piú chiaramente che nel normale.² Processi come lo stimolo, la sostituzione, la conversione e la scarica, che si devono là ravvisare, ci hanno direttamente suggerito la considerazione dell'eccitamento neuronico come quantità in movimento. Cercare di generalizzare quanto là riconosciuto, non ci pare illegittimo. Partendo da questa considerazione, è stato possibile formulare un principio fondamentale dell'attività neuronica in rapporto alla Q , principio che prometteva di essere altamente

¹ [In una nota negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 342, Breuer osserva: "Il concetto dell'energia del sistema nervoso centrale come di una quantità a ripartizione oscillante o variabile nel cervello è antico" (e fa riferimento a George Cabanis).]

² [Le "rappresentazioni sovraintense" saranno discusse nel cap. 2, § 1.]

chiarificatore poiché sembrava comprendere l'intera funzione. È questo il principio dell'inerzia neuronica, secondo il quale i neuroni tendono a liberarsi di Q . La struttura, lo sviluppo e le funzioni dei neuroni diventano così comprensibili.¹

In primo luogo il principio d'inerzia spiega la bipartizione strutturale [dei neuroni] in motori e sensori, come un ordinamento che ha per scopo di annullare la ricezione di $Q\eta$ mediante una trasmissione. Il movimento riflesso è ora comprensibile come forma fissa di questa trasmissione; il principio d'inerzia ce ne fornisce il motivo. Se guardiamo ancora più indietro, possiamo collegare anzitutto il sistema nervoso (come erede dell'eccitabilità generale del protoplasma) alla superficie esterna irritabile [di un organismo], la quale si alterna a strati considerevoli di superficie non irritabile. Un sistema nervoso primario si serve della $Q\eta$ così acquisita, per rimetterla attraverso la via che lo collega ai meccanismi muscolari, mantenendosi in tal modo privo di stimoli. Questa scarica rappresenta la funzione primaria del sistema nervoso.

A questo punto diventa possibile lo sviluppo di una funzione secondaria, in quanto, tra le varie vie di scarica, sono preferite e mantenute quelle che comportano cessazione dello stimolo: fuga dallo stimolo. Qui vi è in generale una proporzione tra la Q di eccitamento e lo sforzo necessario alla fuga dallo stimolo, così che il principio d'inerzia non ne viene disturbato. Ma, fin dall'inizio, il principio d'inerzia è interrotto da un'altra circostanza. Con la [crescente] complessità dell'interno [dell'organismo], il sistema nervoso riceve stimoli dall'elemento somatico stesso — stimoli endogeni, — che devono essere anch'essi scaricati. Questi hanno origine nelle cellule del corpo e determinano i bisogni fondamentali: fame, respirazione, sessualità.² L'organismo non può sfuggirli come fa invece con gli stimoli esterni; non può impiegare la loro Q per sfuggire allo stimolo. Essi cessano soltanto in particolari condizioni, che devono realizzarsi nel mondo esterno, per esempio il bisogno di nutrimento. Perché si produca un'azione del genere, che merita

¹ [Queste affermazioni sono ripetute poco sotto (p. 203) in una forma che è già quella esplicita del "principio di costanza" (il nome definitivo comparirà solo in *Al di là del principio di piacere*, 1920). Questo principio era stato esposto per la prima volta negli *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"* (1892) pp. 139 e 146 ed è implicito in parecchi luoghi degli scritti di questi anni. Chiare menzioni erano apparse in *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici* (1893), vedi sopra p. 97, n. 2, nella *Minuta teorica D* (1894), vedi sopra p. 18, e negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 344.]

² [Questi "stimoli endogeni" possono essere considerati come prime precisazioni del concetto di "pulsione"; vedi sopra p. 173, n. 2 e oltre pp. 220 sg.]

di essere chiamata "specifica",¹ è necessario uno sforzo indipendente dalle $Q\eta$ endogene e in genere maggiore, poiché l'individuo è sottoposto a certe condizioni che si possono definire come l'urgenza vitale.² Di conseguenza, il sistema nervoso è costretto ad abbandonare la sua tendenza originaria all'inerzia (vale a dire alla riduzione del livello [di $Q\eta$] a zero). Esso deve imparare a mantenere una scorta di $Q\eta$ sufficiente a soddisfare le esigenze di un'azione specifica. Ma nel modo in cui fa ciò, si nota la continuazione della stessa tendenza, modificata nel senso di uno sforzo per mantenere almeno il piú basso possibile il livello di $Q\eta$ e per evitare ogni aumento di questo livello, ossia per conservarlo costante.³

Tutte le attività del sistema nervoso debbono essere incluse o entro l'ambito della funzione primaria oppure entro quello della funzione secondaria, imposta dalle esigenze della vita.

[2.] Seconda tesi principale: la teoria dei neuroni

Secondo pilastro di questa dottrina è l'idea di combinare con questa teoria $Q\eta$ la conoscenza dei neuroni che ci viene dalla moderna istologia. Elemento essenziale di questa nuova conoscenza è che il sistema nervoso consiste di neuroni distinti, ma di struttura analoga, i quali sono in contatto tra di loro attraverso una sostanza estranea interposta e terminano l'uno nell'altro come in parti di tessuto estraneo, e nei quali sono precostituite certe linee di conduzione, in quanto ricevono [l'eccitamento] attraverso prosecuzioni delle cellule [o dendriti] e [lo] rimettono⁴ attraverso il cilindrasse. Si aggiungono numerose ramificazioni di dimensioni variabili.

Se noi combiniamo questo modo di concepire i neuroni con la concezione della teoria $Q\eta$ perveniamo a rappresentarci un neurone "investito [di carica quantitativa]", ripieno di una certa $Q\eta$, mentre altre volte può essere vuoto.⁵ Il principio d'inerzia trova la sua

¹ [L'azione "specificata" era stata menzionata sopra nella *Minuta teorica E* (1894) p. 22 e in *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894) p. 170.]

² [L'espressione è frequente in altre opere: vedi ad esempio *L'interpretazione dei sogni* (1899) p. 515. In seguito, Freud adottò il termine greco "Ananke".]

³ [Vedi p. 202, n. 1.]

⁴ [Il manoscritto ha "abnehmen" = togliere; probabilmente una svista per "abgeben".]

⁵ [La nozione di "investimento" (*Besetzung*) figura già negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 248; vedi sopra p. 124, n. 1. Si noti che nel seguito tradurremo indifferentemente *Besetzung* con "investimento" o con "carica" per pura opportunità di discorso, senza che ciò implichi sfumature diverse di significato.]

espressione nell'ipotesi di una corrente, che si diriga dalle ramificazioni cellulari o prolungamenti [dendriti] verso il cilindrase. Ogni singolo neurone costituisce così un modello del sistema nervoso nel suo insieme, con la sua dicotomia strutturale, essendo il cilindrase l'organo di scarica. La funzione secondaria, che richiede un'accumulazione di $Q\eta$ [p. 203], è resa possibile supponendo che vi siano resistenze che si oppongono alla scarica; la struttura del neurone lascia credere che queste resistenze debbano essere tutte ricercate nei punti di contatto [tra i neuroni] i quali, in tal caso, funzionano da barriere. L'ipotesi delle barriere di contatto si dimostra proficua sotto molti punti di vista.¹

[3.] Le barriere di contatto

La prima giustificazione di questa ipotesi deriva dalla considerazione che in questo punto la conduzione passa attraverso un protoplasma indifferenziato, e non, come avviene all'interno del neurone, attraverso un protoplasma differenziato, il quale è probabilmente più adatto alla conduzione. Ciò fa supporre che debba esservi un rapporto tra differenziazione e capacità di conduzione, per modo che potremo aspettarci di scoprire che lo stesso processo di conduzione possa creare una differenziazione nel protoplasma e quindi una maggiore capacità di ulteriore conduzione.

La teoria delle barriere di contatto presenta inoltre i seguenti vantaggi: una delle principali caratteristiche del tessuto nervoso è la memoria, cioè, generalmente parlando, la facoltà di subire un'alterazione permanente in seguito a un evento, ciò che rappresenta un notevole contrapposto al comportamento di una materia che permetta invece il passaggio di un movimento di onde per ritornare poi alla condizione di partenza. Qualsiasi teoria psicologica meritevole di considerazione deve fornire una spiegazione della "memoria". Ora, qualsiasi spiegazione si scontra con la difficoltà, da un lato, di dover postulare che i neuroni, dopo l'eccitamento, restino permanentemente mutati rispetto alle condizioni iniziali, mentre, dall'altro lato, non si può negare che in generale i nuovi eccitamenti incontrano le stesse condizioni di ricettività dei precedenti. I neuroni quindi dovrebbero essere contemporaneamente influenzati e

¹ [Il termine "sinapsi", in questo significato, fu introdotto solo nel 1897 da M. Foster e Charles Sherrington. — Da questo punto in avanti il manoscritto è a penna, non più a matita, e diminuisce il numero delle abbreviazioni.]

inalterati, non prevenuti. Non possiamo così a priori immaginare un apparato capace di un funzionamento tanto complesso. Ma la situazione viene risolta se assegniamo la caratteristica di venire permanentemente influenzati dall'eccitamento a una certa classe di neuroni, e quella di restare immutabili, pronti a ricevere nuovi eccitamenti, a un'altra classe.¹ Così è nata la distinzione corrente tra "cellule percettive" e "cellule mnemoniche", distinzione che non si adatta però ad alcun altro contesto e che non ha alcun elemento a suo sostegno.

La teoria delle barriere di contatto può servirsi di questa scappatoia, qualora la si formuli nei seguenti termini: vi sono due classi di neuroni, quelli che permettono il passaggio di $Q\eta$ come se non avessero barriere di contatto e che si ritrovano, quindi, nelle condizioni di partenza anche dopo il passaggio di un eccitamento, e quelli le cui barriere di contatto agiscono in modo tale da permettere solo un passaggio difficile o parziale alla $Q\eta$. La seconda classe di neuroni può trovarsi in condizioni modificate dopo ogni eccitamento, e offrire quindi la possibilità di rappresentare la memoria.

Così vi sono neuroni permeabili (cioè che non offrono resistenza e che non trattengono nulla), i quali soddisfano alla funzione della percezione, e neuroni impermeabili (che offrono resistenza e trattengono $Q\eta$), i quali sono i veicoli della memoria e presumibilmente anche dei processi psichici in genere. D'ora innanzi, quindi, io chiamerò il primo sistema di neuroni φ e ψ il secondo.

A questo punto sarà opportuno chiarire quali ipotesi debbano essere espresse riguardo ai neuroni ψ , per includervi le caratteristiche più generali della memoria. Noi poniamo che questi neuroni vengono alterati in modo permanente dal fluire dell'eccitamento; oppure, se introduciamo la teoria delle barriere di contatto, che le loro barriere di contatto vengono a trovarsi in uno stato di permanente alterazione. E, poiché la conoscenza psicologica mostra che esiste un riapprendimento² sulla base della memoria, questa alterazione deve consistere nel fatto che le barriere di contatto diventano più capaci di conduzione, meno impermeabili, cioè più simili a quelle

¹ [L'incompatibilità fra le funzioni della percezione e della memoria era già stata rilevata da Breuer in una nota negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 336 n.; Freud vi accennerà, tra l'altro, nella lettera a Fliess del 6 dicembre 1896, nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 493 e nota, in *Al di là del principio di piacere* (1920) cap. 4, e nella *Nota sul "notes magico"* (1924).]

² [*Über Erlernen*, letteralmente: sovra-apprendimento. Vedi sotto pp. 238, n. 2, e p. 276.]

del sistema φ . Descriveremo questa situazione delle barriere di contatto come grado di *facilitazione*.¹ Possiamo quindi asserire che *la memoria è rappresentata dalle facilitazioni che esistono tra i neuroni ψ* .

Se dovessimo supporre che tutte le barriere di contatto ψ avessero facilitazioni di uguale grado oppure, ciò che è lo stesso, offrissero uguali resistenze, le caratteristiche della memoria non risulterebbero evidenti. Poiché, quanto al decorso dell'eccitamento, la memoria è senza dubbio una delle forze che determinano la via seguita, se la facilitazione fosse ovunque uguale non vi sarebbe nulla che potrebbe spiegare perché una via dovrebbe essere preferita. Perciò si può dire in modo ancora più corretto che *la memoria è rappresentata dalle differenze delle facilitazioni esistenti tra i neuroni ψ* .

Ora, da che cosa dipende la facilitazione dei neuroni ψ ? La conoscenza psicologica ci insegna che la memoria (cioè la forza continuamente attiva di un'esperienza) dipende da un fattore chiamato "entità dell'impressione", e dalla frequenza con cui una stessa impressione si ripete. Tradotto nella nostra teoria: la facilitazione dipende dalla $Q\dot{\eta}$ che passa attraverso il neurone durante il processo di eccitamento, e dal numero di ripetizioni del processo. Vediamo così la $Q\dot{\eta}$ come il fattore efficiente, e la *quantità e la facilitazione* come l'esito della $Q\dot{\eta}$ e, nello stesso tempo, come ciò che può sostituire $Q\dot{\eta}$.

Qui vien fatto di pensare quasi involontariamente allo sforzo primario del sistema nervoso — che si mantiene attraverso tutte le modificazioni — di evitare un carico di $Q\dot{\eta}$ o di ridurlo nei limiti del possibile. Sotto la pressione delle esigenze della vita, il sistema nervoso è stato costretto a immagazzinare $Q\dot{\eta}$ [p. 203]. A tal fine esso ha dovuto aumentare il numero dei suoi neuroni, e questi dovevano essere impermeabili. Ma ora esso evita, almeno fino a un certo punto, di lasciarsi colmare di $Q\dot{\eta}$ (la carica), stabilendo le *facilitazioni*. Si vede quindi che *le facilitazioni servono alla funzione primaria*.

L'applicazione dell'esigenza della memoria alla teoria delle barriere di contatto postula ancora qualcosa d'altro: occorre che in genere ogni neurone ψ abbia parecchie vie di collegamento con gli altri neuroni, cioè varie barriere di contatto. Da questo fatto di-

¹ [Bahnung, termine che era già in uso in tedesco (e che si potrebbe rendere con "avviamento") prima che la traduzione inglese: *facilitation*, dovuta probabilmente a Sherrington qualche anno dopo il Progetto, determinasse la terminologia oggi corrente.]

pende la possibilità della scelta, che è determinata dalla facilitazione [p. 206]. È chiaro quindi che la situazione di facilitazione di ogni barriera di contatto deve essere indipendente da quella di tutte le altre che fanno parte dello stesso neurone ψ , altrimenti mancherebbe di nuovo ogni preferenza nella scelta, ossia ogni motivo. Da questo fatto possiamo trarre una deduzione negativa circa la natura dello stato di facilitazione. Se immaginiamo un neurone colmo di $Q\eta$, cioè investito, possiamo solo supporre che questa Q [sic] sia distribuita in modo uniforme su tutta la zona del neurone e del pari su tutte le barriere di contatto. D'altra parte, non è difficile immaginare che, nel caso di una corrente di $Q\eta$, sia presa solo una determinata via attraverso il neurone, per modo che una sola delle barriere di contatto sia investita da quella corrente di $Q\eta$ e che ne rimanga in seguito la facilitazione. Dunque la facilitazione non può avere la sua origine in una carica trattenuta, poiché questo fatto non produrrebbe le differenze di facilitazione nelle barriere di contatto dello stesso neurone.¹

Resta ancora da vedere, quindi, in che cosa consista la facilitazione. Potremmo dapprima pensare: in un assorbimento di $Q\eta$ attraverso le barriere di contatto. Forse su ciò si farà luce più tardi [pp. 221 sg.] La $Q\eta$, che si è lasciata dietro una facilitazione, viene certamente scaricata proprio a causa della facilitazione che aumenta la permeabilità.² Non è necessario, inoltre, postulare che la facilitazione rimasta dopo il deflusso della $Q\eta$ sia altrettanto grande quanto lo era al momento del flusso. Forse ne rimane solo un quoziente in forma di *facilitazione permanente*. Allo stesso modo non possiamo ancora precisare se il flusso di $Q:3\eta$ una volta produca lo stesso effetto del flusso di una $Q\eta$ 3 volte.³ Tutto questo dev'essere ripreso in considerazione alla luce di ulteriori applicazioni della teoria ai fatti psichici.

[4.] Il punto di vista biologico

L'ipotesi di due sistemi neuronici, φ e ψ , il primo costituito di elementi permeabili e il secondo di elementi impermeabili, ci sembra dunque poter spiegare una delle caratteristiche del sistema nervoso: la capacità di ritenere restando allo stesso tempo ricettivo

¹ [Dato che, come detto sopra, la quantità è uniforme su tutto il neurone.]

² [Vedi il primo capoverso di questo paragrafo.]

³ [Vedi la risposta di questo interrogativo più oltre, p. 226.]

Ogni acquisizione psichica sarebbe quindi costituita dall'organizzazione del sistema ψ , mediante sospensioni parziali e topicamente [cioè: quanto a luogo] determinate dalla resistenza nelle barriere di contatto, che differenzia ψ da φ . Con il progresso di questa organizzazione, la capacità del sistema nervoso di ricevere nuove impressioni verrebbe, in realtà, a trovare un limite.

Tuttavia chiunque s'impegni nell'elaborazione scientifica di ipotesi comincerà a prestare seria considerazione alle proprie teorie solo quando esse possano essere inserite nel sapere da piú di un punto di vista, e se, a loro riguardo, si può mitigare l'arbitrarietà di una costruzione *ad hoc*. Contro la nostra ipotesi delle barriere di contatto, si obietterà che le due classi di neuroni — con una differenza fondamentale nelle loro condizioni di funzionamento — sono postulate in assenza, per ora, di altri elementi su cui fondarsi. Almeno dal punto di vista morfologico, cioè istologico, non sono noti elementi che appoggino questa distinzione.

In che altra direzione possiamo trovare elementi che confermino questa divisione in classi? Possibilmente, nello sviluppo *biologico* del sistema nervoso che, come tutto il resto, viene considerato dal naturalista come un qualcosa determinatosi per gradi. Si vuol sapere se le due classi di neuroni possano aver avuto un significato biologico diverso e, in tal caso, attraverso quale meccanismo possano aver sviluppato caratteristiche tanto diverse come la permeabilità e l'impermeabilità. La soluzione piú soddisfacente si avrebbe naturalmente qualora il meccanismo che noi cerchiamo derivasse dal ruolo biologico primitivo; in tal modo si troverebbe una sola risposta alle due domande.

Ricordiamo che, sin dall'inizio, il sistema nervoso ebbe due funzioni: quella di ricevere stimoli *dall'esterno*, e quella di scaricare eccitamenti di origine *endogena*; è da quest'ultimo obbligo che, per le necessità della vita, è risultata la coazione all'ulteriore sviluppo biologico [p. 206]. Si potrebbe quindi supporre che proprio i nostri sistemi φ e ψ si siano arrogati ciascuno una delle due funzioni primarie. Il sistema φ sarebbe il gruppo di neuroni raggiunto dagli stimoli esterni, mentre il sistema ψ conterrebbe i neuroni che ricevono gli eccitamenti endogeni. Se così fosse, non avremmo inventato (*erfunden*) φ e ψ , ma li avremmo solo scoperti (*vorgefunden*). Si tratterebbe solo di identificarli con quello che già si conosce. In realtà sappiamo dall'anatomia che vi è un sistema di neuroni (la sostanza grigia del midollo spinale) il quale è il solo che

sia in contatto con il mondo esterno, e un sistema sovrapposto (la sostanza grigia del cervello) che non ha collegamenti periferici diretti, ma da cui dipendono lo sviluppo del sistema nervoso e le funzioni psichiche. Il cervello primario non contraddice alle caratteristiche che abbiamo attribuito al sistema ψ , solo che si supponga che il cervello abbia vie dirette e indipendenti da φ verso l'interno del corpo. L'origine e il significato biologico originario del cervello primario non sono conosciuti agli anatomisti; in base alla nostra teoria esso non sarebbe altro, per esprimerci direttamente, che un *ganglio del simpatico*. Qui c'è una prima possibilità di provare la nostra teoria con dati di fatto.

Pensiamo, per il momento, che il sistema ψ s'identifichi con la sostanza grigia del cervello. Dalle osservazioni introduttive di natura biologica [p. 206], si può facilmente comprendere come proprio ψ sia soggetto a ulteriore sviluppo per aumento del numero dei neuroni e accumulo di Q e si comprende anche come sia utile il fatto che ψ sia costituito da neuroni impermeabili, poiché altrimenti esso non potrebbe soddisfare alle esigenze dell'azione specifica [p. 203]. Ma in che modo ψ ha acquistato la caratteristica di impermeabilità? Dopotutto, anche φ ha barriere di contatto; e se queste non esercitano alcuna funzione, perché dovrebbero esercitarla quelle di ψ ? L'ipotesi di una differenza originaria tra il valore delle barriere di contatto di φ e di ψ presenta di nuovo uno spiacevole aspetto di arbitrarietà, anche se sarebbe possibile, perseguendo una linea di pensiero darwiniana, appellarsi al fatto che i neuroni impermeabili sono indispensabili e, di conseguenza, sopravvivono.

Un'altra via di uscita ci sembra più fruttuosa e meno ambiziosa. Ricordiamo che anche le barriere di contatto dei neuroni ψ finiscono per essere soggette alla facilitazione, e che questa proviene loro da $Q\eta$ [p. 206]. Quanto maggiore la $Q\eta$ nel decorso dell'eccitamento, tanto maggiore la facilitazione, ossia, però, tanto più ci si avvicinerà alle caratteristiche dei neuroni φ . Possiamo quindi attribuire la differenza non ai neuroni, ma alle quantità con cui essi hanno a che fare. Vi è allora ragione di supporre che attraverso i neuroni φ passino quantità contro le quali la resistenza offerta dalle barriere di contatto sia trascurabile, mentre i neuroni ψ vengano raggiunti solo da quantità le quali siano dello stesso ordine di grandezza della resistenza. In questo caso, un neurone φ diverrebbe impermeabile e un neurone ψ diverrebbe permeabile se si scambiassero le loro sedi e connessioni; ma essi mantengono le loro

caratteristiche in quanto il neurone φ è collegato solo con la periferia e il neurone ψ solo con l'interno del corpo. Alla loro diversità di essenza si sostituisce una diversità dell'ambiente a cui sono destinati.

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

In primo luogo, non vi è dubbio che il mondo esterno sia la sorgente di tutte le principali quantità di energia, poiché la fisica ci insegna che esso è costituito da masse potenti in violento movimento, che trasmettono il loro moto. Il sistema φ , che è rivolto verso questo mondo esterno, avrà il compito di scaricare il piú rapidamente possibile le $Q\eta$ che irrompono sui neuroni, ma sarà in ogni modo soggetto all'influenza di maggiori Q .

Per quanto sappiamo, il sistema ψ non è in contatto con il mondo esterno; esso riceve Q soltanto dai neuroni φ stessi, da una parte, e, dall'altra, dagli elementi cellulari nell'interno del corpo; si tratta ora di mettere in evidenza che queste quantità di stimolo sono di un ordine di grandezza inferiore. In un primo tempo potremmo essere sconcertati dal fatto di dover attribuire ai neuroni ψ due sorgenti di stimolo tanto diverse quanto lo sono φ e le cellule dell'interno del corpo; ma proprio a questo punto ci viene un aiuto conclusivo dalla recente istologia del sistema nervoso. Questa ci mostra che la terminazione e la connessione neuronica hanno una struttura dello stesso tipo, e che i neuroni terminano l'uno nell'altro analogamente a come terminano negli elementi somatici [p. 203]; è probabile che anche il lato funzionale dei due processi sia dello stesso genere. È quindi probabile che quantità simili abbiano a trovarsi interessate nelle terminazioni nervose e nella conduzione intercellulare. Ed è anche da supporre che gli stimoli endogeni siano dello stesso ordine intercellulare di grandezza.¹ A questo punto ci è offerta una seconda possibilità di verificare la teoria.²

¹ [Quest'affermazione sarà ribadita in *Al di là del principio di piacere* (1920), il cui § 4 sembra riconnettersi direttamente a questo paragrafo del *Progetto*.]

² [Il problema delle caratteristiche della porzione dell'apparato psichico che è in contatto col mondo esterno non cesserà di interessare Freud. Culminerà nel luogo indicato nella nota precedente, ove il discorso sfiorerà di nuovo la fisiologia. È evidente il nesso con l'"esame di realtà", che è qui introdotto al § 15.]

[5.] *Il problema della quantità*

Non so nulla della grandezza assoluta degli stimoli intercellulari, ma oso immaginare che sia di un ordine relativamente piccolo e dello stesso ordine delle resistenze della barriera di contatto, come è facile supporre. Con questa ipotesi si salva l'uguaglianza essenziale dei neuroni ψ e φ , mentre la loro differenza di permeabilità viene spiegata su base biologica e meccanica.¹

In mancanza di prove evidenti, è tanto più interessante considerare certi punti di vista e certe interpretazioni che derivano da questa ipotesi. Per cominciare, se ci siamo formati un'impressione esatta della grandezza delle Q nel mondo esterno, possiamo chiederci se la tendenza originaria del sistema nervoso al mantenimento della $Q\eta$ a [l livello] zero non si soddisfi allora con la rapida scarica, seppure non sia già in atto durante l'assunzione degli stimoli. Troviamo, infatti, che i neuroni φ non terminano in modo libero alla periferia, ma entro strutture cellulari, che ricevono gli stimoli esogeni in loro vece. Questi "apparati nervosi terminali", nel senso più generale, possono ben avere lo scopo di impedire alle Q esogene di produrre un effetto illimitato su φ , di smorzarle.² Avrebbero allora una funzione di schermi di Q , attraverso i quali passano solo quozienti delle Q esogene.

Ciò si accorda con il fatto che l'altro tipo di terminazione nervosa — il tipo libero, senza organi terminali — è molto più comune nella periferia interna del corpo. Uno schermo di Q sembra essere inutile qui, probabilmente perché le $Q\eta$ che debbono essere ricevute non hanno bisogno di essere prima ridotte al livello intercellulare, perché lo sono fin dall'inizio.

Poiché ci è possibile calcolare le Q ricevute dalle terminazioni dei neuroni φ , questo ci darà forse il modo di farci un'idea delle grandezze che passano tra i neuroni ψ , le quali sono dello stesso ordine delle resistenze delle barriere di contatto.

A questo punto possiamo, inoltre, intravedere una tendenza che può regolare lo strutturarsi del sistema nervoso da vari sistemi: una tendenza sempre crescente a far sì che i neuroni trattengano la $Q\eta$. Così la struttura del sistema nervoso servirebbe allo scopo di trat-

¹ [La distinzione fra le due determinazioni dei fenomeni, meccanica e biologica, percorre questo scritto di Freud e, da un lato, indica una determinazione diretta da parte di eventi contemporanei fisici, dall'altro una determinazione genetica, per il suo valore di sopravvivenza della specie.]

² [Vedi la ripresa del concetto in *Al di là del principio di piacere* (1920) § 4.]

tenere dai neuroni la $Q\eta$, mentre sua funzione sarebbe quella di scaricarla.

[6.] *Il dolore*¹

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

Tutto ciò che sappiamo del dolore conferma questa tesi. Il sistema nervoso ha la più netta tendenza alla fuga dal dolore. In questo possiamo vedere una manifestazione della tendenza primaria contro un aumento di tensione $Q\eta$ e ne traiamo la conseguenza che il dolore consiste nella irruzione in ψ di grandi Q .² Le due tendenze sono quindi una sola. Il dolore mette in movimento tanto il sistema φ quanto il sistema ψ ; non vi sono ostacoli al suo progredire, è il più autoritario di tutti i processi. I neuroni ψ sembrano dunque essere permeabili al dolore, che consiste quindi nell'azione di alcune Q di ordine relativamente elevato.

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

Che il dolore passi per tutte le vie di scarica è facilmente comprensibile. Secondo la nostra teoria, in base alla quale la Q produce

¹ [Vedi sopra un'altra spiegazione del dolore nella *Minuta teorica G*, scritta alcuni mesi prima, p. 34.]

² [Questa teoria del dolore figurerà in *Al di là del principio di piacere* (1920) § 4 e in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) cap. 11, § C.]

facilitazione, è indubbio che il dolore lascia dietro di sé facilitazioni permanenti in ψ , come se fosse passato un fulmine, facilitazioni le quali probabilmente eliminano del tutto la resistenza delle barriere di contatto e vi stabiliscono una via di conduzione simile a quella che esiste in φ .¹

[7.] *Il problema della qualità*

Fino ad ora non è stato ancora detto che ogni teoria psicologica, oltre alle esigenze che deve soddisfare dal punto di vista della scienza naturale, ha da rispondere a un altro grande requisito. Deve spiegarci ciò che conosciamo, in maniera oltremodo enigmatica, attraverso la nostra "coscienza"; e poiché questa coscienza non sa nulla di ciò che noi abbiamo sin qui supposto, cioè quantità e neuroni, deve anche spiegarci questo non sapere.

Subito cominciamo a comprendere una premessa che ci ha guidato finora. Abbiamo trattato i processi psichici come qualcosa che poteva prescindere da questa conoscenza attraverso la coscienza, come qualcosa che esisteva indipendentemente da una conoscenza siffatta; siamo cioè preparati a trovare che alcune delle nostre ipotesi non vengono confermate dalla coscienza. Se non ci lasciamo confondere da questo, ciò avviene in conseguenza della premessa che la coscienza non ci dà una conoscenza né completa né attendibile dei processi neuronici, e che questi processi debbono essere in primo luogo considerati nel loro insieme come inconsci e spiegati alla stessa stregua di altri fenomeni naturali.²

Poi però bisogna inscrivere il contenuto della coscienza nei nostri processi quantitativi ψ . La coscienza ci dà ciò che noi chiamiamo qualità: sensazioni differenti in grandi varietà di modi e la cui differenza dipende dai rapporti con il mondo esterno. Entro questa differenza vi sono delle serie, delle somiglianze, e simili, ma non vi sono propriamente delle quantità. Possiamo chiederci come e dove abbiano origine le qualità. Sono problemi che hanno bisogno di un'indagine molto approfondita e che possono essere trattati, qui, solo in modo approssimativo.

Dove hanno origine le qualità? Non nel mondo esterno, poiché in

¹ [Vedi più oltre la ripresa dell'argomento nel § 12, pp. 224 sgg.]

² [Si osservi come Freud formula questo giudizio a proposito di entità fisiologiche (i processi neuronici). Lo stesso giudizio, alcuni anni dopo, formulerà circa gli eventi psichici: vedi *L'interpretazione dei sogni* (1899) p. 557.]

esso, secondo l'opinione della nostra scienza naturale, alla quale in questa sede anche la psicologia deve essere soggetta, vi sono masse in movimento e niente altro. Nel sistema φ , forse? Ciò concorderebbe con il fatto che le qualità sono connesse con la percezione, ma è in contrasto con tutto ciò che giustamente fa porre, a sede della coscienza, i piani superiori del sistema nervoso. Nel sistema ψ , allora. Ma vi è un'importante obiezione al riguardo. Nella percezione i sistemi φ e ψ agiscono insieme; vi è però un processo psichico che si attua certamente solo in ψ : la riproduzione o ricordo, e questo processo è, in generale, privo di qualità. Il ricordo, di norma, non comporta nulla del carattere proprio della qualità percettiva. Perciò dobbiamo avere il coraggio di ammettere che vi sia un terzo sistema di neuroni ([che potrebbero essere chiamati] ω , forse), i quali vengono eccitati assieme agli altri durante la percezione, ma non durante la riproduzione, e i cui stati di eccitamento determinano le diverse qualità, cioè sono sensazioni coscienti.

Se sosteniamo che la nostra coscienza fornisce solo delle qualità, mentre la scienza naturale riconosce solo delle quantità, emerge in modo evidente, come per una regola del tre, una caratteristica dei neuroni ω . Essendosi la scienza posta il compito di condurre tutte le qualità delle nostre sensazioni alle quantità esterne, si può presumere, della struttura del sistema nervoso, che essa consista di dispositivi per trasformare la quantità in qualità, dove sembra trionfare ancora una volta la tendenza originaria a liberarsi della quantità. Gli apparati nervosi terminali erano uno schermo per lasciare operare in φ solo quozienti della quantità esterna, mentre nello stesso tempo φ si occupava della scarica grossolana della quantità. Il sistema ψ era già difeso contro quantità di livello più alto e aveva solo a che fare con grandezze intercellulari. Andando ancora oltre, possiamo supporre che il sistema ω sia mosso da quantità ancora minori. Può darsi che la caratteristica della qualità (cioè la sensazione cosciente) compaia solo dove le quantità sono state, per quanto è possibile, eliminate. Ma esse non si lasciano eliminare del tutto, poiché è da pensare che anche i neuroni ω siano investiti di $Q\eta$ e tendenti alla scarica.¹

A questo punto, però, ci troviamo di fronte a quella che sembra essere un'enorme difficoltà. Abbiamo visto [pp. 205 sg.] che la permea-

¹ [Vedi, tuttavia, la revisione di questo punto nella lettera a Fliess del 1° gennaio 1896.]

bilità dipende dagli effetti prodotti dalla $Q\eta$, e che i neuroni ψ sono già impermeabili. Con una $Q\eta$ ancora inferiore, i neuroni ω dovrebbero essere ancora piú impermeabili. Senonché non possiamo attribuire questa caratteristica ai veicoli della coscienza. La variabilità del loro contenuto, la transitorietà della coscienza, la facile combinazione di qualità percepite simultaneamente, concordano soltanto con la totale permeabilità dei neuroni ω , insieme con la loro piena restitutio in integrum. I neuroni ω si comportano come organi percettivi, e non sapremmo trovare posto in essi per una memoria [p. 205]. Permeabilità quindi, piena facilitazione, che non deriva dalla quantità. Donde deriva allora?

Scorgo solo una via d'uscita: rivedere la nostra ipotesi fondamentale sul decorso della $Q\eta$. Fino ad ora l'ho considerato solo come un trasferimento di $Q\eta$ da un neurone a un altro. Ma deve avere anche un altro carattere, di ordine temporale; infatti anche ai movimenti delle masse nel mondo esterno la meccanica dei fisici ha assegnato questa caratteristica temporale. La chiamerò con una parola: periodo. Ammetterò così che tutta la resistenza delle barriere di contatto sia valida solo per il trasferimento di Q , ma che il periodo del movimento neuronico si propaghi non inibito in ogni direzione, come un processo d'induzione.

A questo proposito resta molto da fare nel senso di una chiarificazione fisica, perché anche qui le leggi generali del movimento debbono potersi applicare senza contraddizione. Ma la mia ipotesi va oltre, [e asserisce] che i neuroni ω sono incapaci di ricevere $Q\eta$, ma assimilano in cambio il periodo dell'eccitamento, e che questa loro condizione di essere influenzati da un periodo con minimi di $Q\eta$ è la base fondamentale della coscienza. Naturalmente anche i neuroni ψ hanno il loro periodo, ma è privo di qualità o, per dir meglio, è monotono. Le deviazioni da questo loro specifico periodo psichico raggiungono la coscienza come qualità.

Da dove traggono origine le differenze del periodo? Tutto sembra indicare gli organi di senso, le cui qualità devono essere rappresentate proprio da diversi periodi di movimento neuronico. Gli organi di senso non agiscono solo come schermi di $Q\eta$, come ogni apparato nervoso terminale, ma anche come setacci, in quanto lasciano passare solo gli stimoli che provengono da certi processi aventi un particolare periodo. Probabilmente essi trasferiscono questa differenza su φ , comunicando al movimento neuronico periodi analogamente diversi (energia specifica); e sono queste modificazioni che

passano da φ , attraverso ψ , fino a ω , dove, quasi prive di quantità, generano sensazioni coscienti di qualità. Questa propagazione di qualità non è durevole, non lascia tracce, non è riproducibile.¹

[8.] La coscienza

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

Un accenno al rapporto di questa teoria della coscienza con le altre. Secondo una moderna teoria meccanicistica, la coscienza non sarebbe altro che un'appendice dei processi fisiopsichici, la cui omissione non recherebbe alcun mutamento al corso psichico. Secondo un'altra teoria, la coscienza è il lato soggettivo di tutti gli eventi psichici e perciò inseparabile dai processi fisiologici della psiche. La teoria qui sviluppata sta tra le due. Qui, la coscienza è il lato soggettivo di una parte dei processi fisici nel sistema nervoso, cioè dei processi ω , e l'assenza della coscienza non lascia immutati gli eventi psichici, ma implica l'omissione del contributo da parte del sistema ω .²

Rappresentando la coscienza mediante neuroni ω , si hanno varie conseguenze. Questi neuroni debbono avere una scarica, sia pure piccola, e vi deve essere un modo di colmare i neuroni ω con $Q\dot{\eta}$ nella piccola misura richiesta. Come in tutti gli altri casi, questa scarica si effettua dalla parte della motilità; dove è da osservare come, con lo scambio in movimento, si perde ovviamente ogni caratteristica della qualità, ogni particolarità del periodo. I neuroni ω

¹ [Vedi la revisione radicale di questo paragrafo — di cui Freud era evidentemente insoddisfatto, come risulta anche dalla prima frase del paragrafo seguente — nella lettera a Fliess del 1° gennaio 1896, dove, in un nuovo schema, inserisce i neuroni ω tra i neuroni φ e i neuroni ψ .]

² [Discutendo questo problema nella sua monografia sulle afasie (*Zur Auffassung der Aphasien*, Vienna 1891) Freud, sotto l'influenza di J. H. JACKSON, *Remarks on Dissolution of the Nervous System as Exemplified by Certain Post-Epileptic Conditions* (1881), aveva adottato una posizione simile a quella della teoria dell'"appendice" da lui qui descritta nel testo. L'incertezza attuale indica il graduale passaggio di Freud alla teoria dell'esistenza di eventi psichici consci e inconsci, nel senso visto sopra a p. 213 e n. 2.]

possono essere riempiti di $Q\eta$ solo da ψ , poiché vorremmo escludere un qualsiasi rapporto diretto di questo terzo sistema con φ . È impossibile precisare quale fosse il valore biologico originario dei neuroni ω .¹

Ma fino ad ora abbiamo descritto in modo incompleto il contenuto della coscienza. Oltre alla serie delle qualità sensoriali, essa ne presenta un'altra assai diversa: la serie delle sensazioni di piacere e dispiacere, che richiede ora una spiegazione. Poiché noi conosciamo certamente una tendenza della vita psichica ad evitare il dispiacere, siamo tentati di identificarla con la tendenza primaria all'inerzia. In questo caso, il dispiacere verrebbe a coincidere con un aumento del livello di $Q\eta$ o con un aumento di tensione quantitativa; sarebbe una sensazione ω quando la $Q\eta$ aumenta in ψ . Il piacere sarebbe la sensazione della scarica. Poiché [sopra] si presume che ω sia riempito da ψ , ne deriverebbe l'ipotesi che la carica in ω aumenti quando il livello in ψ aumenta, e diminuisca con il decrescere di tale livello. Il piacere e il dispiacere sarebbero le sensazioni in ω della propria carica, del proprio livello; in un certo senso, ω e ψ rappresenterebbero vasi comunicanti. In questo modo anche i processi quantitativi in ψ raggiungerebbero la coscienza, di nuovo in forma di qualità.

Con le sensazioni di piacere e di dispiacere sparisce la capacità di percepire le qualità sensoriali che si trovano, per così dire, nella zona di indifferenza tra il piacere e il dispiacere. Ciò potrebbe tradursi così: i neuroni ω rivelano una capacità ottimale di ricevere il periodo del movimento neuronico quando hanno una determinata carica; quando la carica è più forte producono dispiacere, quando è più debole, piacere: fino a che, quando non vi è più carica, sparisce la capacità ricettiva.² Il tipo di movimento corrispondente dovrebbe essere costruito sulla base di questi dati.

¹ [Nel caso di φ e ψ questo è stato visto a pp. 208 sg.]

² [L'argomento sarà ripetuto nelle prime pagine di *Al di là del principio di piacere* (1920), attribuendolo a Fechner. In questo paragrafo Freud non distingue ancora tra ciò che in seguito chiamerà, separatamente, il "principio di piacere" e il "principio di costanza".]

[9.] Il funzionamento dell'apparato¹

Possiamo ora rappresentare il seguente quadro delle prestazioni costituito da $\varphi \psi \omega$.

Somme di eccitamento premono dall'esterno sulle terminazioni del sistema φ . Esse vengono in primo luogo a incontrare gli apparati nervosi terminali, dai quali sono frammentate in quozienti che sono probabilmente di ordine piú elevato degli stimoli intercellulari (o forse, però, dello stesso ordine?). Qui troviamo una prima soglia: al di sotto di una certa quantità non si determina alcun quoziente efficace, cosí che la capacità effettiva degli *stimoli* è ridotta in certo modo alle quantità *medie*. Inoltre le guaine nervose terminali funzionano da setaccio, per modo che non tutti i tipi di stimolo possono essere efficaci nelle singole terminazioni nervose. Gli stimoli che raggiungono di fatto i neuroni φ hanno una quantità e hanno una caratteristica qualitativa:² nel mondo esterno essi formano una serie di uguale qualità e crescente quantità, che dalla soglia si eleva sino al limite del dolore.

Mentre i processi nel mondo esterno formano un continuo in due direzioni, secondo la quantità e il periodo (qualità), gli *stimoli* che corrispondono ad essi sono, per quanto si riferisce alla quantità, in primo luogo *ridotti* e, in secondo luogo, *limitati* da un'interruzione, e, per quanto si riferisce alla qualità, *discontinui*, per modo che certi periodi non agiscono affatto da stimoli [fig. 1].

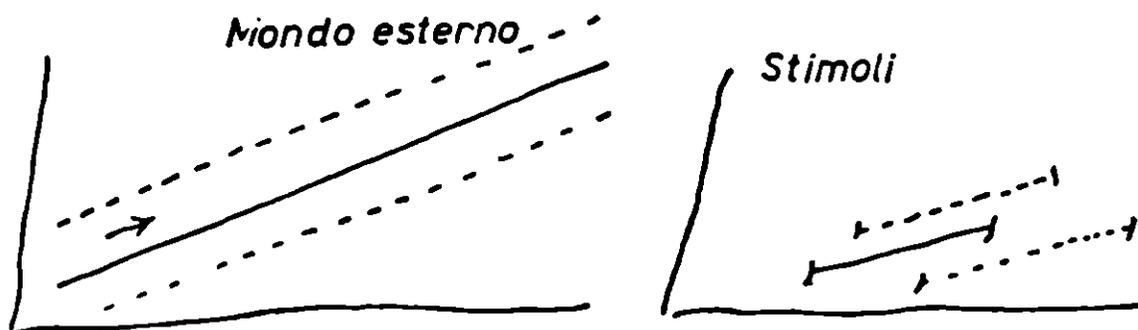
La caratteristica della qualità negli stimoli procede ora senza intoppi per φ attraverso ψ in direzione di ω , dove produce la sensazione; essa è rappresentata da un particolare periodo di movimento neuronico, che certamente non è uguale a quello dello stimolo, ma che ha qualche rapporto con esso, secondo una formula di riduzione che ci è ignota. Questo periodo non si mantiene per lungo tempo e sparisce dalla parte della motilità, né, essendogli permesso il passaggio, lascia alcuna memoria dietro di sé.

La quantità dello stimolo φ suscita la tendenza alla scarica nel si-

¹ [Nel manoscritto, a questo punto vi è un'indicazione "Capitolo secondo". Essa è omessa in tutte le edizioni a stampa perché un analogo "Capitolo secondo" ricorre, nel manoscritto, all'inizio della "Psicopatologia" (vedi oltre). Sono queste le uniche grandi divisioni introdotte da Freud. Le altre divisioni, e le numerazioni dei paragrafi, sono dei curatori.]

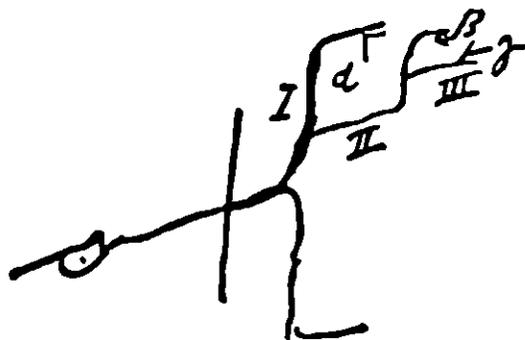
² [A rigore, né i "processi" del mondo esterno, né gli "stimoli" che, passando attraverso gli apparati nervosi terminali, raggiungono φ , né le cariche in φ o ψ hanno una qualità, ma solo una caratteristica qualitativa (il periodo) che diventa qualità quando raggiunge ω .]

stema nervoso, in quanto viene trasformata in un eccitamento motorio proporzionale. L'apparato della motilità è direttamente unito a φ . Le quantità così trasformate producono un effetto che è quantitativamente molto superiore ad esse, in quanto entrano nei muscoli, nelle ghiandole ecc. e vi agiscono mediante una emissione [di quantità], mentre tra i neuroni si ha solo trasferimento.



[Figura 1.]

Inoltre nei neuroni φ terminano i neuroni ψ , ai quali viene trasferita una parte della $Q\dot{h}$, ma solamente una parte, forse un quoziente che corrisponde alla grandezza di uno stimolo intercellulare. A questo punto possiamo chiederci se la $Q\dot{h}$ trasferita a ψ non possa aumentare in proporzione alla Q corrente in φ , per modo che uno stimolo maggiore produca un effetto psichico piú forte. Un particolare dispositivo sembra agire qui, il quale di nuovo mantiene la Q lontana da ψ . La conduzione sensoriale in φ ha infatti una struttura particolare: si ramifica di continuo e mostra vie piú fitte e sottili, che terminano in vari punti, probabilmente con il seguente significato: uno stimolo piú forte segue vie diverse da uno stimolo piú debole. Per esempio [fig. 2], $[1](Q\dot{h})$ passerà soltanto per la via I, trasferendo un quoziente a ψ in un punto terminale α . $2(Q\dot{h})$ non trasferirà un quoziente doppio in α , ma sarà in grado di passare anche lungo la via II, che è di minore ampiezza, e di aprire [in β]



[Figura 2.]

un secondo punto terminale a ψ . $\mathfrak{z}(Q\eta)$ aprirà il passaggio più stretto (III) e potrà trasferire anche attraverso γ . In questo modo il singolo canale φ si sbarazzerà della sua carica e una maggiore quantità in φ sarà espressa dal fatto che diversi neuroni, invece di uno solo, saranno caricati in ψ . Le singole cariche dei neuroni ψ possono, in tal modo, essere di una grandezza approssimativamente uguale. Quando $Q\eta$ in ω produce una carica in ψ , allora $\mathfrak{z}(Q\eta)$ sarà espresso dalla carica in $\psi_1 + \psi_2 + \psi_3$. La quantità in φ si esprime dunque con complicazione in ψ . Grazie a ciò la Q è tenuta lontana da ψ , almeno entro certi limiti. Questo ha una certa somiglianza con le condizioni della legge di Fechner, che potrebbe così localizzarsi.¹

In questo modo ψ è investito da φ con Q le quali, normalmente, sono piccole. Mentre la quantità dell'eccitamento φ è espressa in ψ dalla complicazione, la qualità viene espressa topicamente, giacché, secondo le relazioni anatomiche, i differenti organi di senso comunicano attraverso φ solo con particolari neuroni ψ . Ma ψ riceve anche cariche dall'interno dell'organismo e sembra probabile dover dividere i neuroni ψ in due gruppi: i neuroni del *pallio*,² che sono investiti da φ , e i neuroni nucleari (*Kern-Neurone*), che sono investiti dalle vie endogene di conduzione.

[10.] *Le vie di conduzione ψ*

Il nucleo di ψ è connesso con i canali per i quali salgono le quantità endogene di eccitamento. Senza escludere la possibilità che questi canali possano essere collegati con φ , dobbiamo nondimeno attenerci al nostro originale assunto secondo il quale un diretto passaggio conduce dall'interno del corpo ai neuroni ψ . Ma questo implica che ψ sia esposto senza difesa, in questa parte, alle Q , e in questo fatto risiede la "molla" del meccanismo psichico.³

Ciò che noi sappiamo degli stimoli endogeni si può esprimere con l'ipotesi che essi siano di natura intercellulare, che sorgano conti-

¹ [La legge di Fechner formula la relazione tra i mutamenti di intensità di uno stimolo e i mutamenti nella sensazione che ne risulta. In termini matematici, afferma che la sensazione varia con il logaritmo della forza dello stimolo. Freud suggerisce che la legge divenga operante in questo particolare punto del sistema nervoso.]

² [Secondo gli istologi della metà del diciannovesimo secolo, lo strato più esterno della corteccia cerebrale.]

³ [Vedi la spiegazione poco oltre in questo paragrafo. L'assenza di uno schermo protettivo rivolto all'interno è rilevata in numerosi scritti successivi, ad esempio in *Al di là del principio di piacere* (1920) § 4.]

nuamente e che solo periodicamente diventino stimoli psichici.¹ Non possiamo evitare l'idea di un accumulo; e la natura intermittente del loro effetto psichico ci consente solo di pensare che, lungo la loro via di conduzione verso ψ , essi s'imbattono in resistenze, superabili solo quando aumenta la quantità. Sono quindi vie di conduzione composte di molti segmenti, con interpolazione di parecchie barriere di contatto sino al nucleo di ψ . Tuttavia, al di sopra di una certa Q , [gli stimoli endogeni] operano in continuità come uno stimolo e ogni aumento di Q viene percepito come un aumento dello stimolo ψ . Questo fatto ha come conseguenza uno stato in cui la via di conduzione è diventata permeabile. L'esperienza mostra inoltre che, dopo lo scarico dello stimolo ψ , la via di conduzione ripristina ancora una volta la sua resistenza.

Un processo di questo genere viene chiamato *sommazione*. Le vie di conduzione ψ si riempiono per sommazione finché diventano permeabili. Evidentemente è la piccolezza dei singoli stimoli che permette questa sommazione. Si trova la sommazione anche nelle vie di conduzione φ , per esempio nel caso della conduzione del dolore, ma si applica solo a piccole quantità. L'importanza minore della sommazione dalla parte di φ è in favore del fatto che ivi abbiamo a che fare in realtà con Q di grandezza maggiore: quelle piccolissime sembrano essere trattenute dalla funzione di soglia degli apparati nervosi terminali, mentre dal lato di ψ tali apparati mancano e operano solo piccole $Q\eta$.

È molto notevole il fatto che i neuroni di conduzione ψ possono mantenersi a mezza via fra le caratteristiche di permeabilità e quelle di impermeabilità, giacché essi possono ripristinare, in modo quasi totale, la loro resistenza nonostante il passaggio di $Q\eta$. Tale fatto è del tutto in contraddizione con la proprietà, che noi abbiamo attribuito ai neuroni ψ , di essere costantemente facilitati da una corrente di $Q\eta$ [p. 206]. Come si può spiegare questa contraddizione? Supponendo che la restaurazione di una resistenza, dopo che la corrente è cessata, sia un attributo generale delle barriere di contatto. Non vi è una difficoltà troppo grande ad armonizzare questo fatto con quello che i neuroni ψ sono influenzati nel senso della facilitazione. Dobbiamo solo supporre che la facilitazione che rimane dopo il deflusso di Q consista non nel rimuovere del tutto la resistenza, ma nella sua riduzione a un minimo necessario. Du-

¹ [Vedi p. 202, n. 2.]

rante il flusso di Q la resistenza è sospesa, per venire poco dopo ristabilita, ma solo fino a un particolare livello proporzionale alla Q che è defluita, in modo che la volta successiva già una Q piú piccola sia in grado di passare, e cosí di seguito. Quando si sia stabilita la piú completa facilitazione, ivi rimarrà una certa resistenza, uguale per tutte le barriere di contatto, cosí che le Q dovranno aumentare oltre una certa soglia per essere in grado di passare. Questa resistenza dovrebbe essere una costante. Di conseguenza, il fatto che le $Q\eta$ endogene operano mediante sommazione, non significa altro che questa $Q\eta$ è composta di grandezze molto piccole di eccitamento, minori della costante. La via endogena di conduzione è nondimeno, perció, completamente facilitata.

Da questo, tuttavia, consegue che le barriere di contatto ψ sono in generale piú alte delle barriere di conduzione, cosí che una nuova accumulazione di $Q\eta$ può verificarsi nei neuroni nucleari. Ad essa, dopo che la via di conduzione è riassetata, non è posto piú alcun limite. Qui ψ è alla mercé di Q ed è per questo fatto che si origina, all'interno del sistema, l'impulso che sostiene ogni attività psichica. Noi conosciamo questa forza come la volontà, il derivato delle pulsioni.¹

[11.] L'esperienza di soddisfacimento

La saturazione dei neuroni nucleari in ψ porta come conseguenza una tendenza alla scarica, una tensione che si libera lungo le vie motorie. L'esperienza dimostra che la prima via a essere utilizzata è quella che conduce a una *modificazione interna* (espressione di emozioni, grida, innervazioni vascolari). Ma, come mostrammo all'inizio [p. 202], nessuna scarica di questo genere può produrre alcun risultato definitivo, perché la ricezione degli stimoli endogeni continua tuttavia e la tensione in ψ si ristabilisce. La sospensione dello stimolo può essere operata solo mediante un intervento che temporaneamente interrompa l'emissione di $Q\eta$ all'interno del corpo; e questo intervento richiede un'alterazione nel mondo esterno (rifornimento di cibo, prossimità dell'oggetto sessuale), la quale, come azione specifica, può seguire solo determinate vie. L'organismo umano è, dapprima, incapace di produrre tale azione specifica. Essa viene attuata mediante un *aiuto esterno*, quando un individuo ma-

¹ [Vedi una nota sul termine "pulsione" a p. 21.]

turo viene indotto a fare attenzione alle condizioni del bambino mediante una scarica lungo la via della modificazione interna.¹ Tale via di scarica acquista pertanto la funzione secondaria estremamente importante dell'intendersi, e l'impotenza iniziale degli esseri umani è la fonte originaria di tutte le motivazioni morali.

Quando il soccorritore ha adempiuto il lavoro dell'azione specifica nel mondo esterno a sollievo dell'impotente, questi si trova in grado, grazie a dispositivi riflessi, di compiere immediatamente all'interno del proprio corpo l'attività necessaria a eliminare lo stimolo endogeno. Il tutto poi costituisce un'esperienza di soddisfacimento, che ha le più rilevanti conseguenze nello sviluppo funzionale dell'individuo. Tre ordini di fatti avvengono nel sistema ψ : 1) si effettua una scarica duratura, così che la tensione che aveva prodotto dispiacere in ω si esaurisce; 2) uno (o più) neuroni del pallio è investito di una carica corrispondente alla percezione di un oggetto; 3) altri punti del pallio sono informati della scarica che ha avuto luogo mediante il movimento riflesso, il quale ha fatto seguito all'azione specifica. Si stabilisce quindi una facilitazione tra queste cariche e i neuroni nucleari.²

L'informazione che la scarica riflessa è avvenuta, è data dal fatto che ogni movimento, attraverso i suoi risultati secondari, dà origine a nuovi eccitamenti sensoriali (provenienti dalla pelle e dai muscoli), che producono un'immagine motoria in ψ . La facilitazione, tuttavia, si viene a formare in un modo che ci consente di approfondire le nostre conoscenze sullo sviluppo di ψ . Fin qui abbiamo appreso che i neuroni ψ sono stimolati da φ e attraverso le vie endogene di conduzione, mentre i vari neuroni ψ sono isolati l'uno dall'altro da barriere di contatto dotate di potenti resistenze. Esiste tuttavia una legge fondamentale di associazione per simultaneità, la quale entra in azione durante la pura attività ψ , durante la rievocazione riproduttiva; tale legge può essere considerata la base dei rapporti tra i neuroni ψ . Noi troviamo che la coscienza — vale a dire l'investimento quantitativo di un neurone ψ ,³ [neurone che chiameremo] α —

¹ [Per esempio dalle grida del bambino.]

² [Vedi la descrizione simile dell'"esperienza di soddisfacimento" nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 515 sg. e nelle *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico* (1911); ma vedi anche sopra le anticipazioni nella *Minuta teorica E* (1894) p. 21 e in *Legittimità di separare dalla nevrosi un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894) pp. 169 sg.]

³ [Non ci si aspetterebbe una simile definizione della coscienza, senza riferimento a ω .]

passa a un secondo, β , se α e β sono stati simultaneamente investiti da φ (o da altra sorgente). Quindi mediante l'investimento simultaneo di α e β è facilitata una barriera di contatto. Ne consegue, nel linguaggio della nostra teoria, che una $Q\eta$ passa piú facilmente da un neurone a un altro neurone investito piuttosto che a uno non investito.¹ In tal modo la carica del secondo neurone opera come la carica accresciuta del primo. Anche in questo caso la carica sembra equivalere, rispetto al flusso di $Q\eta$, alla facilitazione [vedi pp. 206 sg.].

Veniamo dunque a conoscere un secondo fattore avente importanza nel dirigere il corso preso da una $Q\eta$. Una $Q\eta$ in un neurone α si dirigerà non solo in direzione della barriera meglio facilitata, ma anche in direzione della barriera che è stata investita dal lato opposto. Questi due fattori possono collaborare o, in alcune situazioni, opporsi l'uno all'altro.

Quindi, l'esperienza di soddisfacimento porta a una facilitazione tra due immagini mnestiche e i neuroni nucleari che sono stati investiti durante lo stato di tensione. Senza dubbio, con la scarica di soddisfacimento, la Q defluisce anche dalle immagini mnestiche. Appena lo stato di tensione o di desiderio si ripresenta, la carica rifluirà e attiverà le due immagini mnestiche. Con molta probabilità l'immagine mnestica dell'oggetto sarà la prima a sperimentare l'attivazione operata dal desiderio.

Non dubito che questa attivazione operata dal desiderio produrrà in prima istanza qualcosa di uguale a una percezione: cioè, un'allucinazione. Se s'introdurrà inoltre un'azione riflessa, inevitabilmente ne risulterà una delusione.

[12.] *L'esperienza di dolore*

Normalmente, ψ è esposto a Q provenienti dalle vie endogene di conduzione, e anormalmente, sebbene non ancora patologicamente, è esposto a Q eccessivamente grandi penetranti attraverso i dispositivi di schermo che sono in φ , nei casi, cioè, di dolore [p. 212]. Il dolore determina in ψ : 1) un forte aumento del livello, che è provato come dispiacere da ω [p. 217];² 2) una tendenza alla scarica, che può essere

¹ [Questa asserzione, che sarà qui ripetuta piú volte, figurerà anche nel *Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno* (1915) (dove verrà indicata come il principio della non suscettibilità all'eccitamento dei sistemi non investiti), in *Al di là del principio di piacere* (1920) § 4, e nella *Nota sul "notes magico"* (1924).]

² [Vedi *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) cap. 11, § C.]

operata in varie direzioni; 3) una facilitazione tra questa tendenza e un'immagine mnestica dell'oggetto che ha generato il dolore. Inoltre, non vi è dubbio che il dolore possiede una qualità particolare che si fa sentire parallelamente al dispiacere.

Se recentemente l'immagine mnestica dell'oggetto (ostile) è stata investita in qualche modo, ad esempio mediante nuove percezioni, s'instaura uno stato che non è di dolore ma con questo ha molta somiglianza. Esso include il dispiacere e la tendenza alla scarica che corrisponde all'esperienza di dolore. Poiché il dispiacere significa un innalzamento del livello, sorge il problema della provenienza di questa $Q\dot{\eta}$. Nella effettiva esperienza di dolore, era l'erompere della Q esterna a provocare l'aumento del livello in ψ . Nella riproduzione dell'esperienza, nell'affetto, la sola Q addizionale è quella che investe il ricordo; ed è ovvio che ciò è della stessa natura di qualsiasi altra percezione e non può risultare in un aumento generale della $Q\dot{\eta}$.

Resta dunque solo da supporre che, a motivo dell'investimento dei ricordi, il dispiacere provenga dall'interno del corpo, ne sia provocato in modo attuale. Il meccanismo di questa emissione si può descrivere solo nel modo seguente: come esistono neuroni motori che, quando vengono riempiti fino a un certo livello, conducono le $Q\dot{\eta}$ nei muscoli e ivi le scaricano, così devono esservi neuroni "secretori" i quali, quando vengono eccitati, generano all'interno del corpo qualcosa che agisce come uno stimolo sulle vie endogene di conduzione che portano a ψ , e quindi influenzano la produzione di $Q\dot{\eta}$ endogene, e con ciò non scaricano $Q\dot{\eta}$ ma le introducono per via indiretta. Chiameremo "neuroni chiave" questi neuroni secretori.¹ Evidentemente essi si eccitano solo quando un certo livello è raggiunto in ψ . Attraverso l'esperienza di dolore l'immagine mnestica dell'oggetto ostile ha ricevuto un'eccellente facilitazione verso questi neuroni chiave, e in virtù di essa il dispiacere si può ora liberare nell'affetto.²

A questa problematica ma indispensabile ipotesi è offerto un sostegno da quanto si verifica durante la scarica sessuale. Contemporaneamente, ci viene il sospetto che, in entrambi questi esempi, gli stimoli endogeni consistano di sostanze chimiche, il cui numero

¹ [Nel manoscritto: "motorischen", evidentemente una svista per "sekretorischen". Più oltre, p. 237, i neuroni "motori" e i neuroni "chiave" sembrano venire distinti. Un riferimento a questa concezione dell'innervazione motoria e secretoria figura nell'Interpretazione dei sogni (1899) p. 428.] ² [Vedi *ibid.*, p. 547.]

possa essere considerevole.¹ Poiché la liberazione di dispiacere può essere molto grande anche ove esiste un leggero investimento di ricordi ostili, possiamo concludere che il dolore lascia dietro di sé facilitazioni particolarmente abbondanti. In rapporto a ciò possiamo supporre che la facilitazione dipenda interamente dalla grandezza della $Q\eta$ raggiunta, così che la facilitazione operata da $3Q\eta$ sia talvolta di gran lunga più grande di quella di $3 \times Q\eta$.²

[13.] Affetti e stati di desiderio

I residui dei due generi di esperienze [di dolore e di soddisfacimento] che abbiamo discusso sono gli affetti e gli stati di desiderio.³ Essi hanno in comune il fatto che entrambi comportano un aumento della tensione di $Q\eta$ in ψ : nel caso di un affetto, ciò si realizza mediante un'improvvisa emissione; nel caso di un desiderio per mezzo della sommazione. Entrambi questi stati sono della più grande importanza in relazione al flusso [di $Q\eta$] in ψ , perché lasciano dietro a sé motivi per esso che hanno forza coattiva. Lo stato di desiderio produce un'attrazione positiva per l'oggetto del desiderio, ossia per la sua immagine mnestica;⁴ l'esperienza dolorosa ha come conseguenza una repulsione, un'avversione, a mantenere investita l'immagine mnestica ostile. Qui abbiamo attrazione di desiderio e difesa primarie.

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

È più difficile spiegare la difesa primaria o rimozione: cioè il fatto

¹ [La possibile base chimica degli stimoli era stata oggetto di discussioni con Fliess (vedi oltre p. 245 e, sopra, la *Minuta teorica D*, p. 18) e continuerà a riproporsi molte volte, dal terzo dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905) § 2 fino allo scritto sulla *Sessualità femminile* (1931) § 3, ove sarà negato che il processo possa essere dovuto, in modo semplice, a sostanze chimiche diverse.]

² [$3Q\eta$ indica una quantità tripla di $Q\eta$, e $3 \times Q\eta$ indica $Q\eta$ ripetuta tre volte. La prima espressione era stata scritta anche $Q:3\eta$ a p. 207, cui qui ci si riallaccia, e $3(Q\eta)$ a p. 220.]

³ [Potrebbe sembrare, da vari passaggi, che Freud usi il termine "affetto" solo in relazione a esperienze spiacevoli, ma in realtà ciò non è esatto, come si vedrà da una frase a p. 243.]

⁴ [Vedi *L'interpretazione dei sogni* (1899) p. 498.]

che un'immagine mnestica ostile viene regolarmente abbandonata dalla carica appena possibile. Nondimeno la spiegazione può essere che le esperienze primarie di dolore siano state interrotte da una difesa riflessa. L'emergere di qualche altro oggetto in luogo di quello ostile era il segnale che l'esperienza di dolore era terminata, e il sistema ψ , istruito *biologicamente*, cerca di riprodurre in ψ lo stato che ha segnato una cessazione del dolore. Con l'espressione "istruito biologicamente" s'introduce una nuova base esplicativa che deve acquistare un valore indipendente, quantunque allo stesso tempo non escluda, ma invero richieda, un appello a principi meccanici (a fattori quantitativi). Nel nostro caso si può trattare di un aumento di $Q\eta$ che si determina invariabilmente quando vi è investimento di ricordi ostili, cosa che opera un aumento nell'attività di scarica e, quindi, anche un deflusso di ricordi.

[14.] *Introduzione dell'Io*

In realtà con la nostra ipotesi dell'attrazione di desiderio e di una tendenza alla rimozione, siamo pervenuti a un certo stato di ψ che non è ancora stato discusso. Entrambi questi processi dimostrano infatti che in ψ si è andata formando un'organizzazione, la cui presenza disturba decorsi che si sono prodotti per la prima volta in un particolare modo [cioè: o con soddisfacimento o con dolore]. Questa organizzazione si chiama l'Io, e può facilmente essere descritta se pensiamo che la ricezione, costantemente ripetuta, di $Q\eta$ endogene in certi neuroni (del nucleo), e il conseguente effetto facilitante, produrranno un gruppo di neuroni dotati di una carica costante [pp. 222 e 267], corrispondente quindi al *veicolo di scorta* necessario alla funzione secondaria [p. 203]. L'Io deve quindi essere definito come la totalità delle cariche ψ in un dato momento, ove una porzione stabile può essere distinta da un'altra soggetta a mutarsi [vedi oltre p. 232]. È facile vedere che le facilitazioni tra i neuroni ψ fanno parte del dominio dell'Io, in quanto rappresentano la possibilità di indicargli l'ammontare dei suoi cambiamenti nei momenti successivi.

Mentre questo Io non può non tentare di liberarsi dalle sue cariche mediante il soddisfacimento, ciò non può avvenire altrimenti che esercitando un'influenza sulla ripetizione delle esperienze di dolore e degli affetti; e deve esercitarla nel seguente modo, che è generalmente chiamato *inibizione*.

Una $Q\eta$ che, da qualsiasi luogo, irrompe in un neurone cercherà

liberazione di dispiacere è però piccola, e al sistema nervoso sono risparmiati lo sviluppo e la scarica di Q senza altro danno. Possiamo facilmente immaginare come, con l'aiuto di un meccanismo che attiri l'attenzione dell'Io verso l'imminente nuovo investimento dell'immagine mnestica ostile, l'Io possa giungere a inibire il decorso dell'immagine mnestica alla liberazione di dispiacere, mediante un copioso investimento laterale che, se è necessario, può essere rinforzato. Se ammettiamo, infatti, che l'iniziale spiacevole emissione $Q\dot{\eta}$ di dispiacere sia sussunta dall'Io stesso, si verrà ad avere in essa la sorgente del dispendio necessario all'investimento laterale inibitore da parte dell'Io.

Così la difesa primaria sarà tanto maggiore quanto più grande sarà il dispiacere.

[15.] *Processo primario e secondario in ψ*

Da ciò che siamo venuti svolgendo fin qui, segue che l'Io in ψ — che noi possiamo considerare, in relazione alle sue tendenze, come il sistema nervoso nella sua totalità — può cadere due volte, quando i processi in ψ non sono influenzati, in uno stato d'impotenza e subire danni.

La prima di queste si verifica se, mentre è in uno stato di desiderio, esso investe il ricordo di un oggetto e mette quindi in movimento un processo di scarica, dove il soddisfacimento non può essere raggiunto perché l'oggetto non è reale ma è presente solo in una rappresentazione fantastica. Dapprima ψ non è in grado di operare questa distinzione, perché esso può solo operare sulla base di una successione di stati analoghi tra i suoi neuroni.¹ È quindi necessario un altro criterio che permetta di distinguere tra percezione e rappresentazione.

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

¹ [La successione, cioè, tra un desiderio e un'allucinazione, descritta nella parte finale del § 11.]

Sia l'investimento di desiderio, sia la liberazione di dispiacere, quando c'è un nuovo investimento del ricordo relativo, possono essere biologicamente dannosi. Questo accade per l'investimento di desiderio ogni volta che supera un certo limite e quindi incoraggia alla scarica; e accade per la liberazione di dispiacere almeno ogni volta che l'investimento dell'immagine mnestica ostile sorge da ψ stesso (per associazione) e non dal mondo esterno. Quindi, anche qui ciò che occorre è un segno che permetta di distinguere una percezione da un ricordo (o rappresentazione).¹

Con tutta probabilità sono i neuroni ω che forniscono questo segno: il segno di realtà. In ogni percezione esterna avviene un eccitamento qualitativo in ω , ma questo, in un primo tempo, è senza importanza per ψ . Dobbiamo quindi aggiungere che l'eccitamento ω conduce a una scarica ω e che un'informazione di quest'ultima (come di ogni altra scarica) [p. 223] raggiunge ψ . L'informazione della scarica proveniente da ω costituisce quindi per ψ il segno di qualità o di realtà.

Se l'oggetto desiderato è investito abbondantemente, in modo da essere attivato in maniera allucinatoria, si avrà lo stesso segno di scarica o di realtà come nel caso della percezione esterna. In questo caso il criterio cade. Ma se accade che l'investimento di desiderio è soggetto a inibizione, come è possibile se l'Io è caricato, si può immaginare una situazione di ordine quantitativo, durante la quale l'investimento di desiderio, non essendo abbastanza intenso, non produce un "segno di qualità", come avverrebbe nel caso della percezione esterna. In questo caso, quindi, il criterio mantiene il suo valore. La distinzione risiede nel fatto che, mentre il "segno di qualità" derivato dall'esterno fa la sua apparizione qualunque sia l'intensità della carica, quello derivato da ψ si presenta solo se le intensità sono notevoli. Di conseguenza l'inibizione operata dall'Io rende possibile un criterio per distinguere tra la percezione e il ricordo. L'esperienza biologica insegnerà poi a non iniziare la scarica finché non sia arrivato il "segno di realtà", e che, per questa ragione, l'investimento dei ricordi desiderati non deve essere portato oltre un certo limite.

D'altra parte, l'eccitamento dei neuroni ω può anche servire a

¹ [È, probabilmente, il primo tentativo, da parte di Freud, di risolvere il problema dell'"esame di realtà" di una cosa.]

proteggere il sistema ψ nel secondo caso: cioè, attirando l'attenzione di ψ sul fatto della presenza o assenza di una percezione. A questo scopo dobbiamo supporre che i neuroni ω fossero, in origine, collegati anatomicamente con le vie di conduzione provenienti dai diversi organi sensori, e che dirigano la loro scarica nuovamente agli apparati motori appartenenti a questi stessi organi sensori. Allora la piú recente informazione della scarica (quella dell'attenzione riflessa) diventerà biologicamente per ψ un segnale¹ per inviare una quantità d'investimento nella stessa direzione.

Per riassumere, ove l'inibizione è operata da un Io caricato, i segni di una scarica ω diventano in generale segni di realtà, che ψ biologicamente impara a usare. Se l'Io è in stato di desiderio nel momento in cui emerge tale "segno di realtà", questo fatto permetterà alla scarica di effettuarsi grazie all'azione specifica. Quando un incremento di dispiacere coincide con il "segno di realtà", ψ instaurerà una difesa di grandezza normale mediante un adeguato investimento laterale nel punto indicato. Se non si verifica nessuno di questi casi, sarà permesso all'investimento di procedere senza ostacoli secondo le condizioni di facilitazione. L'investimento di desiderio portato fino all'allucinazione e lo sviluppo pieno del dispiacere, che reca con sé l'esaurirsi completo della difesa, si possono definire come *processo psichico primario*. D'altra parte quei processi che sono resi possibili solo da una buona carica dell'Io e che funzionano da moderatori del processo primario, possono essere definiti come *processi psichici secondari*. Come si vede, condizione indispensabile di questi ultimi è una corretta utilizzazione dei "segni di realtà", e questa è possibile solo quando esiste inibizione da parte dell'Io.

[16.] *La conoscenza e il pensiero riproduttivo*²

Abbiamo qui avanzato l'ipotesi che, durante il processo del desiderare, una inibizione proveniente dall'Io conduca a un investimento moderato dell'oggetto desiderato, cosa che permette di rico-

¹ [Forse un accenno alla teoria, sviluppata molto piú tardi, dell'angoscia come segnale. Vedi anche *L'interpretazione dei sogni* (1899) p. 548.]

² [Per facilitare l'intelligenza dei paragrafi 16, 17 e 18, vedi oltre la trattazione nel capitolo 3, ove l'argomento è sempre lo stesso: la classificazione e l'analisi dei processi di pensiero.]

noscerlo come non reale. Portiamo ora piú avanti l'analisi di questo processo; esiste infatti piú di una possibilità.

Primo caso: simultaneamente all'investimento di desiderio dell'immagine mnestica, sia presente la percezione di essa. Le due cariche quindi coincideranno, il che biologicamente non è utilizzabile, ma in aggiunta a ciò, il segno di realtà sorge da ω , ed esso, come abbiamo appreso dall'esperienza, è seguito da una scarica che ha successo. Questo caso è presto sbrigato.

Secondo caso: l'investimento di desiderio sia presente e sia accompagnato da una percezione che è in accordo con esso solo in parte e non del tutto. È questo il momento di ricordare che le cariche percettive non sono mai cariche di singoli neuroni ma sempre di complessi di neuroni. Fin qui abbiamo trascurato questa particolarità, ma è ormai ora di prenderla in considerazione. Supponiamo, genericamente parlando, che l'investimento di desiderio sia applicato a un neurone a + un neurone b , l'investimento percettivo a un neurone a + un neurone c . Poiché questo è il caso piú comune, piú comune di quello dell'identità, esso merita un piú attento studio.

L'esperienza biologica anche qui [come nel primo caso] insegna che è azzardato iniziare la scarica se i segni di realtà confermano solo una parte e non tutto il complesso. Tuttavia, ora, si trova una via per convertire la somiglianza in completa identità. Se noi paragoniamo questo complesso percettivo con altri complessi percettivi, siamo in grado di scomporlo in due componenti: un neurone a , che rimane generalmente sempre lo stesso, e un neurone b che è per lo piú variabile. In seguito il linguaggio applicherà il termine di giudizio a questa scomposizione, e scoprirà la somiglianza esistente di fatto tra il nucleo dell'Io e la componente percettiva costante [da una parte] e tra le mutevoli cariche nel pallio [pp. 220 e 227] e la componente incostante [dall'altra]; il linguaggio descrive il neurone a come la cosa e il neurone b come la sua attività o attributo, cioè il suo predicato [vedi oltre pp. 235 sg. e 264.]

Quindi il giudizio è un processo ψ , reso possibile solo dall'inibizione esercitata dall'Io e messo in atto dalle differenze tra l'investimento di desiderio di un ricordo e un consimile investimento percettivo. Ne segue che, quando queste due cariche coincidono, la conseguenza sarà un segnale biologico per porre termine al pensiero e lasciare iniziare una scarica. Quando esse non coincidono, viene

dato incremento all'attività del pensiero, alla quale verrà posto di nuovo termine quando esse coincideranno.¹

Il processo può essere ulteriormente analizzato. Se il neurone *a* coincide [nei due investimenti], ma anziché il neurone *b* viene percepito il neurone *c*, gli sforzi dell'Io seguono le connessioni di questo neurone *c* e, per mezzo di una corrente di $Q\dot{\eta}$ lungo queste connessioni, provocano l'emersione di nuove cariche, finché alla fine il neurone *b* mancante viene raggiunto. Di regola, si produce l'immagine di un movimento, che s'interpone tra il neurone *c* e il neurone *b*, e, quando essa è fatta rivivere dall'esplicarsi di un movimento reale, la percezione del neurone *b* è ottenuta e si stabilisce la desiderata identità.² Per esempio, l'immagine mnestica desiderata sia quella del seno materno con il capezzolo in piena vista, e la prima percezione sia l'immagine laterale dello stesso oggetto senza il capezzolo. Il bambino ha il ricordo di un'esperienza, fatta incidentalmente mentre poppava, per cui un particolare movimento della sua testa modificava la visione frontale in visione laterale. La visione laterale lo induce all'[immagine del] movimento della testa, e una prova mostra che si deve compiere il movimento inverso per ottenere la percezione frontale.³

Per ora qui si tratta ben poco di un giudizio; ma ciò costituisce un esempio della possibilità, mediante la riproduzione di cariche, di pervenire a una azione che appartiene già al lato accidentale dell'azione specifica.

Non vi è dubbio che ciò che rende fattibili questi itinerari lungo i neuroni facilitati è una $Q\dot{\eta}$ derivata dall'Io caricato, e che questo itinerario non è determinato dalle facilitazioni ma da uno scopo. Qual è dunque questo scopo e come lo si può raggiungere?

Lo scopo è di ritornare al neurone *b* mancante e di scatenare la sensazione d'identità: il momento, cioè, nel quale il solo neurone *b* è investito e la carica itinerante sfocia in *b*. Questo si ottiene spostando sperimentalmente $Q\dot{\eta}$ in ogni direzione, e per tale motivo un maggiore o minore dispendio di investimenti laterali sarà chiaramente necessario, secondo che si possa far uso delle facilitazioni esistenti o si debba operare contro di esse. La lotta tra le facilitazioni

¹ [Vedi un'analisi simile del giudizio in *La negazione* (1925).]

² [Vedi sotto p. 236, n. 3.]

³ [L'esempio del bambino affamato, già usato sopra, ricorrerà anche nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 515, e ricorre nel libro di T. MEYNER, *Psychiatrie* (Vienna 1884) pp. 169 sg.]

fisse e gli investimenti mutevoli è caratteristica del processo secondario del pensiero riproduttivo, in contrasto con la successione primaria delle associazioni.

Che cosa porta a questo itinerare? Il fatto che la rappresentazione di desiderio del ricordo¹ [cioè del neurone *b*] è mantenuta investita mentre si segue l'associazione partendo dal neurone *c*. Noi sappiamo che un tale investimento del neurone *b* rende più facilitate e accessibili tutte le sue possibili connessioni.

Nel corso di questo itinerare può anche accadere che la $Q\eta$ s'incontri con un ricordo correlato con un'esperienza di dolore e dia quindi luogo a una liberazione di dispiacere. Poiché questo è un segno sicuro che il neurone *b* non può essere raggiunto lungo questa via, la corrente devierà immediatamente dalla carica in questione. I canali che danno dispiacere mantengono però il loro grande valore per la guida della corrente di riproduzione.

[17.] Memoria e giudizio

Il pensiero riproduttivo ha quindi uno scopo pratico e una finalità biologicamente stabilita: cioè riportare una $Q\eta$, che si stia spostando da una percezione superflua, a investire il neurone mancante. Così si ottengono identità² e diritto alla scarica, sempre che, inoltre, sia dato il segno di realtà dal neurone *b*. Il processo tuttavia può trascurare il secondo di questi scopi [cioè la scarica] e tendere alla sola identità. In tal caso ci troviamo davanti a un puro atto di pensiero che, tuttavia, potrà sempre in seguito essere usato praticamente. In questi casi, inoltre, l'Io caricato si comporta esattamente nello stesso modo.

Seguiamo ora la terza eventualità che si può verificare in uno stato di desiderio:³ in presenza di un investimento di desiderio emerga una percezione non coincidente in alcun modo con l'immagine mnestica desiderata (*mnes. +*).⁴ Sorgerà quindi un interesse a conoscere tale immagine percettiva, in modo che, nonostante tutto, sia possibile trovare una via da essa a *mnes. +*. A questo scopo l'immagine percettiva è presumibilmente sovraccaricata dall'Io, esattamente come nel caso precedente accadeva solo con una componente

¹ [Il manoscritto è di difficile lettura e la nostra traduzione è puramente a senso.]

² [Vedi sotto p. 236, n. 3.] ³ [Per i primi due casi, vedi p. 232.]

⁴ [Il segno + si può interpretare qui, come più oltre (p. 274), come: "investita di desiderio".]

di essa, il neurone c. Se l'immagine percettiva non è assolutamente nuova, essa richiamerà e farà rivivere un'immagine percettiva mnestica con la quale avrà almeno qualcosa in comune. Allora il processo del pensiero descritto in precedenza verrà ripetuto a proposito di questa immagine mnestica, quantunque privo, fino a un certo grado, dello scopo fornito in precedenza dalla rappresentazione di desiderio che era investita [pp. 233 sg.].

Fintanto che le cariche coincidono, esse non forniscono l'occasione per l'attività di pensiero. Per contro le parti non coincidenti "suscitano interesse" e possono dare spunto ad attività di pensiero di due generi. O la corrente si dirigerà sui ricordi risvegliati e svilupperà un'attività mnemonica senza scopo, che sarà mossa dalle differenze e non dalle somiglianze, oppure rimarrà concentrata sulle componenti da poco presentatesi [della percezione] e metterà in atto un'attività di giudizio ugualmente senza scopo.

Supponiamo che l'oggetto che fornisce la percezione sia simile al soggetto, cioè un essere umano prossimo. L'interesse teorico [suscitato nel soggetto] si spiega anche in quanto un oggetto siffatto è stato simultaneamente il primo oggetto di soddisfacimento e il primo oggetto di ostilità, così come l'unica forza ausiliare. Per tale ragione è sul suo prossimo che l'uomo impara a conoscere. I complessi percettivi che sorgono da questo prossimo saranno in parte nuovi e imparagonabili: per esempio i suoi lineamenti (nella sfera visiva); ma altre percezioni visive (per esempio i movimenti delle mani) coincideranno nel soggetto con i suoi ricordi di analoghe impressioni visive del suo corpo, i quali si assoceranno a ricordi di movimenti sperimentati da lui stesso. La stessa cosa accadrà con altre percezioni dell'oggetto; quindi, per esempio, se l'oggetto grida, un ricordo delle proprie grida risusciterà [nel soggetto] rinnovando le sue esperienze di dolore. Così il complesso di un altro essere umano si divide in due componenti; di cui una s'impone per la sua struttura costante come una cosa coerente, mentre l'altra può essere capita mediante l'attività della memoria: può, cioè, essere ricondotta a un'informazione che [il soggetto] ha del proprio corpo.¹ Questo scomporre un complesso percettivo si chiama conoscenza di esso; comporta un giudizio e ha termine quando questo scopo ultimo si è realizzato. Il giudizio, come si vede, non è una funzione

¹ [Queste riflessioni sulle radici del comprendere i modi di gestire degli altri non sono state in seguito approfondite da Freud, a parte qualche spunto nel *Motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905) cap. 7, § 1.]

primaria, ma presuppone l'investimento da parte dell'Io delle parti disparate [della percezione]. In un primo momento il giudizio non ha una finalità pratica, e durante il processo del giudizio, l'investimento delle differenti componenti viene probabilmente scaricato, giacché questo spiegherebbe perché le attività, o "predicati" [p. 232], siano separate attraverso una via piuttosto imprecisa dal complesso soggettuale.¹

Da qui si potrebbe partire per un approfondimento dell'analisi dell'atto del giudizio, ma ciò costituirebbe una deviazione dal nostro tema. Ci basti aver chiaro in mente che è l'interesse originario a stabilire la situazione di soddisfacimento, che produce in un caso la riflessione riproduttiva e nell'altro il giudizio, come metodi per procedere dalla situazione percettiva, come essa si presenta in realtà, verso la situazione desiderata.² Di tutto ciò è premessa il fatto che i processi ψ non facciano il loro corso senza inibizione, ma in connessione con un Io attivo. Ma con ciò verrebbe dimostrato il senso eminentemente pratico di ogni attività del pensiero.

[18.] Pensiero e realtà

Scopo e finalità di tutti i processi di pensiero è dunque di stabilire uno stato d'identità, di smistare una $Q\eta$ d'investimento proveniente dall'esterno in un neurone investito dall'Io.³ Il pensiero conoscitivo o giudicante cerca d'identificarsi con una carica somatica; il pensiero riproduttivo cerca d'identificarsi con una propria carica psichica (una propria esperienza vissuta). Il pensiero giudicante opera in anticipo rispetto al pensiero riproduttivo, fornendo a quest'ultimo facilitazioni già pronte per l'ulteriore itinerario associativo. Se, conclusosi l'atto di pensiero, giunge alla percezione il segno di realtà, allora si ottiene un giudizio di realtà, la credenza, e lo scopo di tutta l'attività è raggiunto.

Vi è ancora da osservare, circa il giudizio, che esso si basa evidentemente sulla presenza di esperienze somatiche, di sensazioni e di immagini motorie del soggetto stesso. Fino a quando esse sono assenti, la parte variabile del complesso percettivo [p. 232] non può

¹ [Tutto ciò si comprenderà meglio oltre, p. 264 e nota, e pp. 280 sg.]

² [Il "giudizio" sarà discusso in modo non dissimile da Freud nella sua *Nota sul "notes magico"* (1924).]

³ [Vedi p. 233. Osservazioni simili nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 516 e 548, dove Freud parla di "identità di percezione" e "identità di pensiero".]

essere compresa; cioè, essa può venire riprodotta ma non dà nessuna indicazione per ulteriori direzioni di pensiero. Per esempio (fatto che avrà importanza piú avanti [cap. 2]), tutte le esperienze sessuali non producono alcun effetto finché il soggetto non avrà provato sensazioni sessuali, cioè, in generale, fino all'inizio della pubertà.

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

Senza dubbio questi due casi ci mostrano il processo primario nel giudizio, e possiamo supporre che tutti i giudizi secondari si effettuino mediante l'attenuarsi di questi processi puramente associativi. Quindi il giudizio — mezzo, piú tardi, per conoscere un oggetto di possibile importanza pratica — è, alla sua origine, un processo di associazione tra gli investimenti dall'esterno e quelli derivati dal corpo stesso dell'individuo, una *identificazione di informazioni, o investimenti, provenienti da φ e dall'interno*. Non è forse ingiustificato supporre che allo stesso tempo il giudizio indichi anche il modo con il quale le Q provenienti da φ possano venire trasmesse e scaricate. Quelle che noi chiamiamo cose sono residui che si sottraggono al giudizio.

L'esempio del giudizio ci suggerisce per la prima volta una differenza quantitativa che si deve presumere esista tra il pensiero e il processo primario. È ragionevole supporre che, durante il pensiero, una piccola corrente d'innervazione motoria defluisca da ψ , ma solo, naturalmente, se durante questo atto sia innervato un neurone motore o un neurone chiave [p. 225]. Sarebbe tuttavia erroneo considerare questa scarica come il processo stesso di pensiero, del quale

essa è esclusivamente un risultato non intenzionale e sussidiario. Il processo di pensiero consiste nell'investimento di neuroni ψ con modifica della coazione che è creata dalla facilitazione, modifica che avviene per investimento laterale da parte dell'Io. È comprensibile, dal punto di vista meccanico, che qui solo una parte della $Q\eta$ è capace di seguire le facilitazioni, e che la grandezza di questa parte è costantemente regolata dalle cariche. Ma è ugualmente chiaro che, in tal modo, una sufficiente $Q\eta$ viene allo stesso tempo economizzata, così da rendere la riproduzione in generale vantaggiosa. Altrimenti l'intera $Q\eta$, che è necessaria per la scarica finale, verrebbe spesa ai punti di sfogo motorio durante il suo passaggio. Quindi il processo secondario è una ripetizione dell'originario flusso ψ , ma a più basso livello e con quantità minori.¹

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

Il pensiero deve inoltre soddisfare un'altra condizione. Esso non deve apportare essenziali cambiamenti alle facilitazioni stabilite dai processi primari, altrimenti falsificherebbe le tracce della realtà. A questo proposito basti osservare che la facilitazione è probabilmente il risultato [del passaggio] di una singola quantità notevole e che l'investimento, quantunque molto potente al momento, non lascia dietro di sé un effetto di durata paragonabile. Le piccole Q che passano durante il pensiero non possono in genere prevalere sulle facilitazioni.

Nondimeno non vi è dubbio che il processo di pensiero lascia tracce permanenti, dal momento che ripensare² a qualcosa una se-

¹ [Questa teoria dell'"economia" del pensiero è idea fondamentale che percorre gli scritti successivi di Freud. Vedi, in una formulazione non più neurologica ma psicologica, *L'interpretazione dei sogni* (1899) p. 546, e così via fino all'ultima grande opera di Freud, *il Compendio di psicoanalisi* (1938) cap. 8.]

² [Überdenken. Vedi sopra p. 205, n. 2, e p. 276 sotto.]

conda volta richiede uno sforzo molto minore della prima. Perché, quindi, la realtà non venga falsificata, devono esservi speciali tracce (indicazioni dei processi di pensiero) che rappresentino una memoria del pensiero, qualcosa che non è stato fino ad oggi possibile formulare. Più oltre [cap. 3, soprattutto pp. 264 e 276] si vedrà con quali mezzi le tracce dei processi di pensiero siano distinte dalle tracce della realtà.

[19.] *Processi primari: sonno e sogno*¹

Sorge ora la questione da quali fattori quantitativi sia messo in atto il processo primario ψ . Nel caso dell'esperienza di dolore questa origine è ovviamente la Q irrompente dall'esterno; nel caso di un affetto si tratta della Q endogena liberata dalla facilitazione. Se si tratta del processo secondario del pensiero riproduttivo, una maggiore o minore $Q\eta$ può ovviamente essere trasferita dall'Io al neurone c , e questa può venire indicata come l'interesse di pensiero ed è proporzionale all'interesse affettivo, ove questo abbia potuto svilupparsi. Il problema è solo di sapere se esistano processi ψ di natura primaria per i quali sia sufficiente la $Q\eta$ fornita da φ , o se alla carica φ della percezione si aggiunga automaticamente un contributo ψ (cioè l'attenzione), che sia il solo a rendere possibile un processo ψ . Tale questione rimane aperta, quantunque forse possa venir decisa in riferimento a particolari fatti psicologici.

Uno di questi importanti fatti è che i processi primari ψ , quelli che sono stati biologicamente a poco a poco repressi nel corso dello sviluppo di ψ , si ripresentano quotidianamente a noi durante il sonno. Un secondo fatto di uguale importanza è che i meccanismi patologici rivelati dalla più attenta analisi nelle psiconevrosi hanno la più grande somiglianza con i processi onirici. Una conclusione importantissima segue da questo confronto, che verremo in seguito approfondendo [p. 244].²

¹ [La parte finale di questo paragrafo e i due che seguono contengono molte anticipazioni dell'Interpretazione dei sogni.]

² [Forse, la prima formulazione di una delle maggiori osservazioni di Freud, da cui deriva la più rilevante delle conseguenze teoriche. Merita rilevare, tuttavia, che osservazioni simili, per altro non sviluppate, figurano sin nella *Psychiatrie* (1884) e nelle *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie* (1890) di Theodor Meynert, sia nell'opera già menzionata (p. 216, n. 2) del neurologo inglese John Hughlings Jackson (1881). Della correlazione, qui formulata, Freud sembra dimentico sino all'Interpretazione dei sogni (1899), vedi in particolare pp. 518 sg. e 544, e alla lettera a Fliess del 19 febbraio 1899: "Non solo i sogni sono appagamenti di desiderio, ma anche gli attacchi isterici."]

Per prima cosa, il fatto stesso del sonno deve essere incluso nella nostra teoria. La condizione essenziale del sonno è facilmente riconoscibile nei bambini. I bambini, quando non siano tormentati da bisogni o da stimoli esterni (fame o sensazioni di freddo derivanti dal bagnato), continuano a dormire. Essi si addormentano quando si sono saziati (al seno). Così anche gli adulti si addormentano facilmente *post coenam et coitum*. Di conseguenza, ciò che condiziona il sonno è un *abbassamento del carico endogeno nel nucleo ψ* , che rende la funzione secondaria superflua. Durante il sonno l'individuo si trova in uno stato d'inerzia ideale, libero dalla sua scorta di $Q\eta$.

Negli adulti questa scorta è raccolta nell'Io, e possiamo pensare che condizione e caratteristica del sonno sia il *discarico dell'Io*. E qui, è subito evidente, noi abbiamo la *condizione necessaria ai processi psichici primari*.

Non è certo se negli adulti l'Io si liberi completamente del suo carico nel sonno. In ogni caso, esso ritira un largo numero dei suoi investimenti, quantunque al risveglio questi si ristabiliscano immediatamente e senza difficoltà. Ciò non contraddice nessuno dei nostri presupposti, ma c'induce a ritenere che tra i neuroni intimamente legati devono esistere delle correnti che influenzano il livello totale, come si verifica nei vasi intercomunicanti; quantunque il livello dei diversi neuroni debba essere solo proporzionale e non necessariamente uniforme.

Le caratteristiche del sonno rivelano alcune cose che altrimenti non si sarebbero potute comprendere.

Il sonno è caratterizzato da *paralisi motoria (paralisi della volontà)*.¹ La volontà consiste nella scarica dell'intera $Q\eta \psi$ [p. 222]. Durante il sonno il tono spinale è parzialmente rilasciato; è verosimile che la scarica motoria φ si manifesti nel tono; altre innervazioni persistono, insieme con le sorgenti eccitatrici.

È di rilevante interesse il fatto che lo stato di sonno inizia ed è provocato dalla chiusura di quegli organi sensori che sono in condizione di chiudersi.² Durante il sonno non devono aversi percezioni e nulla disturba più il sonno dell'emergere di impressioni sensorie, di investimenti da φ , che entrano in ψ . Questo sembra indicare che durante il giorno un investimento costante, quantunque spostabile (attenzione), è diretto ai neuroni del pallio, che

¹ [Su questa asserzione Freud insisterà di frequente in seguito. Vedi ad esempio *L'interpretazione dei sogni*, pp. 506 e 517.]

² [Vedi *ibid.*, p. 31.]

ricevono le percezioni da φ [p. 220]; per modo che appunto i processi primari ψ possano compiersi mediante questo contributo di ψ [p. 239]. Rimane da vedere se i neuroni stessi del pallio, o i neuroni nucleari collegati, siano già precaricati. Se ψ ritira queste cariche dal pallio, le percezioni raggiungono neuroni non caricati e sono deboli, e possono persino non essere in grado di dare un segno di qualità da ω [p. 230]. Come abbiamo suggerito, assieme allo svuotamento dei neuroni ω cessa anche l'innervazione di una scarica che aumenta l'attenzione. Da questo punto noi dovremmo anche avvicinarci all'enigma dell'ipnosi. Ivi l'apparente insensibilità degli organi sensori sembra dipendere da questo ritiro della carica di attenzione.¹

Così, mediante un meccanismo automatico inverso a quello dell'attenzione, ψ esclude le impressioni φ fintanto che esso stesso non è caricato.

Ma la cosa piú straordinaria di tutte è che, durante il sonno, avvengono dei processi ψ , i sogni, che hanno molte caratteristiche incomprese.

[20.] *L'analisi dei sogni*

I sogni mostrano ogni sfumatura di transizione allo stato di veglia e alla mescolanza dei normali processi ψ ; pure, i loro caratteri essenziali possono facilmente essere posti in evidenza.

1) I sogni sono privi di scarica motoria nonché, per la maggior parte, di elementi motori. Noi siamo paralizzati nei sogni.

La piú facile spiegazione di questa caratteristica è l'assenza di una precarica spinale dovuta alla cessazione della scarica φ . Quando i neuroni non sono caricati, l'eccitamento motorio non può superare la barriera [p. 224]. In altri stati simili al sogno il movimento non è escluso. Questa non è la caratteristica piú essenziale del sogno.

2) I nessi onirici sono in parte controsensi, in parte di scarso senso, o anche senza senso, stranamente folli.

Quest'ultima particolarità si spiega con il fatto che la coazione ad associare prevale nei sogni come, senza dubbio, avviene primariamente in tutta la vita psichica.² Due investimenti che sono presenti

¹ [Questo concetto aveva già fatto la sua prima apparizione negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 408 e nota.]

² [Vedi sopra l'accenno a p. 224. La "coazione ad associare" era stata discussa negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 231 n. e il concetto tornerà nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 170.]

simultaneamente devono, così sembra, essere posti in relazione. Ho raccolto alcuni divertenti esempi del predominio di questa coazione durante la veglia. (Per esempio, alcuni provinciali che erano presenti al Parlamento francese durante un attentato, credettero di concludere che ogni volta che un deputato faceva un brillante discorso un colpo venisse sparato come segno di plauso.)¹

Le altre due particolarità, identiche di fatto, mostrano che una parte delle esperienze psichiche è stata dimenticata. In effetti, sono state dimenticate tutte quelle esperienze biologiche che normalmente inibiscono il processo primario, e questo in conseguenza dell'insufficiente carica dell'Io. L'insensato e illogico carattere dei sogni è probabilmente riconducibile alla stessa caratteristica. È come se le cariche ψ che non sono state eliminate trovassero il loro equilibrio parte nelle facilitazioni collaterali e, parte, nelle cariche vicine. Se il discarico dell'Io fosse completo, il sonno sarebbe necessariamente senza sogni.

3) Le rappresentazioni oniriche sono di natura allucinatoria; esse risvegliano la coscienza e vengono credute.²

Questa è la più importante caratteristica del sonno. Essa diventa immediatamente evidente con l'alternarsi del sonno [alla veglia]: si chiudono gli occhi e le allucinazioni si producono, si aprono e si pensa in parole. Esistono diverse spiegazioni della natura allucinatoria degli investimenti onirici. In primo luogo, si può supporre che [durante la veglia] la corrente da φ verso la motilità agisca come un ostacolo all'investimento regressivo dei neuroni φ a partire da ψ ;³ ma, quando questa corrente cessa, φ si trova investito regressivamente e sussistono allora le condizioni richieste per la [produzione di] qualità. La sola obiezione che si potrebbe sollevare contro questa tesi è la considerazione che i neuroni φ , per il fatto che non sono caricati, dovrebbero essere protetti dagli investimenti provenienti da ψ , proprio come nel caso della motilità. Caratteristica del sonno è di invertire l'intera situazione: arresta la scarica motoria da ψ e rende possibile quella regressiva verso φ . Si è tentati di assegnare

¹ [L'aneddoto sarà ripreso, in un contesto differente, nell'*Interpretazione dei sogni*, p. 457.]

² [Questa asserzione sarà ripresa, e ne verrà ribadita l'importanza, nel *Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno* (1915).]

³ [Il concetto di "regressione" proveniva a Freud, probabilmente, dal contributo di Breuer agli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 337 e nota, e ha qui una prima trattazione. Il termine comparirà soltanto nella *Minuta teorica L* (1897), vedi sopra p. 60; a stampa, soltanto nell'*Interpretazione dei sogni*, p. 495, ove si veda anche una nota "storica" che Freud aggiunse nel 1914.]

un ruolo determinante, durante lo stato di veglia, alla grande corrente di scarica che va da φ verso la motilità.¹ Secondariamente, noi potremmo fare ricorso alla natura del processo primario e sottolineare che il ricordo primario di una percezione è sempre allucinatorio e che solo l'inibizione proveniente dall'Io ci insegna a non investire mai un'immagine percettiva in modo che essa possa trasferire regressivamente [$Q\dot{\eta}$] a φ [pp. 229 sg.]. Tale ipotesi è resa più plausibile dalla considerazione che la conduzione da φ a ψ è in ogni caso più facile che da ψ a φ ; così che l'investimento ψ di un neurone, anche se è più intenso dell'investimento percettivo dello stesso neurone, non comporta ancora necessariamente una conduzione regressiva. Questa spiegazione è inoltre suffragata dal fatto che, nei sogni, la vividezza dell'allucinazione è direttamente proporzionale all'importanza (cioè all'investimento quantitativo) dell'immagine in questione. Questo indica che è Q che condiziona l'allucinazione. Se una percezione proviene da φ durante la veglia, l'investimento ψ (interesse) la rende più distinta ma non più vivida; non ne altera il carattere quantitativo.²

4) Lo scopo e il significato dei sogni (almeno di quelli normali) possono essere stabiliti con sicurezza. I sogni sono appagamenti di desiderio,³ cioè processi primari che seguono ad esperienze di soddisfacimento [p. 224]; se essi non vengono riconosciuti come tali, è esclusivamente perché la liberazione di piacere (la riproduzione [di tracce] di scariche piacevoli [p. 217]) è in essi leggera; infatti generalmente essi seguono il loro corso quasi senza affetto (cioè senza reazioni motorie). Ma è molto facile provare che questa è la loro natura, ed è proprio per questa ragione che inclino a credere che anche l'investimento primario di desiderio fosse di carattere allucinatorio [p. 224].

5) È da notare quanto sia cattiva la nostra memoria dei sogni e quanto poco danno rechino i sogni in paragone ad altri processi primari. Questo tuttavia è facilmente spiegato dal fatto che i sogni

¹ [Vedi la discussione e la critica di questa spiegazione della "regressione" nell'Interpretazione dei sogni, pp. 496 sg.]

² [Il problema della chiarezza e della vivacità, nei sogni, è discusso in forma più elaborata *ibid.*, per esempio pp. 303-05.]

³ [Forse la prima comparsa del termine "appagamento di desiderio" (*Wunschbefriedigung*). Il primo accenno a questa scoperta fondamentale è nella lettera a Fliess del 4 marzo 1895. La conferma finale, nell'analisi del sogno dell'"iniezione a Irma", sognato da Freud nella notte dal 23 al 24 luglio 1895, solo due mesi prima della stesura di questo Progetto. Vedi l'Introduzione di C.L. Musatti all'Interpretazione dei sogni, p. xii.]

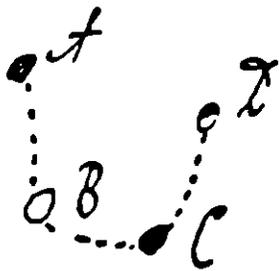
seguono prevalentemente antiche facilitazioni, e non producono così nessun cambiamento [in esse]; che le esperienze φ sono tenute lontane da loro, e inoltre che, in conseguenza della paralisi della motilità, essi non lasciano tracce di scarica.

6) È inoltre interessante che la coscienza fornisca nel sogno le qualità senza alcun turbamento rispetto alla veglia. Questo mostra che la coscienza non è legata all'Io ma può aggiungersi ad ogni processo ψ . Ciò è anche un avvertimento contro ogni possibile identificazione dei processi primari con quelli inconsci. Si trovano qui due validissimi suggerimenti per quanto seguirà!

Se, quando ricordiamo i sogni, noi indaghiamo sul loro contenuto, troveremo che il significato dei sogni come appagamento di desiderio è mascherato da una serie di processi ψ , tutti presenti nelle nevrosi e caratteristici della loro natura patologica [p. 239].¹

[21.] La coscienza nel sogno

La coscienza delle rappresentazioni oniriche è in primo luogo discontinua. Non si acquista coscienza di un intero decorso associativo, ma solamente di singole stazioni in esso. In mezzo giacciono anelli intermedi inconsci facilmente scopribili nello stato di veglia. Se investighiamo la ragione di questa discontinuità, ecco che cosa troviamo: sia A [fig. 4] una rappresentazione onirica divenuta co-



[Figura 4.]

sciente e che conduce a B. Ma, invece di B, si trova nella coscienza C, e questo avviene perché esso giace sul cammino tra B e un'altra carica D che è presente simultaneamente. Vi è quindi una diversione dovuta a una carica simultanea differente che non è, inoltre, cosciente. C ha preso il posto di B, quantunque B si adatti meglio al collegamento dei pensieri, cioè all'appagamento di desiderio.

¹ [Vedi la descrizione e la numerazione di questi processi patologici *ibid.*, pp. 542 sgg.]

Per esempio, [ho sognato che] R. ha fatto ad A. una iniezione di propile. Io vedo allora molto distintamente davanti a me *trimetilamina*, allucinata come una formula.¹ Spiegazione: il pensiero che è simultaneamente presente [D] è la natura sessuale della malattia di A. Però tra questo pensiero e il propile [A] giace un'associazione sulla chimica sessuale [B], di cui ho discusso con W. Fl[liess] e durante la quale egli attrasse la mia attenzione specialmente sulla trimetilamina. Questa è quindi sospinta verso la coscienza [C] da entrambe le direzioni.

È sorprendente il fatto che non sono coscienti né l'anello intermedio [B] (chimica sessuale) né la rappresentazione interferente [D] (natura sessuale della malattia) e questo merita una spiegazione. Si potrebbe pensare che l'investimento di B oppure di D non fosse da solo abbastanza intenso da produrre un'allucinazione regressiva, ma che C, venendo investito da entrambi, sarebbe in grado di farlo. Tuttavia, nell'esempio che ho dato, D (natura sessuale) era certamente tanto intenso quanto A (iniezione di propile) e il derivato di questi due, la formula chimica [C], era enormemente vivido. Il problema degli anelli intermedi inconsci si applica ugualmente allo stato di veglia, nel quale simili avvenimenti si verificano ogni giorno. Ma ciò che rimane caratteristico dei sogni è la *facilità dello spostamento della Qñ* e quindi la sostituzione di B con C superiore quantitativamente.

Lo stesso può dirsi dell'appagamento di desiderio nei sogni in generale. Noi non troveremo, per esempio, un desiderio cosciente il cui soddisfacimento venga in seguito allucinato; ma solo quest'ultimo, mentre l'anello intermedio dovrà essere supposto. Questo anello si è certamente prodotto, ma senza aver potuto formarsi qualitativamente. È ovvio, tuttavia, che l'investimento della rappresentazione di desiderio non può verosimilmente essere più forte del motivo che lo provoca. Quindi il corso psichico, nei sogni, ha luogo secondo Q; ma non è Q che decide ciò che diverrà cosciente.

Possiamo anche dedurre dai processi onirici che la coscienza emerge durante un flusso di Qñ, vale a dire che non viene risvegliata da una carica costante. D'altra parte possiamo supporre che un'intensa corrente di Q non favorisca la presa di coscienza, giacché quest'ultima è connessa col risultato del movimento, cioè, entro

¹ [È il primo, breve, resoconto del famoso sogno dell'"iniezione a Irma", che costituirà il sogno campione dell'Interpretazione dei sogni (1899) pp. 107-20 e 270-73.]

certi limiti, legata a un indugiare della carica. È difficile giungere a una reale determinazione della coscienza attraverso queste condizioni reciprocamente contraddittorie. Dobbiamo anche prendere in considerazione le circostanze nelle quali la coscienza emerge nel corso del processo secondario.

La peculiarità sopra menzionata della coscienza onirica può forse spiegarsi supponendo che una corrente regressiva di $Q\eta$ verso φ sia incompatibile con una corrente piú energica diretta verso le vie ψ di associazione. Altre condizioni sembrano valere per i processi coscienti φ .

25 settembre 1895

Capitolo 2

Psicopatologia

Il primo capitolo di questo progetto conteneva tutto quanto poteva, in un certo senso *a priori*, essere dedotto dalle nostre ipotesi fondamentali, modellate e corrette in accordo con alcune esperienze concrete. Questo secondo capitolo cerca, mediante l'analisi dei processi patologici, di determinare ulteriormente i caratteri del sistema fondato sulle nostre ipotesi fondamentali. Un terzo capitolo, basato sui due precedenti, tenterà di costruire le caratteristiche del corso psichico normale.

A.¹ PSICOPATOLOGIA DELL'ISTERIA

[1.] *La coazione isterica*

Comincerò da alcune cose osservabili nell'isteria ma che non sono necessariamente sua esclusiva caratteristica.

Chiunque indaga sull'isteria è immediatamente colpito dal fatto che gli ammalati isterici sono soggetti a una coazione che deriva da rappresentazioni sovraintense.² Una rappresentazione può, ad esempio, entrare nella coscienza con particolare frequenza, senza che il corso [degli eventi] la giustifichi; o può accadere che il risveglio di tale rappresentazione si accompagni a conseguenze psichiche che non si riesce a comprendere. L'emergere della rappresentazione sovraintensa ha risultati che non possono né venire soppressi né essere

¹ [Nel manoscritto non figura alcuna "B" corrispondente a questa "A".]

² [La stessa parola (*überstark*), nello stesso contesto, sarà usata da Freud nel *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901) § 1, dove il termine è detto analogo al "sovravalente" di Wernicke, usato da Breuer negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 390. Ivi, p. 245 Freud aveva già espresso il concetto contenuto in questa frase.]

capiti: liberazione di affetto, innervazioni motorie, impedimenti. Il soggetto stesso non è per nulla ignaro della stranezza della situazione.

Rappresentazioni sovrintense si verificano anche normalmente. Sono esse che danno all'Io il suo carattere particolare. Noi non ce ne sorprendiamo se ne conosciamo lo sviluppo genetico (educazione, esperienze) e i motivi. Abbiamo la consuetudine di considerare tali rappresentazioni sovrintense come conseguenze di motivi potenti e giustificati. Le rappresentazioni sovrintense isteriche, al contrario, ci colpiscono per la loro stranezza. Sono rappresentazioni che non producono effetto su altre persone e la cui importanza non possiamo apprezzare. Esse ci appaiono invadenti, usurpatrici e di conseguenza ridicole.

La coazione isterica è quindi: 1) *incomprensibile*; 2) *insolubile attraverso il processo del pensiero*; e 3) *incongrua* nella sua struttura.

Esiste una coazione nevrotica semplice, che può essere contrapposta a quella isterica. Per esempio: un uomo che è caduto da una carrozza ha corso pericolo, e in seguito può diventargli impossibile usare questo mezzo di locomozione. Tale coazione è: 1) *comprensibile*, e infatti ne conosciamo l'origine; 3)¹ *congruente*, poiché l'associazione con il pericolo giustifica il legame tra viaggiare in carrozza e paura. Essa però non può neppure venire risolta da alcuna attività mentale. Caratteristica, questa, che non può venire definita interamente patologica: anche le nostre idee normali sovrintense spesso risultano irrisolvibili. Si sarebbe inclini a considerare la coazione nevrotica come niente affatto patologica, se l'esperienza non dimostrasse che in una persona normale una coazione di questo genere persiste solo per un breve tempo dopo la sua provocazione, per scomparire poi a poco a poco. Quindi il persistere di una coazione è patologico e indica una *nevrosi semplice*.²

Ora le nostre analisi mostrano che una coazione isterica viene risolta immediatamente se viene spiegata (resa comprensibile). Queste due caratteristiche sono dunque essenzialmente una sola. Durante l'analisi noi apprendiamo anche il processo mediante il quale avviene la comparsa di *assurdità* e *incongruità*. Il risultato dell'analisi è, in termini generali, il seguente.

¹ [Riferito al 3) della precedente enumerazione.]

² [L'uso del termine è eccezionale negli scritti di Freud; comparirà in *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896), vedi oltre p. 311, a indicare il tipo di nevrosi poi chiamate da Freud "nevrosi attuali". Ma qui sembra che Freud usi il termine in un'accezione differente.]

Prima dell'analisi, *A* è una rappresentazione sovrintensa che penetra nella coscienza troppo spesso, e ogni volta provoca lacrime. Il soggetto non sa perché *A* lo fa piangere e considera ciò assurdo, ma non può impedirlo.

Dopo l'analisi, si scopre una rappresentazione *B* la quale provoca giustamente le lacrime, e che giustamente si ripete con frequenza finché un complicato lavoro psichico, diretto contro di essa, non viene compiuto dal soggetto. L'effetto di *B* non è assurdo, appare comprensibile al soggetto e questi può persino combatterlo.

B si trova in una particolare relazione con *A*.

Si era verificata infatti una situazione composta di $B+A$. *A* era una circostanza secondaria, mentre *B* era adatta a produrre quell'effetto duraturo. Ora, nella memoria, la riproduzione di questo evento ha luogo come se *A* avesse preso il posto di *B*. *A* è divenuto il sostituto, il simbolo per *B*; di qui l'incongruità: *A* è accompagnata da conseguenze che non sembra meritare, perché non le si confanno.

Anche normalmente si ha tale simbolizzazione. Un soldato si sacrificherà per una striscia di stoffa colorata attaccata a un'asta, perché essa è diventata il simbolo della sua patria, e nessuno considera questo fatto nevrotico.¹

Ma il simbolo isterico si comporta diversamente. Il cavaliere che combatte per il guanto della dama sa in primo luogo che il guanto deve la sua importanza alla dama e, secondariamente, l'adorazione del guanto non gli impedisce affatto di pensare alla dama e di servirla in altri modi. Ma l'isterico che piange per *A* non sa di far questo per l'associazione *A-B*, e *B* stessa non ha alcuna importanza nella sua vita psichica. In questo caso il simbolo ha sostituito completamente la cosa.

Ciò è vero nel modo più assoluto. È facile convincersi che per ogni stimolo esterno o associazione che dovesse di fatto investire *B*, è *A* che penetra nella coscienza al suo posto. Certo, si può scoprire la natura di *B* dalle circostanze che provocano, stranamente, l'emergere di *A*.

¹ [Lo stesso esempio ricorre nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 168. In questo scritto, Freud sembra usare la "simbolizzazione" nel senso molto generale di "spostamento", mentre negli *Studi sull'isteria* (1892-95) pp. 177, 362 aveva usato il termine nel senso più ristretto della "conversione" di stati mentali in sensazioni fisiche. Entrambi gli usi sono solo scarsamente connessi con il significato del termine degli scritti posteriori di Freud. I vari usi del concetto di "simbolo" saranno discussi da Freud nelle prime pagine della lezione 10 della *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17).]

Possiamo riassumere questo stato di cose dicendo che *A* è in forma di coazione e *B* rimosso (almeno dalla coscienza).

L'analisi ha rivelato il fatto sorprendente che a ogni coazione corrisponde una rimozione e che per ogni irruzione eccessiva nella coscienza esiste un'amnesia corrispondente.

Il termine "sovrintenso" designa una caratteristica quantitativa. È plausibile supporre che la rimozione abbia il significato quantitativo di una diminuzione di *Q* e che la somma di entrambe [coazione e rimozione] sia uguale al normale. Se così fosse, solo la distribuzione è mutata. È stato aggiunto ad *A* qualcosa che è stato sottratto a *B*. Il processo patologico è quello dello spostamento, come l'abbiamo imparato a conoscere nei sogni, e quindi un processo primario.¹

[2.] *La genesi della coazione isterica*

Sorgono ora parecchi problemi significativi. In quali condizioni si verifica tale simbolizzazione patologica o (d'altra parte) una rimozione? Qual è la forza operativa interessata? In quale stato si trovano i neuroni della rappresentazione sovrintensa e quelli della rappresentazione rimossa?

Nulla si sarebbe potuto scoprire a questo proposito e nulla si sarebbe potuto costruire se l'esperienza clinica non ci avesse insegnato due cose: primo, che la rimozione ha esclusivamente luogo in relazione a rappresentazioni che suscitano un affetto penoso (dispiacere) nell'Io; secondo, che essa si riferisce a rappresentazioni della vita sessuale.

Si può già sospettare che sia questo affetto spiacevole ad operare la rimozione. In realtà, abbiamo già ammesso l'esistenza di una difesa primaria, che consiste in un'inversione della corrente di pensiero, appena s'imbatte in un neurone la cui carica libera dispiacere [pp. 226 e 234]. La giustificazione di quest'ipotesi si basa su due osservazioni: 1) che l'investimento di questo neurone non è certamente quello cercato, quando lo scopo originario del processo di pensiero era di stabilire una situazione di soddisfacimento ψ ; 2) che quando la cessazione di un'esperienza di dolore è ottenuta in via riflessa, la percezione ostile è sostituita da un'altra [p. 227].

¹ [Molte delle argomentazioni che precedono figureranno sviluppate nel *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901) § 1.]

Tuttavia esiste un modo piú diretto per convincerci della parte avuta dall'affetto difensivo. Se investighiamo la condizione della [rappresentazione] *B* rimossa, troviamo che essa può facilmente essere scoperta e portata nella coscienza. Ciò appare sorprendente, perché noi avremmo potuto supporre che *B* fosse stata dimenticata e che non ne fosse rimasta traccia mnestica in ψ . Al contrario, *B* è un'immagine mnestica come ogni altra e non è estinta; ma se, come abitualmente si verifica, *B* è un complesso di cariche, allora sorge una resistenza, che è forte in misura eccezionale e non può essere facilmente sconfitta, contro ogni attività di pensiero che si ricolleggi a *B*. Questa resistenza a *B* può essere considerata senz'altro come la misura della coazione esercitata da *A*, e possiamo concludere che la forza che originariamente ha rimosso *B* è ancora una volta al lavoro.¹ Contemporaneamente apprendiamo qualcosa d'altro. Fino a questo punto avevamo solamente appreso che *B* non può diventare cosciente; non sapevamo nulla del comportamento di *B* in relazione all'investimento di pensiero. Ora scopriamo che la resistenza è diretta verso ogni operazione mentale interessante *B*, anche se una parte [di *B*] è già divenuta cosciente. Così, invece che "esclusa dalla coscienza", possiamo dire esclusa dal processo di pensiero.

È quindi un processo difensivo avente origine nell'Io caricato che ha come conseguenza la rimozione isterica e, con ciò, la coazione isterica. Fino a questo punto il processo sembra differenziarsi dai processi ψ primari.

[3.] *La difesa patologica*

Siamo nondimeno lontani dall'aver trovato una soluzione. Come abbiamo visto, le conseguenze della rimozione isterica differiscono largamente da quelle della normale difesa, di cui abbiamo nozioni precise. È evidente che noi evitiamo di pensare a cose che ci producono solamente dispiacere e che otteniamo questo dirigendo i nostri pensieri verso qualcosa d'altro. Pure, se facciamo in modo, mantenendola il piú possibile isolata, che la rappresentazione *B* intollerabile emerga di rado nella coscienza, tuttavia non riusciamo mai a dimenticarla sino al punto che qualche nuova percezione non riesca a risuscitarla. Ora, tale risveglio non può essere impedito

¹ [L'identità delle forze al lavoro nella resistenza e nella rimozione diventerà la "pietra angolare" della psicoanalisi, come Freud ribadirà, ad esempio, nell'*Autobiografia* (1924) § 3. Si trova già negli *Studi sull'isteria* (1892-95), ad esempio p. 407.]

nemmeno nell'isteria; la differenza sta solo in questo, che nell'isteria ciò che diviene cosciente, ossia viene investito, è sempre A invece di B. Quindi una simbolizzazione così solida rappresenta la prestazione che va oltre la difesa normale.

La più ovvia spiegazione di questo incremento sarebbe quella di attribuirlo a una maggiore intensità dell'affetto difensivo. L'esperienza dimostra tuttavia che i più penosi ricordi, i quali devono necessariamente risvegliare il più grande dispiacere (il ricordo di rimorsi per azioni malvage), non possono venire rimossi e sostituiti da simboli. L'esistenza della seconda condizione necessaria per la difesa patologica [p. 250] — la sessualità — suggerisce che la spiegazione deve essere cercata altrove. È fuori luogo supporre che gli affetti sessuali penosi superino così grandemente per intensità tutti gli altri affetti spiacevoli. Deve esservi qualche altra particolarità delle rappresentazioni sessuali, che permetta di capire perché le rappresentazioni sessuali siano le sole soggette a rimozione.

Un'ulteriore osservazione deve essere fatta: la rimozione isterica si attua evidentemente grazie all'aiuto della simbolizzazione, dello spostamento su altri neuroni. Si può supporre che l'enigma consista solo nel meccanismo di questo spostamento, e che la rimozione in sé stessa non abbia bisogno di essere spiegata. Ma giungendo all'analisi, per esempio, della nevrosi ossessiva, troveremo che ivi si verifica la rimozione senza simbolizzazione e che in verità la rimozione e la sostituzione sono cronologicamente separate. Di conseguenza il processo della rimozione rimane il nocciolo dell'enigma.

[4.] Il "proton pseudos" isterico¹

Come abbiamo visto, la coazione isterica deriva da un particolare genere di movimento $Q\eta$ (simbolizzazione), che è probabilmente un processo primario giacché può essere con facilità osservato nei sogni, e la forza motrice in questo processo è la difesa da parte dell'Io che, tuttavia, compie in questo caso qualcosa che va oltre la sua normale funzione [vedi sopra inizio pagina]. Ciò che noi dobbiamo

¹ [In caratteri latini nel manoscritto, qui, e in caratteri greci nel titolo successivo. Questa frase figura nell'*Organon aristotelico* ("Primi analitici", lb. 2, cap. 18, 66a, 16: "D'altro canto, l'argomentazione falsa prende lo spunto dalla 'prima proposizione che sia falsa' (proton pseudos)."] È da notare che essa fu usata dal medico viennese Max Herz, in un contesto simile, durante una relazione tenuta alla sezione neurologica di un Congresso svoltosi a Vienna nel 1894: di questa sezione Freud era il segretario (vedi lettera a Fliess del 7 febbraio 1894).]

spiegare è come mai nel caso di un *processo dell'Io* si hanno conseguenze che siamo abituati a incontrare solo nei processi primari. Dobbiamo aspettarci di incontrare speciali condizioni psichiche. L'osservazione clinica c'insegna che tutto questo si verifica solo nella sfera sessuale, e quindi forse le speciali condizioni psichiche devono essere spiegate con le caratteristiche naturali della sessualità.

Ora, troviamo nella sfera della sessualità una particolare costellazione psichica che può servire ai nostri scopi. Essa ci è nota empiricamente e vogliamo illustrarla con un esempio.¹

Attualmente Emma soggiace alla coazione di non poter entrare in un negozio da sola. A fondamento di questo, essa pone un ricordo che risale all'età di dodici anni (poco dopo la pubertà). Entrata in un negozio per comprare qualcosa, vide i due commessi (dei quali ne ricorda uno) che ridevano insieme e, presa da un certo affetto di spavento, uscì precipitosamente. In connessione a ciò, è possibile portare in luce il pensiero che i due uomini ridevano del suo vestito e che uno di loro l'attraeva sessualmente.

Sia il legame che unisce questo frammento che le conseguenze dell'esperienza sono incomprensibili. Se ha provato dispiacere perché si rideva del suo vestito, questa sensazione avrebbe dovuto correggersi molto tempo fa: sin da quando cominciò a vestirsi come una signora. Né modifica in alcun modo i suoi abiti l'andare in un negozio da sola o in compagnia. Che non si tratti semplicemente del bisogno di protezione è mostrato dal fatto che, come avviene nei casi di agorafobia, la compagnia di un bambino è sufficiente a darle sicurezza. Del tutto separato è il fatto che uno degli uomini la attraeva, ma anche qui l'essere accompagnata non muterebbe nulla. Quindi i ricordi suscitati non spiegano né la coazione né la determinazione del sintomo.

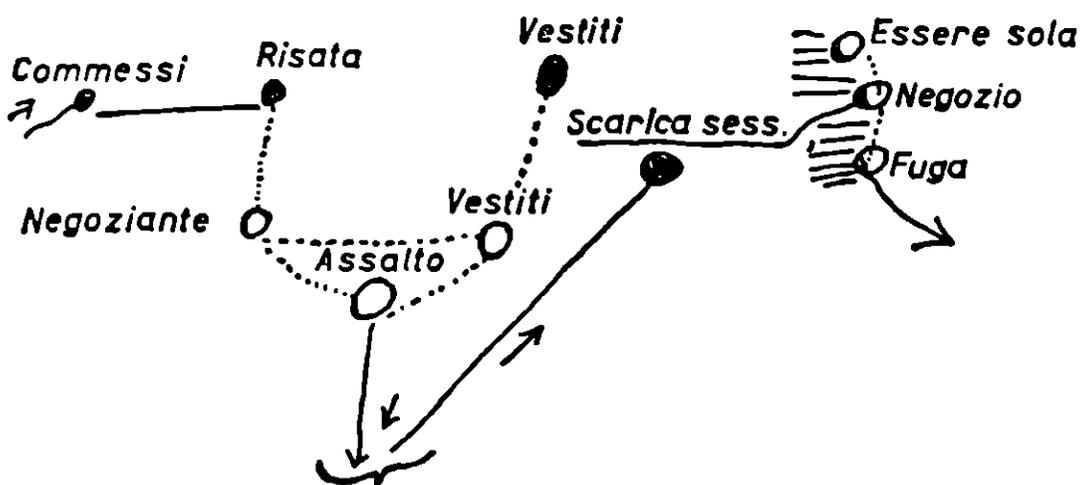
Un'ulteriore ricerca mette in luce un secondo ricordo che essa nega di aver avuto in mente al momento della scena 1. Né lo si può provare in alcun modo. Quando era una bambina di otto anni, entrò due volte da sola in un negozio per comprare alcuni dolci e quel brav'uomo del negoziante toccò i suoi genitali attraverso i vestiti. Nonostante la prima esperienza essa vi era ritornata una seconda volta, poi aveva cessato di andarvi. Ora si rimprovera per essere ritornata la seconda volta dal negoziante, come se avesse vo-

¹ [Questo caso non figura in altri scritti di Freud.]

luto in tal modo provocare l'assalto. Difatti uno stato di "pesante cattiva coscienza" dev'essere ricondotto a questa esperienza.

Possiamo ora comprendere la scena I (con i commessi) se la colleghiamo con la scena II (con il negoziante). Tutto ciò di cui noi abbiamo bisogno è scoprire un legame associativo tra le due scene. Essa stessa nota che esso è fornito dalla risata: la risata dei commessi le ricorda il ghigno con il quale il negoziante aveva accompagnato i suoi assalti. Tutto il processo può ora venire ricostruito come segue. I due commessi ridono nel negozio e questa risata rievoca (inconsciamente) il ricordo del negoziante. La situazione inoltre ha un'altra somiglianza: in entrambi i casi essa era sola nel negozio. Insieme al negoziante, viene ricordato il suo tocco attraverso i vestiti; ma dopo di allora essa ha raggiunto la pubertà. Il ricordo risveglia, cosa che non poteva certo fare allora, una scarica sessuale che si cambia in angoscia. Con quest'angoscia, teme che i commessi possano ripetere l'assalto e fugge.

È certo che ci troviamo di fronte a due generi di processi ψ mischiati fra loro e che il ricordo della scena II (con il negoziante) si è verificato in uno stato diverso rispetto all'altra. Il susseguirsi degli avvenimenti può essere raffigurato come segue [fig. 5]:



[Figura 5.]

Le rappresentazioni contrassegnate in nero¹ sono percezioni che vengono anche ricordate. Il fatto che anche la scarica sessuale sia entrata nella coscienza è provato dall'idea, altrimenti incomprensibile, di essere attratta dal commesso ridente. La conclusione finale,

¹ [Cioè quelle rappresentate nella figura da circoletti neri che, come nella precedente figura 4, indicano gli elementi consci, mentre i circoletti chiari raffigurano gli elementi inconsci.]

di non rimanere sola nel negozio a causa del pericolo di venire assalita, è abbastanza logicamente costruita, prendendo in considerazione tutti gli elementi del processo associativo. Eppure nulla del processo presentato nella parte inferiore [della figura] è entrato nella coscienza, eccetto l'elemento "vestiti", e i pensieri funzionanti consciamente hanno fatto due falsi nessi¹ nel materiale disponibile (commessi, risata, vestiti, sensazione sessuale): si era riso di lei a causa dei suoi vestiti ed era rimasta sessualmente eccitata da uno dei commessi.

L'intero complesso² (contrassegnato in chiaro) è rappresentato nella coscienza dalla sola rappresentazione dei "vestiti", evidentemente la piú innocente. A questo punto si è verificata una rimozione accompagnata da simbolizzazione. Il fatto che la conclusione finale — il sintomo — sia stata costruita in modo del tutto corretto, cosí che il simbolo non ha parte in essa, è propriamente una particolarità del caso.

Si potrebbe dire che sia abbastanza abituale, per una associazione, passare attraverso anelli intermedi inconsci prima di arrivare a uno cosciente, come è accaduto qui. L'elemento che entra nella coscienza è allora probabilmente quello che suscita un interesse speciale. Ma, nel nostro esempio, degno di nota è proprio che sia entrato nella coscienza non l'elemento che desta interesse (l'assalto), ma un altro come simbolo (i vestiti). Se ci domandiamo quale possa essere stata la causa di questo processo patologico interpolato, noi possiamo indicarne una sola: la scarica sessuale, della quale v'è testimonianza anche nella coscienza. Essa è collegata al ricordo dell'assalto; solo merita la maggiore attenzione il fatto che essa non era collegata all'assalto quando questo venne sperimentato. Abbiamo qui l'esempio di un ricordo che produce un affetto che non aveva prodotto allo stato di esperienza, perché nel frattempo i cambiamenti della pubertà hanno reso possibile una diversa comprensione dei fatti ricordati.³

¹ [Vedi sopra p. 126, n. 3.]

² [Si noti l'uso del termine in un'accezione la cui introduzione è solitamente attribuita alla scuola di Zurigo, ma che già figura negli *Abbozzi per la "Comunicazione preliminare"* (1892) p. 141 e n. 2, e negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 231n. (in questi ultimi è anche usato da Breuer).]

³ [L'ipotesi qui avanzata (e discussa nei due paragrafi seguenti) caratterizza le idee di Freud sull'etiologia dell'isteria in questi anni. Esaminata con maggiore elaborazione in una lunga nota (vedi oltre p. 311, n. 1) delle *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896), scritte poco dopo il *Progetto*, non verrà abbandonata del tutto neppure dopo la scoperta, posteriore di un anno o due, della sessualità infantile e della persistenza delle sue pulsioni inconse, in quanto la nozione dell'"azione differita" di un trauma figurerà in una nota in *Dalla storia di una nevrosi infantile* (1914) § 4.]

Questo caso, dunque, rappresenta una tipica rimozione isterica. Troviamo sempre che viene rimosso un ricordo il quale è diventato un trauma solamente piú tardi. La causa prima di tale stato di cose sta nel ritardo della pubertà in paragone con il rimanente sviluppo dell'individuo.

[5.] *Le condizioni del πρώτον ψεύδος ὕστ[ερισμόν]*

Quantunque sia fuori del comune nella vita psichica che un ricordo susciti un affetto che non ha prodotto come esperienza vissuta, questo è nondimeno ciò che ordinariamente si verifica nel caso delle rappresentazioni sessuali, e precisamente perché il ritardo della pubertà costituisce una caratteristica generale dell'organizzazione. Ogni adolescente ha tracce mnestiche che possono venire comprese solo con la comparsa delle proprie emozioni sessuali; ogni adolescente, di conseguenza, porterebbe in sé il germe dell'isteria. Naturalmente, devono essere presenti anche altri fattori concomitanti, se questo effetto determinante generale è poi limitato solo al piccolo numero di individui che diventano veramente isterici. Ora l'analisi mostra che la liberazione d'affetto evidentemente costituisce, nel trauma sessuale, l'elemento perturbatore, e l'esperienza c'insegna che gli isterici sono persone che in alcuni casi sappiamo essere divenute precocemente eccitabili sessualmente mediante stimolazione meccanica ed emotiva (masturbazione) e che possiamo presumere abbiano, in alcuni casi, una predisposizione alla scarica sessuale precoce. Ma un inizio precoce della scarica sessuale o una scarica sessuale precocemente intensa sono ovviamente equivalenti. La cosa si riduce a un fattore quantitativo.

Quale, dunque, è il significato di questa precocità della scarica sessuale? Si è indotti ad attribuirle la piú grande importanza, giacché non si può sostenere che la scarica sessuale in genere dia origine alla rimozione: ciò infatti trasformerebbe nuovamente la rimozione in un processo di frequenza normale.

[6.] *La perturbazione del pensiero provocata dall'affetto*

Arriviamo così inevitabilmente alla conclusione che la perturbazione dei normali processi psichici dipende da due condizioni: 1) dalla scarica sessuale collegata a un ricordo anziché a un'espe-

rienza; 2) dalla scarica sessuale precoce. Queste due condizioni dovrebbero provocare una perturbazione che supera i limiti del normale, quantunque essa venga adombrata anche nei casi normali.

Sappiamo dall'esperienza di ogni giorno che lo sviluppo d'affetto inibisce in vari modi il normale corso del pensiero. In primo luogo, possono essere dimenticate molte direzioni di pensiero — che di solito vengono prese in considerazione — come si verifica nei sogni. Per esempio, mi accadde, in uno stato di agitazione provocato da una grave preoccupazione, di dimenticare di fare uso del telefono che poco tempo prima era stato installato nella mia abitazione. Il percorso recente soggiacque allo stato affettivo; la *facilitazione*, vale a dire la parte piú antica, prese il sopravvento. Simili dimenticanze comportano una perdita di selezione, di azione efficiente e di logica nel decorso [del pensiero], proprio come si verifica nei sogni. In secondo luogo, senza alcuna dimenticanza, possono venir seguite vie di solito evitate: in particolare, vie che portano alla scarica, per esempio azioni compiute in stato affettivo. In conclusione, il processo affettivo ha una somiglianza con il processo primario non inibito.

Alcune conclusioni possono trarsi da ciò. Primo, quando si libera un affetto, la rappresentazione liberatrice stessa viene intensificata; secondo, la principale funzione dell'Io caricato consiste nell'evitare nuovi processi affettivi e nel ridurre le vecchie facilitazioni affettive. Questa situazione può immaginarsi solo nel seguente modo: originariamente un investimento percettivo, come erede di un'esperienza dolorosa, ha generato dispiacere; esso si è intensificato per la *Qñ* emessa e cerca ora di scaricarsi seguendo vie di deflusso già in parte predisposte. Dopo la formazione di un Io caricato, si è sviluppata nel modo noto [pp. 239 e 240 sg.] l'"attenzione" verso nuovi investimenti percettivi, la quale ora segue, con investimenti laterali, il flusso proveniente dalla percezione. In tal modo la liberazione di dispiacere è stata ristretta quantitativamente e il suo inizio ha agito come un segnale perché l'Io desse inizio a una normale difesa [p. 231]; così si è evitato il generarsi tanto agevole di nuove esperienze di dolore con le loro facilitazioni. Piú la liberazione di dispiacere è intensa, tuttavia, piú difficile diviene il compito dell'Io, giacché esso è in grado solo entro certi limiti, grazie a investimenti laterali, di fornire un contrappeso alle *Qñ*, e così è costretto a permettere il verificarsi di un *flusso primario*.

Inoltre, quanto piú grande è la quantità che tenta di defluire,

tanto piú è difficile per l'Io l'attività di pensiero che, come ogni cosa tende a dimostrare, consiste nello spostamento sperimentale di piccole $Q\eta$ [pp. 237 sg.]. La "riflessione" è un'attività dell'Io che richiede tempo; essa diviene impossibile quando il livello affettivo coinvolge forti $Q\eta$. Di qui, la precipitazione nello stato affettivo e la scelta di vie simili a quelle del processo primario.

È quindi compito dell'Io non permettere la liberazione di affetto, giacché questa permetterebbe allo stesso tempo un processo primario. Il suo migliore strumento per questo scopo è il meccanismo dell'attenzione. Se un investimento che scatena dispiacere potesse sfuggire all'attenzione, l'intervento dell'Io arriverebbe troppo tardi; ma questo è precisamente ciò che si verifica nel caso del *proton pseudos isterico*. L'attenzione è orientata [di solito] sulle percezioni, che generalmente sono occasione di liberazione di dispiacere. Ma qui non si tratta di una percezione bensí di una traccia mnestica, la quale libera inaspettatamente dispiacere, e l'Io ne viene a capo solo troppo in ritardo: ha permesso un processo primario perché non ne aspettava alcuno.

Esistono, tuttavia, anche altre occasioni nelle quali i ricordi liberano dispiacere e, certo, nel caso di ricordi recenti questo si verifica normalmente. Se il trauma (un'esperienza di dolore) si verifica per la prima volta quando esiste già un Io — i primissimi traumi sfuggono in genere all'Io — si verifica una liberazione di dispiacere, ma l'Io entra simultaneamente in attività creando investimenti laterali. Se in seguito si ripete l'investimento del ricordo, anche il dispiacere si ripete, ma le facilitazioni dell'Io sono già presenti; e l'esperienza mostra che questa seconda liberazione [di dispiacere] è già minore finché, dopo ulteriori ripetizioni, essa si riduce a nulla piú di un segnale di intensità accettabile dall'Io [vedi p. 231]. Si tratta dunque soltanto del fatto che vi è un'inibizione da parte dell'Io in occasione della prima liberazione di dispiacere, che il processo non si verifica come un'esperienza affettiva primaria postuma; ma proprio questo è ciò che in realtà succede quando, come nel caso del *proton pseudos isterico*, la liberazione di dispiacere prende occasione da un ricordo.

Questo conferma l'importanza di una delle condizioni da noi indicate [p. 256] e fornite dall'esperienza clinica: *il ritardo della pubertà rende possibili processi primari postumi.*

5 ottobre 1895

[1.]

Deve essere possibile una spiegazione meccanica [p. 211] di quello che chiamiamo "processo secondario", basandoci sugli effetti prodotti da un gruppo di neuroni con carica costante (Io) su un altro gruppo di neuroni con cariche mutevoli. Comincerò con un tentativo di descrizione psicologica di siffatti processi.

Se ho da una parte l'Io, dall'altra percezioni, vale a dire cariche in ψ aventi origine da φ (dal mondo esterno), allora devo trovare un meccanismo che induca l'Io a seguire le percezioni e a influenzarle. Questo meccanismo consiste nel fatto che, secondo le mie ipotesi, una percezione invariabilmente eccita ω , cioè trasmette segni di qualità. Per dirla con maggiore precisione, essa eccita la coscienza (la coscienza di una qualità) in ω , e la scarica dell'eccitamento ω , come ogni scarica, fornisce a ψ un'informazione, che in sostanza costituisce il segno di qualità. Suppongo quindi che siano questi segni di qualità che interessano ψ nella percezione [p. 239].

Questo sarebbe il meccanismo dell'attenzione psichica. Trovo difficile dare una spiegazione meccanica (automatica) del suo insorgere.¹ Pertanto io credo che essa sia biologicamente determinata: cioè che sia sopravvissuta nel corso dell'evoluzione psichica perché ogni altro comportamento di ψ è stato escluso per via dello sviluppo di dispiacere. L'effetto dell'attenzione psichica è di investire gli stessi neuroni che sono portatori dell'investimento percettivo. Questo stato ha un prototipo nell'esperienza di soddisfacimento [p. 223]

¹ [Ma vedi sotto p. 261. Vedi anche un'osservazione di Breuer negli Studi sull'isteria (1892-95) p. 342, dove cita il concetto di Exner della "facilitazione per attenzione", a indicare che nel cervello in attività l'"eccitamento tonico intracerebrale" non è ripartito uniformemente.]

(così importante per tutto lo sviluppo) e nelle sue ripetizioni, gli stati di *brama*, che si sono sviluppati in stati di *desiderio* e in stati di *attesa*. Io ho già mostrato [cap. 1, §§ 16-18] che questi stati contengono la *giustificazione biologica* di tutto il pensiero. In essi la situazione psichica si presenta nel seguente modo: la *brama* comporta uno stato di tensione nell'Io, e di conseguenza è investita la rappresentazione dell'oggetto amato (rappresentazione di *desiderio*). L'esperienza biologica c'insegna che tale *rappresentazione* non deve essere investita così intensamente da venir confusa con una *percezione*, e che la scarica dev'essere differita finché dalla *rappresentazione* insorga il segno di qualità, come prova che la *rappresentazione* è ora reale, un investimento percettivo. Se si determina una percezione identica o simile alla *rappresentazione*, essa trova i suoi neuroni *preinvestiti* dal desiderio, vale a dire o già tutti investiti o soltanto in parte, per quel tanto appunto di corrispondenza esistente. La differenza tra *rappresentazione* e *percezione* in arrivo dà origine al processo di pensiero, che si conclude quando è stata trovata una via per cui le cariche percettive in eccedenza sono trasferite in cariche di *rappresentazione*; si realizza allora l'identità [p. 236].

L'attenzione consiste quindi nello stabilire una situazione psichica di *attesa* anche per certe percezioni che non coincidono in parte con gli investimenti di desiderio. È, infatti, diventato importante opporre un investimento a tutte le percezioni, dal momento che quelle desiderate possono esservi incluse. L'attenzione è biologicamente giustificata; il problema è solo quello di indicare all'Io quale investimento d'attesa esso debba stabilire, e a ciò servono i segni di qualità.

Si può forse seguire ancora più esattamente il processo di *orientamento psichico*. Supponiamo che all'inizio l'Io non sia preparato; abbia luogo un investimento percettivo e, con esso, il segno di qualità. L'intima facilitazione tra queste due informazioni intensificherà ulteriormente l'investimento percettivo e ne seguirà l'investimento d'attenzione dei neuroni percettivi. La prossima percezione dello stesso oggetto avrà per effetto (in accordo con la seconda legge dell'associazione¹) un investimento più pieno della medesima percezione, e sarà solo quest'ultima percezione quella utilizzabile psichicamente.

(Già da questo punto dell'esposizione si ricava una conclusione di

¹ ["Associazione per somiglianza".]

notevole importanza. La prima volta che si verifica un investimento percettivo, esso ha solo una piccola intensità e coinvolge solo una piccola Q ; la seconda volta, quando già esiste un preinvestimento ψ , la quantità è maggiore. Ora, in linea di principio, l'attenzione non comporta nessuna modifica del giudizio sugli aspetti quantitativi dell'oggetto. Di conseguenza, la Q esterna degli oggetti non può essere espressa in ψ da $Q\eta$ psichica. La $Q\eta$ psichica significa qualcosa di molto diverso, che non è rappresentato nella realtà; la Q esterna è realmente espressa in ψ da qualcosa di diverso, dalla complessità degli investimenti [p. 220]. Ma con ciò la Q esterna è tenuta lontana da ψ .)

Ecco ora una spiegazione ancora più soddisfacente. Come risultato dell'esperienza biologica, l'attenzione ψ è diretta costantemente verso segni di qualità. Questi si verificano, quindi, in neuroni già investiti in precedenza e con quantità sufficientemente grande. Rinforzata in tal modo, l'informazione di qualità rinforza, mediante la sua facilitazione, gli investimenti percettivi; e l'Io ha imparato a far sí che i suoi investimenti d'attenzione seguano il corso di questo movimento associativo dal segno di qualità alla percezione. In tal modo è messo in condizione d'investire le percezioni esatte o quelle loro vicine. In verità, se noi presumiamo che sia la medesima $Q\eta$ proveniente dall'Io che si sposta lungo la facilitazione, dal segno di qualità verso la percezione, avremo trovato la spiegazione meccanica (automatica) dell'investimento d'attenzione. L'attenzione abbandona dunque i segni di qualità, per rivolgersi ora verso i neuroni percettivi sovraccaricati [p. 234].

Supponiamo che, per una ragione o per l'altra, cessi di funzionare il meccanismo dell'attenzione; in questo caso non vi sarà un investimento ψ dei neuroni percettivi e la Q che li ha raggiunti sarà trasmessa (in modo puramente associativo) lungo le migliori facilitazioni, per quanto consentono le relazioni tra le resistenze e la quantità dell'investimento percettivo [p. 228]. Questo flusso finirebbe con molta probabilità assai presto, perché la Q si frammenterebbe e diventerebbe subito, in qualche neurone vicino, troppo piccola per scorrere oltre. Il flusso della quantità percettiva può, in certe condizioni, attrarre successivamente l'attenzione, oppure no. In quest'ultimo caso esso finirà, inosservato, per investire alcuni neuroni vicini, del cui destino noi nulla sappiamo. Questo è un flusso percettivo senza attenzione come deve accadere innumeri

volte ogni giorno.¹ Come un'analisi del processo di attenzione mostrerà, esso non va molto lontano e da ciò può dedursi la piccolezza delle quantità legate alla percezione.

Ma se un [neurone] percettivo ha ricevuto il suo investimento d'attenzione, un certo numero di cose può accadere; in particolare, due situazioni possono essere rilevate: quella del pensiero comune e quella di un pensiero puramente osservante. L'ultimo caso sembra il piú semplice; si può dire che esso corrisponda alla situazione in cui si trova l'investigatore che, avendo ricevuto una percezione, si chiede: "Che significa? dove conduce?" Poi si comporta cosí. (Per semplicità, tuttavia, io sostituirò ora al complesso investimento percettivo l'investimento di un singolo neurone.) Il neurone percettivo è sovraccaricato; la quantità composta da Q e $Q\eta$ scorre lungo le migliori facilitazioni e, secondo la resistenza e la quantità, supererà un certo numero di barriere e investirà alcuni nuovi neuroni associati, ma non ne supererà altre, perché il quoziente che le raggiunge è inferiore alla loro soglia. Verranno sicuramente investiti ora sempre piú neuroni, e piú distanti, che non nel mero processo associativo senza attenzione. Finalmente la corrente terminerà, anche in questo caso, in uno o piú investimenti terminali. L'esito dell'attenzione sarà che, al posto della percezione, appariranno uno o piú investimenti mnestici, collegati per associazione con il neurone iniziale.

Per semplicità supponiamo che si tratti di una sola immagine mnestica. Se questa potesse ancora una volta essere investita (con l'attenzione) da ψ , il giuoco si ripeterebbe: la Q ancora una volta incomincerebbe a fluire e, lungo le vie di migliore facilitazione, investirebbe (risveglierebbe) una nuova immagine mnestica. Ora, è ovviamente compito del pensiero osservante di arrivare a conoscere il piú possibile le vie che partono dalla percezione; in tal modo, invero, si può ottenere un'esauriente conoscenza dell'oggetto percepito. Si noti che il metodo di pensiero qui descritto conduce al conoscere. Pertanto, occorre ancora una volta un investimento ψ per le immagini mnestiche che sono state raggiunte, ma è anche necessario un qualche meccanismo che diriga l'investimento verso i punti esatti. Diversamente come potrebbero sapere, i neuroni ψ dell'Io, dove bisogna dirigere l'investimento? Un meccanismo d'attenzione come quello sopra esposto, ancora una volta presuppone la

¹ [Vedi una descrizione del tutto analoga nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 540 sg., dove tale serie di pensieri è detta "preconscia", termine introdotto da Freud nella lettera a Fliess del 6 dicembre 1896.]

presenza di segni di qualità. Compagnano questi durante il decorso associativo? Normalmente no, per quanto abbiamo supposto. Possono tuttavia prodursi per mezzo di un nuovo dispositivo del seguente genere: i segni di qualità sorgono normalmente solo dalla percezione; si tratta quindi di ottenere una percezione dal flusso di $Q\eta$. Se, oltre alla [semplice] circolazione, vi fosse una scarica collegata col flusso di $Q\eta$, questa scarica, come ogni altro movimento, darebbe informazione del movimento [p. 223]. Dopo tutto, i segni stessi di qualità sono solo informazioni di scariche [p. 230] (forse piú avanti [vedremo meglio] di quale genere). Può dunque succedere che durante il flusso di Q sia investito anche un neurone motorio, il quale scaricherà allora $Q\eta$ e darà origine a un segno di qualità. Ma si tratta di ricevere scariche siffatte da tutti gli investimenti. Non tutti sono motori, perciò devono essere portati a una stabile facilitazione con i neuroni motori.

Il compito è adempiuto dall'associazione verbale.¹ Questa consiste nel collegamento dei neuroni ψ con neuroni che servono alle rappresentazioni sonore e sono intimamente associati con le immagini verbali motorie. Queste associazioni hanno il vantaggio sopra le altre di possedere due ulteriori caratteristiche: sono circoscritte (cioè in piccolo numero) ed esclusive. L'eccitamento procede in ogni caso dall'immagine sonora verso l'immagine verbale e di qui alla scarica. Quindi, se le immagini mnestiche sono costituite in modo tale che una corrente parziale può passare da loro alle immagini sonore e alle immagini verbali motorie, allora l'investimento dell'immagine mnestica si accompagna con l'informazione della scarica, informazione che è un segno di qualità e allo stesso tempo un segno di coscienza del ricordo. Ora, se l'Io preinveste queste immagini verbali come ha già preinvestito le immagini della scarica [pp. 259 sgg.], esso crea per sé stesso il meccanismo capace di dirigere l'investimento ψ verso i ricordi che emergono durante il flusso di $Q\eta$.² Questo è il pensiero cosciente, osservante.

Oltre a rendere possibile la conoscenza, l'associazione verbale pro-

¹ [Segue la prima formulazione della teoria freudiana dell'importanza della parola nella funzione psichica e, in particolare, nella distinzione fra processi consci e inconsci. Brevemente accennata nell'*Interpretazione dei sogni*, pp. 524, 555 e nota, avrà il suo pieno sviluppo nello scritto *L'inconscio* (1915) § 7 e figurerà nuovamente ne *L'Io e l'Es* (1922) § 2 e nel *Compendio di psicoanalisi* (1938) cap. 4, ma la si può far risalire al suo studio sulle afasie (vedi p. 216, n. 2.)

² [È la risposta agli interrogativi posti alla fine della pagina precedente e all'inizio di questa.]

duce qualcos'altro, di grande importanza. Le facilitazioni fra i neuroni costituiscono, come sappiamo, la memoria: la descrizione di tutte le influenze esercitate su ψ dal mondo esterno. Osserviamo ora che anche l'Io investe i neuroni ψ e suscita flussi che devono certamente lasciare tracce sotto forma di facilitazioni. Ora, ψ non ha mezzi per distinguere questi risultati dei processi di pensiero da quelli dei processi percettivi. Può essere forse possibile riconoscere e riprodurre i processi percettivi grazie alla loro associazione con le scariche ω , ma delle facilitazioni prodotte dal pensiero resta solo il risultato e non un ricordo. La stessa facilitazione di pensiero può aver avuto luogo mediante un solo processo intenso o una decina di altri meno intensi. Ora, i segni di scarica verbale aiutano a superare questa deficienza: essi pongono i processi di pensiero sullo stesso livello dei processi percettivi, conferendo loro una realtà, e rendendo possibile il loro ricordo [pp. 239 e, oltre, 276].

Vale anche la pena di considerare lo sviluppo biologico di queste così importanti associazioni [verbali]. L'innervazione della parola è originariamente una via di scarica per ψ , come una specie di valvola di sicurezza avente lo scopo di regolare le oscillazioni di $Q\eta$; è un tratto del canale che porta alla *modificazione interna*, unico mezzo di scarica fino al ritrovamento dell'azione specifica [cap. 1, § 11]. Questo canale acquista una funzione secondaria in quanto serve ad attirare l'attenzione della persona cooperatrice (che è abitualmente l'oggetto stesso desiderato) sui desideri e il disagio del bambino; serve perciò allo scopo di condurre all'intendersi e viene a integrarsi nell'azione specifica. Quando, all'inizio della funzione del giudizio, le percezioni suscitano interesse a causa della loro possibile relazione con l'oggetto desiderato, e i loro complessi (come abbiamo visto [pp. 232 e 235 sg.]) si trovano così divisi in una parte non assimilabile¹ (la cosa) e un'altra parte che è conosciuta dall'Io mediante la sua stessa esperienza (attributi, attività) — ciò che si chiama *intendere*, — si hanno due punti di contatto per l'espressione verbale. Esistono, in primo luogo, degli oggetti (percezioni) che fanno *gridare* perché causano un dolore; ed è un fatto estremamente significativo che questa associazione di un suono (il quale dà anche origine a immagini motorie del soggetto) con una percezione, la quale è già di per sé stessa composita, sottolinei il carattere ostile dell'oggetto e serva

¹ [Cioè non comparabile. Vedi sopra p. 236, dove il termine equivalente è "disparato".]

a dirigere l'attenzione sulla percezione. Dove altrimenti, a causa del dolore, non si riceverebbero chiari segni di qualità dell'oggetto, l'informazione del proprio grido serve a caratterizzare l'oggetto. Questa associazione è quindi un mezzo per rendere i ricordi che producono dispiacere coscienti e oggetto di attenzione: la prima categoria dei ricordi coscienti è stata così creata. Da questo punto non vi è che un breve passo alla scoperta del linguaggio. Esistono altri oggetti i quali danno costantemente origine a certi rumori: oggetti, vale a dire, nel cui complesso percettivo ha parte un rumore. In conseguenza della tendenza a imitare che emerge durante il processo del giudizio [p. 237], è possibile trovare l'informazione di un movimento connesso con questa immagine sonora. Così che questa classe di ricordi può anch'essa divenire cosciente. Rimangono ora da associare i suoni, prodotti deliberatamente, con le percezioni; quando questo avviene, i ricordi che sorgono allorché si osservano segni di scarica sonora, diventano coscienti allo stesso modo delle percezioni e possono venire investiti da ψ .

Abbiamo quindi trovato che la caratteristica del processo del pensiero conoscitivo è che l'attenzione è sin dall'inizio diretta ai segni di scarica di pensiero, ai segni di linguaggio. È ben noto che quello che noi consideriamo come pensiero cosciente si accompagna a un leggero dispendio motorio.

Il processo di seguire il flusso di Q attraverso un'associazione può pertanto essere mantenuto per un tempo indefinito, di solito fino a elementi terminali associativi "completamente conosciuti". Lo stabilirsi di questa via e delle stazioni terminali costituisce allora la "conoscenza" di quella che può essere una nuova percezione.

Vorremmo ora avere qualche dato quantitativo relativo a questo processo del pensiero conoscitivo. La percezione è in questo caso sovraccaricata rispetto a quanto accade in un semplice processo associativo; il processo stesso consiste in uno spostamento di $Q\dot{h}$ regolato dall'associazione con segni di qualità; a ogni stazione si rinnova l'investimento ψ e infine, a partire dai neuroni motori del canale verbale, ha luogo una scarica. Possiamo ora chiederci se questo processo obblighi l'Io a una considerevole perdita di $Q\dot{h}$ o se il dispendio nel pensiero sia relativamente leggero. La risposta a tale questione è suggerita dal fatto che la corrente delle innervazioni verbali, mentre il pensiero è in atto, è ovviamente molto piccola. Noi non parliamo realmente, più di quanto realmente ci muoviamo allorché ci rappresentiamo un'immagine motoria. Ma la differenza

tra rappresentare e muoversi è solo quantitativa, come ci insegnano gli esperimenti di lettura del pensiero. Quando pensiamo intensamente, ci può accadere di parlare ad alta voce. Ma come possono prodursi così piccole scariche, giacché, dopo tutto, piccole $Q\dot{h}$ non possono fluire e quelle grandi sono livellate in massa attraverso i neuroni motori? [p. 238].

Sembra probabile che non siano grandi nemmeno le quantità coinvolte nello spostamento durante il processo di pensiero. In primo luogo, il dispendio di grandi $Q\dot{h}$ significa una perdita per l'Io che va contenuta entro i limiti più piccoli possibili; la $Q\dot{h}$, in realtà, è designata per la difficile "azione specifica" [pp. 203 e 227]. In secondo luogo, una grande $Q\dot{h}$ si diramerebbe simultaneamente lungo diverse vie associative, non lasciando tempo per l'investimento di pensiero e provocando anche un abbondante dispendio. Di conseguenza, le Q che scorrono durante il processo di pensiero debbono senza dubbio essere piccole. Secondo la nostra ipotesi, tuttavia, la percezione e il ricordo durante il pensiero devono essere sovraccaricati, più intensi di quanto non lo siano in una semplice percezione. Esistono certamente, inoltre, vari gradi d'intensità d'attenzione, il che può essere tradotto solamente con: varie intensificazioni delle $Q\dot{h}$ d'investimento. Proprio quando l'attenzione è più forte, sarebbe allora più difficile il seguire con l'osservazione, e ciò non può ritenersi vero per il suo carattere inadeguato.

Ci troviamo qui di fronte a due requisiti apparentemente contraddittori: forte investimento e spostamento debole. Se dobbiamo armonizzarli, siamo indotti all'ipotesi di quello che potrebbe essere descritto come uno stato di legame del neurone, stato che, sebbene vi sia un alto investimento, permette solo una piccola corrente. Tale ipotesi può essere resa più plausibile dalla considerazione che una corrente in un neurone è chiaramente influenzata dalle cariche che lo circondano. Ora l'Io stesso è una massa di neuroni di questo genere che mantengono le loro cariche, i quali, vale a dire, si trovano legati; e questo può verificarsi evidentemente solo come risultato della loro mutua influenza. Possiamo così immaginare che un [neurone] percettivo investito d'attenzione possa, per questo motivo, essere temporaneamente [assunto] nell'Io e possa quindi essere assoggettato allo stesso legame della sua $Q\dot{h}$ come tutti i neuroni dell'Io. Quando l'investimento aumenta, la quantità di corrente può diminuire, non necessariamente aumentare. Possiamo forse supporre che, come conseguenza di questo legame, proprio

la Q esterna rimanga libera di scorrere, mentre la carica d'attenzione sia legata: stato di cose che non occorre, naturalmente, che sia permanente.

Questo stato di legame, che combina l'alto investimento con una piccola corrente, caratterizzerebbe quindi meccanicamente il processo di pensiero. Si possono pensare altri processi, la cui corrente fluisca parallela all'investimento, processi con una scarica non inibita.

Io spero che l'ipotesi di uno stato di legame di questo genere risulterà meccanicamente giustificabile. Vorrei gettare un po' di luce sulle conseguenze psicologiche di questa ipotesi. A prima vista essa sembra soffrire di una contraddizione interna. Se la condizione consiste nel fatto che, quando c'è un investimento di tal sorta, rimangono solo piccole Q per lo spostamento, come può essa condurre all'inclusione di nuovi neuroni, vale a dire a far sí che grandi Q si spostino in nuovi neuroni? E, per riferire le stesse difficoltà agli argomenti precedenti, come ha potuto svilupparsi un Io organizzato in questo modo?

Siamo qui inaspettatamente arrivati al piú oscuro dei problemi, quello dell'origine dell'Io, vale a dire di un complesso di neuroni che tengono saldamente le loro cariche e che quindi costituiscono, per brevi periodi di tempo, un complesso con un livello costante [p. 227]. Il modo migliore per affrontare questo problema è quello di studiarlo dal punto di vista genetico. L'Io consiste originariamente di neuroni nucleari che, attraverso vie di conduzione [p. 220], ricevono $Q\dot{h}$ endogene e le scaricano lungo la via della modificazione interna. L'"esperienza di soddisfacimento" mette questo nucleo in associazione con una percezione (l'immagine desiderata) e con l'informazione di un movimento ([informazione della] parte riflessa dell'azione specifica). L'educazione e lo sviluppo di questo Io originario si verificano in situazioni ripetitive di desiderio, in stati di attesa [p. 260]. L'Io apprende dapprima a non investire le immagini motorie (con conseguente scarica) finché certe condizioni non vengano soddisfatte dal lato percettivo. Esso impara in seguito a non investire la rappresentazione di desiderio oltre un certo limite, perché altrimenti si illuderebbe in modo allucinatorio [p. 230]. Se, tuttavia, rispetta queste due barriere e rivolge la sua attenzione alle nuove percezioni, potrà sperare di raggiungere il soddisfacimento cercato. È evidente, quindi, che le barriere che impediscono all'Io di investire l'immagine desiderata e l'immagine

motoria oltre un certo livello causano un accumulo di $Q\eta$ nell'Io e l'obbligano, sembra, a trasferire entro certi limiti le sue $Q\eta$ ai neuroni che gli sono accessibili.

I neuroni nucleari sovraccaricati fanno capo in ultima analisi alle vie di conduzione dall'interno [del corpo], le quali sono divenute permeabili per il fatto di essere continuamente riempite di $Q\eta$ [p. 221]; e poiché i neuroni nucleari sono prolungamenti di queste vie di conduzione, anch'essi devono rimanere colmi. La $Q\eta$ in essi defluirà per un percorso corrispondente alle resistenze incontrate sul suo cammino, finché le ulteriori resistenze diventeranno più grandi del quoziente di $Q\eta$ disponibile per la corrente. Ma a questo punto l'intera massa di carica sarà in equilibrio, trattenuta, da una parte, dalle due barriere alla motilità e al desiderio, dall'altra dalle resistenze degli ultimi neuroni raggiunti, e verso l'interno dalla costante pressione delle vie di conduzione. All'interno di questa struttura che costituisce l'Io, la carica non sarà mai ugualmente ripartita: è solamente necessario che essa sia proporzionalmente uguale, cioè in rapporto alle facilitazioni [p. 240].

Quando il livello della carica nel nucleo dell'Io aumenta, l'Io diverrà capace di estendere il suo raggio; quando decresce, l'Io si restringerà concentricamente. A un dato livello e a una data estensione dell'Io, nessun ostacolo si opporrà allo spostamento entro l'area della carica.

Rimane ora solo da sapere l'origine delle due barriere che garantiscono il livello costante dell'Io e, in particolare, di quella contro le immagini motorie, che impedisce la scarica. Noi ci troviamo, qui, a un punto decisivo per la comprensione dell'intero sistema. Tutto ciò che possiamo dire è che quando questa barriera non c'era ancora e il scarico motorio si verificava simultaneamente con il desiderio, l'atteso piacere veniva regolarmente a mancare e la continua emissione di stimoli endogeni finiva per generare dispiacere. Solo questa minaccia di dispiacere, la quale si è connessa con la scarica prematura, può corrispondere alla barriera in questione. Nel corso dello sviluppo, poi, la facilitazione assunse una parte del compito. Ma rimane tuttora un fatto stabilito che la $Q\eta$ nell'Io non investe immediatamente le immagini motorie, perché ne seguirebbe una liberazione di dispiacere.

Tutto quello che io chiamo "acquisizione biologica" del sistema nervoso, lo penso rappresentato da una minaccia di dispiacere di questo genere, la cui efficacia consiste nel fatto che non vengono

investiti quei neuroni che conducono a una liberazione di dispiacere. È questa la *difesa primaria* [p. 226], conseguenza comprensibile dell'originaria tendenza del sistema nervoso [p. 202]. Il dispiacere rimane l'unico mezzo di educazione. Quale possa essere la descrizione meccanica della difesa primaria — dell'investimento mancato come conseguenza di una minaccia di dispiacere — è, devo confessarlo, problema al quale non so offrire risposta.

Da questo punto in avanti mi permetterò di omettere ogni descrizione meccanica delle regole biologiche di questo genere, che si basano su una minaccia di dispiacere, e mi riterrò soddisfatto se in seguito riuscirò a mantenermi fedele a uno sviluppo chiaramente comprensibile. Una seconda regola biologica, derivata per astrazione dal processo di aspettativa, sarà senza dubbio che la nostra attenzione si deve rivolgere verso i segni di qualità (perché essi appartengono a percezioni che possono condurre al soddisfacimento) e che quindi ci lasceremo guidare da tali segni di qualità verso la percezione che è emersa. In breve, il meccanismo dell'attenzione deve avere la sua origine in una regola biologica di questo genere: essa regola lo spostamento degli investimenti dell'Io.

Si può ora obiettare che un meccanismo come questo, operante con l'aiuto dei segni di qualità, è superfluo. L'Io potrebbe aver imparato biologicamente a investire esso stesso la sfera percettiva durante gli stati di aspettativa, anziché essere portato a questo investimento dai segni di qualità. Vi sono, tuttavia, da fare due osservazioni a giustificazione del meccanismo dell'attenzione. 1) L'area dei segni di scarica da ω è, evidentemente, piú piccola e comprende un minor numero di neuroni dell'area delle percezioni, cioè dell'intero pallio di ψ collegato agli organi di senso [p. 220], cosí che l'Io fa un'enorme economia di consumo tenendo investiti i segni di scarica invece della percezione. E 2) i segni di scarica o segni di qualità sono soprattutto segni di realtà, che devono permettere proprio una distinzione tra gli investimenti percettivi reali e gli investimenti di desiderio. Vediamo quindi che non possiamo far a meno del meccanismo dell'attenzione. Grazie a esso, in ogni caso, l'Io investe quei neuroni nei quali ha già fatto la sua comparsa una carica.

La regola biologica dell'attenzione, per quanto riguarda l'Io, si può enunciare nel seguente modo: se appare un segno di realtà, l'investimento percettivo che già è simultaneamente presente deve essere sovraccaricato.

Questa è la seconda regola biologica, la prima era quella della difesa primaria.

[2.]

Da quanto si è detto, si ottengono alcuni tratti generali della descrizione meccanica, come quello di prima [p. 261] secondo cui la quantità esterna non può venire rappresentata da $Q\eta$, che è la quantità psichica. La descrizione che noi abbiamo dato dell'Io e delle sue oscillazioni [p. 268] ci mostra, infatti, che anche il livello [della sua carica] non è in relazione con il mondo esterno e che un suo innalzamento o abbassamento non modifica (normalmente) l'immagine del mondo. Poiché l'immagine del mondo esterno è basata sulle facilitazioni, questo significa che generali oscillazioni di livello non modificano le facilitazioni. È già stato menzionato anche un secondo principio, quello, cioè, che piccole quantità sono più facilmente spostabili quando il livello è alto che non quando è basso [p. 266]. Abbiamo qui alcuni punti che fissano le caratteristiche del movimento neuronico, ancora completamente sconosciuto.

Torniamo alla nostra spiegazione del processo del pensiero osservante o conoscitivo [pp. 262 sg.], che si diversifica dal processo di attesa perché le percezioni non vengono a cadere su investimenti di desiderio. Dunque in quel caso l'Io si accorge, dai primi segni di realtà, quale sia l'area percettiva da investire. Il flusso associativo della Q portata [dalle percezioni] insieme ai segni passa attraverso neuroni preinvestiti, e la $Q\varphi$ che si sposta torna ogni volta libera.¹ Durante questo flusso sorgono i segni di qualità (del linguaggio) e, come conseguenza, il decorso associativo diventa cosciente e riproducibile.

Ancora una volta può venire messa in dubbio l'utilità dei segni di qualità: il loro effetto sarebbe solo quello d'indurre l'Io a inviare un investimento là dove nel flusso emerge un'altra carica. Ma non provvedono essi stessi queste $Q\eta$ d'investimento, tutt'al più vi contribuiscono. Ma allora l'Io può spostare il suo investimento lungo il flusso di Q senza la loro collaborazione.

Questo è senza dubbio vero, nondimeno non è superfluo tener

¹ " $Q\varphi$ wird jedesmal wieder flott": interpretiamo che la $Q\varphi$, ossia la quantità che ha origine dal mondo esterno (vedi pp. 209 sg.), è libera di fluttuare da un neurone preinvestito a un altro.]

conto dei segni di qualità. Deve infatti sottolinearsi che la sopra asserita regola biologica dell'attenzione è astratta dalla percezione [p. 269] e si applica dapprima solo ai segni di realtà. I segni di scarica mediante il linguaggio sono anch'essi, in un certo senso, segni di realtà, di realtà mentale e non di realtà esterna;¹ ma non vale nessuna regola del genere per questi segni, giacché nessuna costante minaccia di dispiacere si avrebbe in seguito a una sua infrazione. Il dispiacere per un difetto di conoscenza non colpisce così duramente come quello per ignoranza del mondo esterno, quantunque in fondo i due casi siano uno solo. Esiste dunque realmente anche un processo di pensiero osservante, nel quale i segni di qualità non vengono mai, o solo sporadicamente, risvegliati e che è reso possibile per il fatto che l'Io segue automaticamente il decorso [associativo] con i suoi investimenti. Questo processo di pensiero è in realtà di gran lunga il più frequente senza essere anormale; è il nostro modo abituale di pensare, inconscio, ma con occasionali intrusioni² nella coscienza, è quello che si può qualificare come pensiero cosciente con anelli intermedi inconsci, i quali possono, tuttavia, essere fatti divenire coscienti [pp. 261 sg.].

Nondimeno, i segni di qualità sono d'indiscutibile valore per il pensiero. In primo luogo essi, risvegliati, intensificano gli investimenti durante il decorso [associativo] e assicurano l'attenzione automatica, la quale, non sappiamo come, è evidentemente connessa con l'apparire dell'investimento. Inoltre — e questo sembra più importante — l'attenzione che si presta ai segni di qualità assicura l'imparzialità del decorso [associativo]. È assai difficile, infatti, per l'Io porsi in una situazione di pura "ricerca". L'Io quasi sempre ha investimenti finalizzati o di desiderio, la cui presenza durante la ricerca ha, come vedremo [pp. 273 sg.], un influsso sul decorso associativo e così falsa la conoscenza delle percezioni. Ora, non esiste miglior protezione contro questa falsificazione del pensiero di quella di una $Q\dot{n}$ normalmente spostabile che viene diretta all'Io [? dall'Io]³

¹ [Probabilmente, la prima formulazione di una distinzione che assumerà particolare rilievo negli scritti posteriori di Freud. Vedi, in merito, le ultime pagine di *Totem e tabù* (1912-15), e una frase aggiunta nel 1914 all'*Interpretazione dei sogni*, p. 564, frase corretta nel 1919, dove la distinzione, però, è fra "realtà psichica" e "realtà materiale" ("fattuale" nel 1914). Solo nel terzo saggio di *L'uomo Mosè e la religione monoteistica* (1934-38) cap. 1, § C Freud adotta di nuovo il termine "realtà esterna".]

² [Einfälle. La stessa parola *Einfälle* altrove può essere resa come "idea che viene in mente", "idea improvvisa" o "associazione"; si noti che il significato letterale del termine tedesco è legato al "cader dentro, cadere in".]

³ [Passo di difficile interpretazione, in quanto il manoscritto ha chiaramente *dem = al*; si adotta fra parentesi la soluzione che può fornire un senso migliore.]

verso una regione che non può provocare nessuna siffatta diversione del decorso [associativo]. Può esistere un solo artificio di questo genere: dirigere l'attenzione sui segni di qualità, giacché questi non sono rappresentazioni finalizzate, ma al contrario, segni le cui cariche conferiscono importanza maggiore al decorso associativo mediante contributi alla quantità d'investimento.

Pensare con la carica dei segni di realtà di pensiero o dei segni verbali è, quindi, la piú alta, la piú sicura forma del processo del pensiero conoscitivo.

Essendo il sorgere dei segni di pensiero d'indubbio valore, noi possiamo sperare di trovare dispositivi che ne garantiscano il verificarsi. In effetti i segni di pensiero, a differenza dei segni di realtà, non sorgono spontaneamente, senza la partecipazione di ψ . Qui l'osservazione mostra che tali dispositivi non valgono per tutti i casi di processi di pensiero, allo stesso modo che per il pensiero investigante. Perché i segni di pensiero si formino, bisogna naturalmente che siano investiti d'attenzione, e allora appaiono in virtù della legge che, dove esistono due neuroni collegati e investiti simultaneamente, la conduzione [tra di loro] è favorita [pp. 223 sg.]. Nondimeno, l'attrazione prodotta dal preinvestimento dei segni di pensiero ha solo una certa capacità di lottare contro altre influenze. Così, per esempio, ogni altro investimento (finalizzato o affettivo) nelle vicinanze del decorso [associativo] si trova a competere col preinvestimento e tende a rendere inconscio il decorso stesso. Un simile effetto, come l'esperienza conferma, si produrrà se nel decorso saranno coinvolte Q considerevoli che produrranno una piú grande corrente e di conseguenza accelerazione di tutto il decorso. La comune asserzione che "qualcosa è accaduto in noi così rapidamente che non abbiamo potuto notarlo" è indubbiamente corretta; ed è anche noto che gli affetti possono interferire con il sorgere dei segni di pensiero.

Tutto questo ci porta ad adottare un nuovo principio relativo alla descrizione meccanica dei processi psichici, per cui il decorso [associativo] che non è alterato dal livello [della carica], può essere influenzato dalla stessa Q che scorre. *In generale, una grande Q prende, nella rete delle facilitazioni, una via diversa da una Q piccola. È facile, penso, illustrare questo fatto:*

Esiste per ogni barriera un valore di soglia, al di sotto del quale nessuna Q — e, a maggior ragione, nessun quoziente di essa — può passare. Una Q così piccola si divide ulteriormente [p. 228] lungo

due altre vie, per le cui facilitazioni la Q è sufficiente. Ma se la Q aumenta, verrà utilizzata la prima via e farà passare i suoi quozienti; inoltre, forse, le cariche che stanno oltre le barriere diventate sormontabili saranno esse pure ora in grado di farsi sentire. In realtà, un altro fattore può forse acquistare importanza. Si può ammettere che le vie che attraversano un neurone non siano tutte ugualmente ricettive per Q : potremo definire questa differenza come *ampiezza della via*. L'ampiezza della via è in sé stessa indipendente dalla resistenza, giacché quest'ultima può essere alterata dal flusso di Q , mentre l'ampiezza rimane costante. Se supponiamo che, con l'aumento di Q , si apra una via che possa far valere la sua ampiezza, ci appare allora la possibilità che il flusso di Q venga fondamentalemente alterato da questa intensificazione della corrente. L'esperienza di ogni giorno sembra fornire un sostegno proprio a questa conclusione.

Il destare i segni di pensiero sembra dunque legato al passaggio di piccole Q . Questo non significa che passaggi di ogni altro genere debbano rimanere inconsci, giacché destare segni verbali non è il solo modo di destare la coscienza.

Come possiamo dunque descrivere chiaramente un pensiero che diventa *sporadicamente* conscio, con improvvise intrusioni [nella coscienza (p. 271)]? Dopo tutto, il nostro pensiero, che è ordinariamente senza scopo, quantunque accompagnato da un preinvestimento e da un'attenzione automatica, non attribuisce alcun valore ai segni di pensiero. Non abbiamo trovato un appoggio biologico per considerare questi segni come indispensabili per il processo in questione. Nondimeno essi usualmente emergono: 1) quando il calmo flusso arriva a un termine o s'imbatte in un ostacolo; 2) quando ha suscitato una rappresentazione che, per altre ragioni, dà origine a segni di qualità, cioè suscita la coscienza. A questo punto credo che si possa interrompere la discussione.

[3.]

Evidentemente, vi sono altri generi di processi di pensiero che, invece che allo scopo disinteressato della conoscenza, tendono a un altro scopo, uno scopo pratico. Lo stato di attesa, dal quale si è sviluppato tutto il pensiero [p. 260], è un esempio di questo secondo genere di pensiero. In questo stato un investimento di desiderio si fissa fermamente, mentre un secondo investimento, per cet-

tivo, che emerge, è seguito con attenzione;¹ ma la nostra intenzione non è qui scoprire dove esso condurrà in generale, bensì scoprire per quali vie conduce all'attivazione dell'investimento di desiderio che, nel frattempo, è stato trattenuto. Questo genere di processo di pensiero, biologicamente il piú antico, può facilmente essere descritto con la nostra ipotesi.

Sia $R+$ la rappresentazione di desiderio, mantenuta investita in modo speciale, P la percezione che deve essere seguita.² Il primo risultato dell'investimento d'attenzione di P sarà che la $Q\phi$ defluisce verso il neurone a meglio facilitato, di là ancora una volta lungo la facilitazione migliore, e così via. Questa tendenza verso la facilitazione migliore sarà tuttavia turbata dalla presenza di investimenti laterali. Immaginiamo tre vie che partano da a , verso b , c , d , messe nell'ordine in proporzione al loro grado di facilitazione, e che d giaccia nelle vicinanze dell'investimento di desiderio $+R$; può risultare allora, a dispetto delle facilitazioni, che $Q\eta$ scorra non verso c e b , ma verso $+R$, e così la via ricercata si rivelerà essere $W-a-d+R$. Vediamo qui in attività il principio che conosciamo da tempo [p. 224]: le cariche possono deviare la facilitazione e quindi operare contro di essa. Di conseguenza, una carica laterale modifica il flusso di $Q\eta$. Poiché le cariche possono essere modificate, è nelle possibilità di scelta dell'Io modificare il decorso [associativo] da P in direzione di qualsiasi investimento finalizzato.

Per investimento finalizzato si deve intendere qui non un investimento uniforme, tale che influenzi un'intera regione come nell'attenzione, ma un investimento accentuato che s'innalza sopra il livello dell'Io. Dovremo probabilmente ammettere che, in questo genere di pensiero con investimenti finalizzati, Q si sposta allo stesso tempo anche da $+R$, così che il decorso [associativo] da P può venire influenzato non solo da $+R$, ma anche dalle altre stazioni da esso raggiunte. In tal caso, però, la via che parte da $+R$... è nota e fissa, mentre quella che viene da P ... a... deve ancora essere scoperta. Poiché in realtà il nostro Io rimane sempre in rela-

¹ [La situazione di un investimento che rimane fisso mentre un secondo investimento, mobile, è seguito con attenzione, viene ripetuta, in forme diverse, in tutto il Progetto (vedi ad esempio cap. 1, §§ 15-18 e cap. 3, § 1). Si noti una certa affinità con la prima forma del procedimento delle "associazioni libere", che Freud veniva scoprendo in questi anni, consistente appunto nel mantener fermo un elemento, ad esempio di un sogno, mentre un'altra parte della mente si abbandona a idee spontanee.]

² [Nel manoscritto le lettere sono V (*Vorstellung*=rappresentazione) e W (*Wahrnehmung*=percezione), e il segno $+$ (vedi sopra p. 234, n. 4) in questo luogo solamente segue la lettera, in tutti gli altri casi la precede.]

zione con investimenti finalizzati — e spesso con molti contemporaneamente — possiamo ora capire sia la difficoltà di un pensiero puramente conoscitivo, sia la possibilità che, nel caso di pensiero pratico, le più varie vie possano essere raggiunte varie volte e in varie circostanze da vari individui.

Possiamo valutare le *difficoltà del pensiero* anche nel caso del pensiero pratico, difficoltà che, invero, conosciamo dalle nostre sensazioni. Torniamo al nostro precedente esempio, nel quale la corrente $Q\phi$ fluisce secondo la facilitazione verso b e c , mentre d è caratterizzata da uno stretto legame con l'investimento finalizzato o con una sua rappresentazione conseguente; in tal caso l'influenza della facilitazione in favore di $b...c$ può essere tale da sopraffare l'attrazione esercitata da $d...+R$. Perché tuttavia il decorso [associativo] venga diretto verso $+R$, sarebbe necessario che venisse ulteriormente intensificato l'investimento di $+R$ e delle sue rappresentazioni derivate; sarebbe forse necessario che l'attenzione che si porta su P venisse modificata, al fine di poter accedere a un maggior o minor grado di legame, come pure a un livello di corrente più favorevole alla via $d...+R$. Il dispendio richiesto per superare le migliori facilitazioni e per attirare Q verso le vie peggio facilitate ma più prossime agli investimenti finalizzati, corrisponde alla difficoltà del pensiero.

Il ruolo che hanno i segni di qualità nel pensiero pratico differisce di poco da quello che essi hanno nel pensiero conoscitivo. I segni di qualità assicurano e fissano il decorso [associativo] ma non sono assolutamente indispensabili ad esso. Se sostituiamo ai neuroni e alle rappresentazioni i complessi, c'imbattiamo in una complessità del pensiero pratico che non è ulteriormente descrivibile, mentre si capisce che in tali casi sono desiderabili rapide conclusioni. Ma in generale i segni di qualità non vengono qui pienamente suscitati; in realtà, il loro sviluppo ha piuttosto l'effetto di rallentare e complicare il decorso. Là dove questo decorso di una particolare percezione verso un particolare investimento finalizzato si è già ripetuto ed è diventato stereotipato grazie alle facilitazioni mnestiche, i segni di qualità di solito si presentano raramente.

Lo scopo del pensiero pratico è l'identità [p. 233], vale a dire lo sbocco della carica spostata $Q\phi$ nell'investimento di desiderio altrettanto tenuto fermo. Da un punto di vista puramente biologico, cessa allora di esistere ogni necessità di pensiero, e invece viene permessa una completa innervazione delle *immagini motorie toccate*

durante il passaggio, le quali costituiscono, nelle circostanze presenti, una parte autorizzata e accessoria dell'azione specifica [p. 203]. Poiché durante il decorso queste immagini motorie erano investite esclusivamente in modo legato, e poiché il processo di pensiero iniziava da una percezione che veniva seguita solo come immagine mnestica, l'intero processo di pensiero è in grado di rendersi indipendente sia dal processo dell'aspettativa che dalla realtà e può procedere sino all'identità senza subire modificazioni. Esso comincia, così, partendo da una mera rappresentazione e, anche dopo che si è compiuto, non conduce all'azione, ma ha prodotto un sapere pratico che può essere usato quando se ne presenterà l'occasione. L'esperienza mostra, in effetti, che è vantaggioso non dover attendere, per avviare il processo di pensiero pratico, il momento nel quale esso è necessario per affrontare la realtà, ma averlo già pronto.

È giunto ora il momento di chiarire un'affermazione che io ho fatto in precedenza [p. 264], cioè che il ricordo di un processo di pensiero è reso possibile solo dai segni di qualità, giacché altrimenti le sue tracce non potrebbero venire distinte dalle tracce delle facilitazioni percettive. Rimane vero che un ricordo reale non deve venire propriamente modificato da tutte le riflessioni che ispira. D'altra parte, è innegabile che pensare a qualcosa lascia tracce estremamente importanti su ogni successivo ripensamento [pp. 205 e 238] concernente lo stesso soggetto, ed è assai dubbio se questo risultato sia prodotto solo dal pensiero accompagnato da segni di qualità e coscienza. Devono quindi esistere facilitazioni di pensiero, quantunque i canali associativi primitivi non debbano essere cancellati. Poiché possono esservi ogni volta facilitazioni di un solo genere, si dovrebbe supporre che queste due conclusioni siano inconciliabili. Nondimeno deve essere possibile trovare un modo di conciliarle e spiegarle, ricordando che le facilitazioni di pensiero hanno tutte potuto dapprima verificarsi quando il livello [quantitativo] era alto e forse si fanno di nuovo valere a un alto livello, mentre le facilitazioni associative hanno avuto origine in flussi pieni o primari [di quantità], per ricomparire solo nel momento nel quale si trovano ristabilite le condizioni necessarie a un flusso libero. Di conseguenza non si può negare una possibile azione delle facilitazioni di pensiero sulle facilitazioni associative.

Arriviamo quindi a scoprire quest'ultima caratteristica dell'ignoto movimento neuronico:

La memoria è fatta di facilitazioni [p. 206]. Esse non vengono mu-

tate da un aumento nel livello, quantunque certe facilitazioni funzionino solo a un particolare livello. La direzione del flusso [di quantità] non è alterata in un primo tempo da una modificazione del livello, ma è, senza dubbio, alterata dalla quantità della corrente [p. 272] e dalle cariche laterali [p. 274]. Quando il livello è alto, vengono spostate preferibilmente Q piccole [p. 266].

Accanto al pensiero conoscitivo e pratico dobbiamo distinguere il pensiero riproduttivo, *mnemonico*, che è in parte incluso nel pensiero pratico, ma non si esaurisce in esso.

Il ricordare è la condizione preliminare di ogni esame compiuto dal pensiero critico; quest'ultimo persegue un dato processo di pensiero in direzione inversa, indietro forse fino a una percezione — sempre senza scopo, a differenza del pensiero pratico — e per far ciò utilizza in gran copia segni di qualità. Nel seguire questo corso invertito, il processo s'incontra con anelli intermedi, fino a questo punto rimasti inconsci, i quali non hanno lasciato dietro a loro segni di qualità, ma i cui segni di qualità successivamente riemergono. Da ciò si deduce che il decorso di pensiero, in sé stesso senza alcun segno di qualità, ha lasciato dietro di sé delle tracce. In alcuni casi, in verità, è come se noi fossimo capaci di congetturare certi tratti della via seguita solo perché i loro punti di partenza e di arrivo sono dati da segni di qualità.

In ogni caso, la riproducibilità dei processi di pensiero si estende di gran lunga al di là dei loro segni di qualità; essi possono essere resi coscienti successivamente, quantunque, forse, il risultato del decorso di pensiero lasci più spesso tracce dietro di sé di quanto non facciano i suoi stadi intermedi.

Nel decorso di pensiero — sia esso conoscitivo, sperimentante o pratico — possono verificarsi eventi di ogni genere che meritano di essere descritti. Il pensiero può condurre a *dispiacere* o a *contraddizione*. Prendiamo il caso nel quale il pensiero pratico, accompagnato da investimenti finalizzati, conduce a una liberazione di *dispiacere* [vedi pp. 257 sg.].

L'esperienza più comune ci insegna che questo evento costituisce un ostacolo per il processo di pensiero. Come può accadere? Se un ricordo, quando è investito, sviluppa *dispiacere*, ciò avviene generalmente perché la corrispondente percezione ha provocato, quando si è prodotta, *dispiacere*, quindi appartiene a un'esperienza di dolore [pp. 224 sgg.]. L'esperienza mostra che percezioni di questo genere at-

traggono l'attenzione in grande misura, sebbene suscitino meno segni di qualità loro propri che non segni della reazione a cui danno luogo: esse si associano alle loro stesse manifestazioni affettive e difensive [p. 226]. Se noi seguiamo le vicissitudini delle percezioni di questo genere una volta che sono diventate *immagini mnestiche*, noi troviamo che le loro prime ripetizioni continuano a suscitare affetto e anche dispiacere, fino a che, con il tempo, finiscono per perdere questa capacità. Allo stesso tempo esse subiscono un'altra modificazione. Dapprima conservano le caratteristiche delle qualità sensoriali, ma, perdendo la capacità di suscitare affetto, perdono anche queste e finiscono con l'assomigliare alle altre immagini mnestiche. Quando il processo di pensiero si scontra con un'immagine mnestica ancora indomata di questo tipo, si formano segni di qualità di essa, spesso di ordine sensoriale, insieme a sensazioni spiccevoli e inclinazioni alla scarica, la cui combinazione caratterizza un particolare affetto, e il decorso di pensiero è allora interrotto.

Che cosa succede dunque ai ricordi capaci di generare affetto, sino a che sono "domati"? Non possiamo supporre che il "tempo", la ripetizione, indebolisca la loro capacità di affetto, giacché di solito questa circostanza contribuisce piuttosto a intensificare un'associazione. Senza dubbio qualcosa deve accadere durante il "tempo" nel quale si verificano queste ripetizioni, qualcosa che ha come conseguenza il soggiogamento [dei ricordi] e che non può essere altro che l'ottenimento di un potere su di essi da parte di una relazione con l'Io o con gli investimenti dell'Io. Se ciò si effettua in questo caso più lentamente del solito, si potrà scoprirne una ragione particolare, e precisamente nell'origine di questi ricordi capaci di generare affetto. Essendo tracce di esperienze di dolore, essi sono stati investiti (in accordo con la nostra ipotesi sul dolore [p. 212]) da una $Q\phi$ eccessiva e hanno acquistato una facilitazione eccessiva nei riguardi della liberazione di dispiacere e di affetto. Occorre un legame particolarmente forte e ripetuto da parte dell'Io prima che questa facilitazione al dispiacere possa venir bilanciata.

Il fatto che un ricordo continui per così lungo tempo ad essere di carattere allucinatorio richiede anch'esso un chiarimento, significativo per la concezione dell'allucinazione. È plausibile supporre che, come la capacità di generare affetto, così questa facoltà di generare allucinazione sia un segno che gli investimenti dell'Io non hanno ancora acquistato alcuna influenza sopra i ricordi e che le direttrici primarie di scarica e il processo completo o primario predominano.

Dobbiamo necessariamente vedere negli stati di allucinazione un riflusso di Q verso φ e allo stesso tempo verso ω ;¹ mentre un neurone legato non permette che un tale riflusso si verifichi. Ci si deve inoltre chiedere se ciò che rende il riflusso possibile sia l'eccessiva quantità di investimento del ricordo. Ma qui dobbiamo ricordare che una Q di questa grandezza è solo presente la prima volta, nell'esperienza reale di dolore. Quando essa si ripete, noi abbiamo solo a che fare con un investimento mnestico d'intensità ordinaria, che perviene tuttavia a provocare allucinazione e dispiacere. Possiamo solo presumere che così accada a causa di una facilitazione d'intensità straordinaria. Deriva da questo che un'ordinaria quantità φ è senz'altro sufficiente per provocare un riflusso e un eccitamento verso la scarica, e l'effetto inibente dei legami da parte dell'Io acquista maggior significato.

Infine, dunque, diventa possibile che il ricordo del dolore sia investito in modo tale che non possa produrre alcun riflusso e possa liberare solo dispiacere minimo: esso ora è domato grazie a una facilitazione di pensiero abbastanza potente da esercitare un effetto permanente e da operare come un'inibizione ogni qualvolta si verifica un successivo ripetersi del ricordo. La via della liberazione di dispiacere, in seguito al disuso, aumenta gradualmente la sua resistenza, essendo le facilitazioni soggette a graduale decadimento (all'oblio). Solo quando questo fatto si è verificato, il ricordo si trasforma in un ricordo domato simile a ogni altro.²

Nondimeno, sembra che questo processo di soggiogamento di un ricordo lasci una conseguenza permanente nel decorso di pensiero. Poiché prima il decorso di pensiero s'interrompeva ogni volta che il ricordo veniva attivato e il dispiacere suscitato, ne deriva una tendenza anche ora a inibire il decorso di pensiero appena il ricordo domato sviluppa la sua traccia di dispiacere. Questa tendenza è molto opportuna per il pensiero pratico, giacché un anello intermedio che conduce al dispiacere non può trovarsi sulla via ricercata verso l'identità con l'investimento di desiderio [p. 234]. Ne sorge la difesa di pensiero primaria, per la quale, nel pensiero pratico, la liberazione di dispiacere è un segnale [p. 231] per abbandonare una

¹ [Vedi pp. 242 sg. Freud, tuttavia, corresse questo punto nella lettera a Fliess del 1° gennaio 1896.]

² [Freud aveva toccato il problema dell'usura dei ricordi in *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici* (1893), vedi sopra p. 98, e nel 1907 vi dedicherà una lunga nota aggiunta all'ultimo capitolo della *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901).]

certa via, vale a dire, per dirigere l'investimento d'attenzione *altrove*. Qui, una volta ancora, il dispiacere dirige la corrente di $Q\eta$, come nella prima regola biologica [pp. 268 sg.]. Ci si può chiedere perché questa difesa di pensiero non si sia diretta contro il ricordo quand'era ancora capace d'affetto. Presumibilmente, vi si oppone la seconda regola biologica, che fa sí che l'attenzione si svegli quando esiste un segno di realtà [pp. 269 sg.], mentre il ricordo non domato era ancora capace d'imporre la produzione di segni reali di qualità. Come si vede, le due regole si accordano opportunamente.

È interessante osservare come il pensiero pratico si lasci guidare dalla regola biologica della difesa. Nel [pensiero] teoretico (conoscitivo, sperimentante), la regola non viene piú osservata. Questo fatto è comprensibile perché per il pensiero finalizzato il problema consiste nel trovare una *qualunque* via, e perciò quelle cui si collega dispiacere possono venire escluse, mentre nel [pensiero] teoretico tutte le vie devono venire conosciute.

[4.]

A questo punto domandiamoci come può verificarsi l'errore durante il cammino del pensiero. Ma che cos'è l'errore?

Il processo di pensiero deve venir considerato ancora piú dettagliatamente. Il pensiero pratico, dal quale hanno tutti origine, rimane anche lo scopo finale di tutti i processi di pensiero. Ogni altro genere è una diramazione di esso. È un manifesto vantaggio se la conduzione di pensiero che ha luogo nel pensiero pratico accade in anticipo [p. 276] e non inizia soltanto quando sorge lo stato di attesa: 1) perché fa risparmiare tempo per la strutturazione dell'azione specifica [p. 276]; 2) perché lo stato di attesa non è particolarmente favorevole al decorso di pensiero. L'importanza della prontezza durante il breve intervallo tra la percezione e l'azione diventa chiara quando noi consideriamo come le percezioni mutano rapidamente. Se il processo di pensiero dura troppo a lungo, il suo risultato sarà diventato nel frattempo inutilizzabile. Per questa ragione noi *premeditiamo*.

L'inizio dei processi di pensiero che si sono diramati [dal pensiero pratico] è la formazione del giudizio,¹ a cui l'Io arriva grazie a una scoperta nella sua organizzazione, cioè il già menzionato [pp. 235 sg. e 264] coincidere parziale degli investimenti percettivi con le infor-

¹ [Vedi per quel che segue il cap. 1, §§ 16 e 17.]

mazioni provenienti dal proprio corpo. Di conseguenza, i complessi percettivi si dividono in una parte costante, incompresa: la cosa, e una mutevole, comprensibile: gli attributi o movimenti della cosa. Siccome il complesso di cosa ricorre collegato con diversi complessi di attributi, e questi collegati con diversi complessi di cosa, se ne ricava la possibilità di elaborare le vie del pensiero — che si dipartono da entrambi questi complessi verso lo stato desiderato della cosa — in modo universalmente valido e astrazione fatta dalla percezione reale in quel momento. Quindi il lavoro del pensiero mediante giudizi, invece che mediante singoli disordinati complessi percettivi, costituisce una grande economia. Lasciamo da parte la questione se l'unità psicologica così ottenuta sia rappresentata nel decorso di pensiero anche da un'unità neuronica e da un'unità diversa dalla rappresentazione verbale.

Può sempre inserirsi un errore durante la creazione di un giudizio. I complessi di cosa o i complessi di movimento non sono mai perfettamente identici e, fra i loro elementi dissimili, ve ne possono essere di quelli che, se trascurati, possono viziare il risultato nella realtà. Questo difetto del pensiero ha la sua origine nella tendenza, che noi stessi in realtà stiamo qui imitando, di sostituire un singolo neurone a un complesso, ciò che è reso necessario dall'immensa complessità [p. 275]. Queste sono *illusioni del giudizio o sbagli nelle premesse*.

Un'altra causa d'errore può essere che le percezioni della realtà non siano totali perché al di fuori dell'ambito dei nostri sensi. Questi sono errori d'ignoranza, quali nessun uomo può evitare. Dove questa condizione non vale, il preinvestimento psichico può essere difettoso (per il deflettere dell'Io dalla percezione) e ne possono risultare percezioni inesatte e decorsi di pensiero incompleti. Questi sono *errori dovuti ad attenzione insufficiente*.

Se prendiamo, come materiale dei processi di pensiero, complessi già giudicati e ordinati invece di complessi grezzi, avremo l'opportunità di abbreviare il processo stesso del pensiero pratico. Perché in effetti, se avviene che la via che conduce dalla percezione all'identità con l'investimento dell'oggetto desiderato passa attraverso un'immagine motoria M , viene allora biologicamente assicurato che, una volta ottenuta l'identità, questa M sarà pienamente innervata. Con la simultaneità della percezione e di M si produrrà un'intensa facilitazione fra entrambe, e un'immagine percettiva successiva susciterà M senza alcun ulteriore decorso associativo. Ciò, natural-

mente, presuppone che sia possibile a ogni momento stabilire un collegamento tra due investimenti. Quello che originariamente era un collegamento di pensiero laboriosamente stabilito è diventato, come risultato di un investimento pieno e simultaneo, una potente facilitazione, e il solo problema relativo a questa facilitazione è sapere se essa si verifica sempre attraverso la via che era stata originariamente trovata o se può percorrere un collegamento piú diretto. L'ultima alternativa sembra piú probabile, nonché piú idonea, giacché evita la necessità di fissare delle vie di pensiero che in realtà dovrebbero rimanere libere per altri collegamenti della piú varia natura. Se alla via [originaria] del pensiero viene a mancare la ripetizione, noi dobbiamo aspettarci di veder sparire anche la facilitazione, e il risultato verrà meglio assicurato da un collegamento diretto. Donde derivi la nuova via, rimane in ogni caso una questione. Il problema sarebbe reso piú facile se i due investimenti, la percezione e *M*, fossero associati a un terzo.

Il tratto del decorso di pensiero, che va dalla percezione fino all'identità attraverso una *M*, può anche restare in evidenza e fornire un risultato analogo, se poi l'attenzione fissa la *M* e la porta in associazione con la percezione, essa pure di nuovo fissata. Anche questa facilitazione di pensiero s'instaurerà di nuovo quando vi sarà un caso concreto.

In questo [genere di] attività di pensiero la possibilità di errori non è a prima vista evidente. Ma senza dubbio il pensiero può talvolta prendere una via non conforme allo scopo e può riuscirne un dispendioso movimento, giacché, dopo tutto, nel pensiero pratico la scelta dipende esclusivamente dalle esperienze riproducibili.

Man mano che aumenta il numero dei ricordi, nuove vie di spostamento si creano costantemente. Per questa ragione, si scopre che è vantaggioso seguire appieno tutte le diverse percezioni, al fine di trovare la via piú favorevole; e questo è il lavoro del pensiero conoscitivo, che cosí appare come una preparazione del pensiero pratico, quantunque in realtà esso si sia sviluppato da quest'ultimo in un'epoca piú tarda. I risultati di questo lavoro sono allora validi per piú di un genere di investimenti di desiderio.

Gli errori che possono verificarsi nel pensiero conoscitivo sono di per sé evidenti. Essi sono la parzialità, che appare quando gli investimenti finalizzati non siano stati evitati, e l'incompletezza, quando tutte le vie non siano state esplorate. È qui evidentemente un enorme vantaggio che i segni di qualità sorgano simultaneamente.

Se questi processi di pensiero [cioè i segni di qualità] vengono afferrati e introdotti nello stato di attesa, il decorso associativo, dall'inizio alla fine, può passare per i segni di qualità anziché attraverso l'intera serie dei pensieri, e qui non è nemmeno necessario che la serie delle qualità corrisponda completamente a quella dei pensieri.

Nel pensiero teoretico il dispiacere non ha alcun ruolo, e per questa ragione esso può continuare anche quando il ricordo è stato domato.

Resta da esaminare ancora un altro genere di pensiero: il pensiero critico o discriminativo. Esso entra in giuoco quando, nonostante che tutte le regole siano state osservate, il processo di aspettativa, seguito dall'azione specifica, non conduce al soddisfacimento ma al dispiacere. Il pensiero critico, senza alcuno scopo pratico, in modo ozioso, cerca, richiamando tutti i segni di qualità, di ripetere l'intero flusso di $Q\eta$ in modo da rintracciare qualche sbaglio di pensiero o qualche difetto psicologico. Si tratta di un pensiero conoscitivo con un oggetto dato, vale a dire una serie di pensieri. Ci siamo già formati un'idea sulla natura di questi ultimi [? i difetti psicologici]; ma in che consistono gli sbagli di logica?

In breve, nel non tener conto delle regole biologiche per il decorso di pensiero. Queste regole ci indicano su che cosa l'investimento d'attenzione deve in ogni occasione essere diretto e in quale momento conviene arrestare il processo di pensiero. Esse sono protette mediante minacce di dispiacere, sono prodotte dall'esperienza, e possono essere direttamente trasferite in regole logiche, che dovranno essere particolarmente dimostrate. Così, il dispiacere intellettuale di una contraddizione, che porta il decorso del pensiero sperimentante a un arresto, non è altro che dispiacere accumulato per la protezione delle regole biologiche, suscitato da un processo di pensiero scorretto.

L'esistenza di queste regole biologiche può, di fatto, essere dimostrata dalla sensazione di dispiacere per sbagli logici.

L'azione deve essere dunque considerata solo come il pieno investimento di quelle immagini motorie messe in risalto durante il processo di pensiero [pp. 281 sg.] e anche, forse, di quelle immagini motorie che (se vi era uno stato di aspettativa) appartengono alla parte intenzionale dell'azione specifica. Qui c'è rinuncia allo stato legato, un ritrarsi degli investimenti d'attenzione. Per quanto riguarda la prima rinuncia, succede senza dubbio che al primo flusso [di Q]

proveniente dai neuroni motori il livello dell'Io diminuisce irresistibilmente. Non ci si deve aspettare, naturalmente, un completo scarico dell'Io nel caso di azioni isolate, ma soltanto nel caso di atti che comportino il piú abbondante soddisfacimento. È istruttivo osservare che l'azione non si verifica per inversione del canale che ha apportato le immagini motorie, ma lungo speciali vie motorie; e per questa ragione, inoltre, l'effetto connesso con il movimento non è sempre per forza quello voluto, come dovrebbe essere se si trattasse semplicemente dell'inversione del canale originale. Durante l'azione deve aver luogo un nuovo confronto tra le informazioni in arrivo di movimenti e i movimenti preinvestiti, col che si raggiunge un eccitamento di innervazioni correttive fino a pervenire all'identità. Abbiamo qui la stessa situazione che abbiamo visto nel caso della percezione, solo con minore molteplicità, maggior velocità e costante, piena scarica: ciò che non si verificava nell'altro caso [quello della percezione]. L'analogia tra pensiero pratico e azione funzionale merita, tuttavia, di essere notata. Essa ci mostra che le immagini motorie sono *sensoriali*. Ma la peculiarità che nel caso dell'azione vengano toccate nuove vie, in luogo della molto piú semplice inversione, sembra mostrare che la direzione seguita dalla conduzione degli elementi neuronici è ben definita, e invero forse che il movimento neuronico nei due casi ha altre caratteristiche.

Le immagini motorie sono percezioni e come tali, naturalmente, possiedono qualità e svegliano la coscienza. È indiscutibile il fatto che talvolta esse attraggono su loro stesse una notevole attenzione. Le loro qualità non sono tuttavia molto evidenti e non sono probabilmente tanto varie quanto quelle del mondo esterno; ed esse non sono associate a rappresentazioni verbali, invece vengono esse stesse in parte utilizzate per tale associazione. Esse non nascono, tuttavia, da organi sensori altamente organizzati: la loro qualità, senza dubbio, è monotona [pp. 215 sg.]

L'EREDITARIETÀ E L'ETIOLOGIA DELLE NEVROSI

1896

Nella lettera a Fliess del 6 febbraio 1896 Freud annuncia di aver terminato contemporaneamente tre "note" (costituenti l'articolo *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*, riportato piú avanti) e il presente scritto, e di aver spedito il tutto il giorno prima alle due riviste cui gli articoli erano destinati.

Il presente scritto fu pubblicato prima dell'altro lavoro, col titolo *L'hérédité et l'étiologie des névroses*, *Revue neurologique*, vol. 4 (6), 161-69 (30 marzo 1896). Esso fu riprodotto nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 135-48, nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 388-403, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 407-22. Freud ne ha dato un riassunto al N. 37 nei *Sommari dei lavori scientifici* riportati piú avanti. La traduzione è di Adele Campione.

In questo articolo — scritto in francese (come quelli sulle *Paralisi motorie organiche e isteriche*, e su *Ossessioni e fobie*) e rivolto ai medici francesi, e in ispecie agli allievi di Charcot alla cui scuola Freud stesso affermava di appartenere — Freud riprende la tesi della limitata funzione della ereditarietà per le nevrosi, tesi già sostenuta nella sua risposta a Löwenfeld (vedi sopra: *A proposito di una critica della "nevrosi di angoscia"*).

Egli distingue qui: 1) l'ereditarietà, come condizione per la patogenesi delle grandi nevrosi, e 2) le cause specifiche, e 3) le cause concorrenti o accessorie, o anche "agenti provocatori" secondo l'espressione di Charcot.

Per quanto riguarda la nevrastenia e la nevrosi d'angoscia, Freud indica anche qui come cause specifiche le anomalie nel comportamento sessuale attuale. Per l'isteria e per la nevrosi ossessiva vengono invece indicate, come cause specifiche, precoci esperienze sessuali risalenti all'infanzia, e cioè a un'epoca presessuale. È questa la tesi del trauma sessuale specifico come fattore determinante delle psiconevrosi, tesi che si era presentata a Freud mentre era impegnato a scrivere il *Progetto di una psicologia*. Essa è accennata nella lettera a Fliess dell'8 ottobre 1895 (quella appunto con cui venivano accompagnati i tre capitoli compiuti del *Progetto*). Nelle successive lettere del 15, 16 e 20 ottobre Freud si esprime

sempre con maggior sicurezza per questa tesi, che è ripresa anche due mesi dopo nella *Minuta K* (chiamata da Freud "Favola di Natale"). La esposizione in forma piú estesa e sistematica di questa teoria si trova nel successivo lavoro *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*.

Circa l'epoca a cui dovrebbero appartenere le esperienze sessuali traumatiche, è qui affermato che esse possono risalire anche al secondo anno di vita, e che per lo piú si producono attorno ai quattro o cinque anni; è inoltre espressa l'impressione che comunque tali esperienze, per agire come traumi, debbono essere anteriori agli otto-dieci anni (nel *Progetto* era affermato che il limite per la produzione dell'isteria è la pubertà). Lo stesso limite viene dato nelle *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*. In una lettera a Fliess del 1º marzo 1896 il limite è indicato come l'epoca della seconda dentizione. Tale espressione è ripetuta nella conferenza sulla *Etiologia dell'isteria* del 2 maggio 1896 (vedi piú avanti), con la osservazione che l'esistenza di questo limite è probabilmente legato ai processi evolutivi nell'ambito dell'organizzazione sessuale. Collocando in quest'epoca le rimozioni sessuali, Freud anticipa quel concetto della "fase di latenza" nello sviluppo sessuale che verrà illustrato nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905).

Per indicare la relazione esistente fra i traumi dell'infanzia, rimossi e perciò dimenticati, e i fatti recenti che, come agenti accessori, possono dar luogo allo scoppio della nevrosi, è qui affermato che i ricordi di tali fatti recenti, per la loro connessione con l'impronta patogena primaria, e aspirati da essa (*aspirés par elle*), diventano a loro volta inconsci, sottraendosi alla normale liquidazione operata dalle funzioni coscienti. È con ciò accennato al concetto di una "attrazione nell'inconscio" di un materiale che entra in connessione con elementi rimossi: concetto che Freud svilupperà nel settimo capitolo dell'*Interpretazione dei sogni*.

Nel presente articolo è fatto per la prima volta uso del termine psicoanalisi (in francese: *psychoanalyse*, e non *psychanalyse*, come piú tardi è entrato nell'uso della lingua francese) per la tecnica esplorativa impiegata: tecnica che tuttavia Freud continua qui a indicare come procedimento esploratore di Josef Breuer.

Mi rivolgo particolarmente agli allievi di J.-M. Charcot per sollevare alcune obiezioni sulla teoria etiologica delle nevrosi che ci è stata trasmessa dal nostro maestro.

Ben nota è l'importanza attribuita, in questa teoria, all'ereditarietà nervosa: essa sarebbe la sola causa reale e necessaria delle affezioni nevrotiche, mentre le altre influenze etiologiche possono aspirare solo al ruolo di *agents provocateurs*.

Questa teoria è stata enunciata dallo stesso maestro e dai suoi allievi Guinon, Gilles de la Tourette, Janet e altri, a proposito della grande nevrosi, l'isteria; ma credo che la stessa ipotesi venga sostenuta in Francia e un po' dovunque anche per quanto riguarda le altre nevrosi benché, per questi stati analoghi all'isteria, essa non sia stata enunciata in maniera altrettanto solenne e decisa.

Da molto tempo avevo dei dubbi in merito alla validità della tesi, ma ho dovuto attendere che la mia quotidiana esperienza di medico mi offrisse fatti sui quali potermi appoggiare. Attualmente, le mie obiezioni sono di due tipi: dati di fatto e argomenti di ordine teorico. Comincerò dai primi, disponendoli secondo l'importanza che attribuisco loro.

1.

a) Sono state talvolta definite nervose, e considerate dimostrative di una predisposizione neuropatica ereditaria, affezioni assai spesso estranee al campo della neuropatologia e non necessariamente dipendenti da una malattia del sistema nervoso. Cito, per esempio, le nevralgie facciali vere e molte specie di cefalea che, ritenute di origine nervosa, sono piuttosto dovute ad alterazioni patologiche

postinfettive o a processi suppurativi del sistema cavitario rinofaringeo. Sono certo che, per i malati, sarebbe molto piú vantaggioso se noi abbandonassimo piú spesso il trattamento di queste affezioni alla chirurgia rinologica.

b) Si ammette che tutte le affezioni nervose ritrovate nella famiglia debbano essergli messe in conto come tare ereditarie, senza prendere in considerazione la frequenza e la gravità di queste affezioni. Questo punto di vista sembra implicare una netta separazione tra famiglie esenti da qualsiasi predisposizione nervosa e famiglie che vi sono soggette senza alcun limite o riserva. Ma i fatti non parlano piuttosto a favore dell'opinione opposta, nel senso cioè che vi siano transizioni e vari gradi di disposizione nervosa e che nessuna famiglia vi si sottragga completamente?

c) La nostra opinione sul ruolo etiologico rivestito, nelle malattie nervose, dall'ereditarietà, non dev'essere una *petitio principii*, ma soltanto il risultato di un imparziale esame statistico. Fintanto che un tale esame non sia stato effettuato, sarebbe doveroso credere che l'esistenza delle nevropatie acquisite è possibile quanto quella delle nevropatie ereditarie. Ma se ci possono essere nevropatie contratte da persone non predisposte, non si potrà piú escludere che le affezioni nervose riscontrate nei parenti del nostro malato abbiano esse pure, in parte, questa origine. A questo punto, non sarà piú possibile invocarle come prove a favore della predisposizione ereditaria attribuita al malato in base alla sua storia familiare, dato che ben raramente è possibile fare una diagnosi retrospettiva delle malattie degli ascendenti o dei membri assenti della famiglia.

d) Coloro che si collegano a Fournier e a Erb per quanto riguarda il ruolo etiologico della sifilide nella tabe dorsale e nella paralisi progressiva, hanno imparato che è necessario ammettere la concorrenza di potenti influenze etiologiche, indispensabili alla patogenesi di certe malattie che l'ereditarietà da sola non sarebbe in grado di produrre. Ciò nonostante Charcot si è tenacemente opposto fino all'ultimo, come so da una lettera privata del maestro a me indirizzata, alla teoria di Fournier, teoria che guadagna tuttavia terreno di giorno in giorno.

e) È indubbio che certe nevropatie possano svilupparsi anche in un soggetto perfettamente sano e senza alcun precedente familiare. È ciò che si osserva ogni giorno nella nevrastenia di Beard; se la nevrastenia si limitasse a colpire individui predisposti, non avrebbe mai raggiunto l'importanza e la portata che le riconosciamo.

f) Nella patologia nervosa vi è un'ereditarietà *similare* e un'ereditarietà che si dice *dissimilare*. Non si troverà nulla a ridire sulla prima; è anzi notevole il fatto che, nelle affezioni derivanti da un'ereditarietà *similare* (malattia di Thomsen, malattia di Friedreich; miopatie, corea di Huntington ecc.), non si riscontri mai alcuna traccia di altri fattori etiologici concorrenti. Ma l'ereditarietà *dissimilare*, molto più importante della precedente, presenta lacune che occorre colmare perché si possa giungere a una soluzione soddisfacente dei problemi etiologici. L'ereditarietà è *dissimilare* quando i discendenti di una stessa famiglia si rivelano colpiti dalle più svariate nevropatie, funzionali e organiche, senza che sia possibile scoprire una legge che determini la sostituzione di una malattia con un'altra o l'ordine della loro successione attraverso le generazioni. A fianco di individui malati vi sono, in queste famiglie, soggetti che restano sani; né la teoria dell'ereditarietà *dissimilare* ci dice perché questi soggetti sopportino lo stesso peso ereditario senza soccombervi o perché un altro soggetto abbia scelto, fra le affezioni che costituiscono la grande famiglia nevropatica, questa affezione nervosa piuttosto che quest'altra, l'isteria invece dell'epilessia, della pazzia, eccetera. Poiché nulla, nella patologia nervosa come altrove, avviene fortuitamente, bisogna veramente ammettere che non è l'ereditarietà a presiedere alla scelta della nevropatia che si sviluppa in un dato membro di una famiglia predisposta, ma che è lecito sospettare l'esistenza di altri fattori etiologici, di natura meno comprensibile,¹ che meriterebbero a buon diritto il nome di *etiologia specifica* di tale o tal'altra affezione nervosa. Senza l'esistenza di questo particolare fattore etiologico, l'ereditarietà non avrebbe potuto far nulla; e se l'etiologia specifica in questione fosse stata rimpiazzata da un altro qualsiasi fattore, l'ereditarietà si sarebbe prestata a produrre un altro tipo di nevropatia.

2.

Abbagliati dalla grandiosa prospettiva dell'ereditarietà come fattore etiologico, i medici si sono troppo poco curati di ricercare le cause specifiche e determinanti delle nevropatie.

Ciò nonostante, esse meritano di essere oggetto di un assiduo stu-

¹ ["*Compréhensible*" nell'edizione originale del 1896: "*incompréhensible*" nelle successive edizioni, probabilmente riviste e corrette da Freud; di nuovo "*compréhensible*" in *Gesammelte Werke* del 1952.]

dio; anche se, generalmente, la loro forza patogenetica è soltanto accessoria rispetto a quella dell'ereditarietà, la conoscenza di questa etiologia specifica riveste grande interesse pratico poiché aprirà la via al nostro lavoro terapeutico, mentre la disposizione ereditaria, che il malato reca in sé fin dalla nascita, arresta i nostri sforzi con la sua forza inabborabile.

Da anni sono impegnato nella ricerca dell'etiologia delle grandi nevrosi (stati nervosi funzionali analoghi all'isteria), e appunto del risultato di questi studi parlerò nelle pagine che seguono. Per evitare ogni possibile malinteso, comincerò con l'espone due mie osservazioni di carattere generale a proposito della nosografia delle nevrosi e dell'etiologia delle nevrosi in generale.

Ho dovuto iniziare il mio lavoro con una innovazione nosografica: ho ritenuto opportuno affiancare all'isteria la nevrosi ossessiva (*Zwangsneurose*)¹ considerata come affezione autonoma ed indipendente, anche se la maggior parte degli autori classifica le ossessioni tra le sindromi della degenerazione mentale o le confonde con la nevristenia. Esaminando il loro meccanismo psichico, ho invece appreso che le ossessioni sono legate all'isteria più strettamente di quanto non si creda.

L'isteria e le nevrosi ossessive formano il primo gruppo delle grandi nevrosi da me studiate. Il secondo gruppo comprende la nevristenia di Beard, da me suddivisa in due stati funzionali, distinti sia per etiologia sia per aspetto sintomatologico: la nevristenia propriamente detta e la nevrosi d'angoscia (*Angstneurose*), denominazione che, sia detto per inciso, non soddisfa neppure me. Ho dettagliatamente giustificato tale suddivisione, che ritengo indispensabile, in uno scritto precedente (*Legittimità di separare dalla nevristenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia", 1894*).

Quanto all'etiologia delle nevrosi, penso che, su un piano teorico, i fattori etiologici, tra loro differenziantisi per importanza e per i rapporti con l'effetto da essi prodotto, possano essere suddivisi in tre gruppi: 1) condizioni, indispensabili per la produzione dell'affezione in oggetto, ma di natura universale e rintracciabili anche nell'etiologia di molte altre affezioni; 2) cause concorrenti, che hanno in comune con le condizioni precedenti la caratteristica di partecipare alla produzione tanto di altre affezioni, quanto dell'affezione in oggetto, ma che non sono indispensabili per produrre quest'ul-

¹ [Le precisazioni in tedesco, qui e più sotto, figurano nell'originale francese.]

tima; 3) cause specifiche, altrettanto indispensabili delle condizioni, ma di natura limitata e presenti soltanto nell'etiologia dell'affezione per la quale sono specifiche.

Ebbene: nella patogenesi delle grandi nevrosi, l'ereditarietà riveste la funzione di una condizione, importantissima in tutti i casi, e perfino indispensabile nella maggior parte di essi. Essa non potrebbe fare a meno della collaborazione delle cause specifiche, ma l'importanza della predisposizione ereditaria è dimostrata dal fatto che le stesse cause specifiche, agendo su di un individuo sano, non produrrebbero alcun effetto patologico manifesto, mentre, in un soggetto predisposto, la loro azione farà insorgere una nevrosi, il cui sviluppo e la cui gravità saranno conformi al grado di questa condizione ereditaria.

L'azione dell'ereditarietà è quindi confrontabile con quella del moltiplicatore nel circuito elettrico, che aumenta la deviazione visibile dell'ago, ma che non può tuttavia determinare la direzione.

Sui nessi esistenti tra la condizione ereditaria e le cause specifiche delle nevrosi vi è ancora da notare qualche altra cosa. L'esperienza ci dimostra, come si poteva presupporre, che non si dovrebbero trascurare, in tali questioni di etiologia, le quantità per così dire relative dei fattori etiologici. Ciò che invece non era *a priori* presumibile è il seguente risultato, che mi pare si possa trarre dalle mie osservazioni: l'ereditarietà e le cause specifiche possono reciprocamente compensarsi dal punto di vista quantitativo, sicché lo stesso effetto patologico potrà essere prodotto dalla concorrenza di una fortissima etiologia specifica e di una mediocre predisposizione, oppure da una spiccata ereditarietà nervosa con a carico un leggero fattore specifico. Ne consegue che quelle nevrosi nelle quali non è rintracciabile un grado apprezzabile di predisposizione ereditaria, sempre che questa mancanza venga compensata da un potente fattore specifico, costituiranno semplicemente dei casi limite ben plausibili nella serie delle possibilità.

Cause concorrenti o accessorie delle nevrosi possono essere considerati tutti gli agenti banali di comune osservazione: turbe emotive, esaurimento organico, malattie acute, intossicazioni, episodi traumatici, sovraffaticamento intellettuale eccetera. Tengo a sostenere che nessuno di tali agenti, neppure quello citato per ultimo, rientra regolarmente o necessariamente nell'etiologia delle nevrosi, e so bene che sostenendo una tale opinione mi metto in aperto contrasto con una teoria considerata universale e inattaccabile. Da quando Beard

ha sostenuto che la nevrasenia è frutto della nostra odierna civiltà, egli ha trovato soltanto sostenitori; ma per ciò che sta a me, mi è impossibile accettare questa opinione. Uno studio accurato delle nevrosi mi ha insegnato che Beard non è riuscito a cogliere l'etiologia specifica delle nevrosi.¹

Non voglio sottovalutare l'importanza etiologica di questi agenti banali; estremamente vari, di osservazione frequente e inoltre denunciati dagli stessi pazienti, essi sono assai più appariscenti che non le cause specifiche, le quali costituiscono una etiologia che o è nascosta o è ignorata. Abbastanza spesso essi esplicano la funzione di *agents provocateurs*, rendendo manifesta la nevrosi fino a quel momento latente; ed essi presentano anche un interesse d'ordine pratico: la considerazione di queste cause banali può offrire punti d'appoggio a una terapia che non miri alla guarigione radicale, ma si accontenti di far regredire l'affezione fino al suo precedente stato di latenza.

Ma non si può arrivare a stabilire un costante e stretto nesso tra una di queste cause banali e questa o quest'altra affezione nervosa; turbe emotive, per esempio, sono rilevabili così nell'etiologia dell'isteria, delle ossessioni e della nevrasenia, come in quella dell'epilessia, del morbo di Parkinson, del diabete e di numerose altre malattie.

Le cause concorrenti banali potranno anche compensare l'etiologia specifica da un punto di vista quantitativo, senza tuttavia mai sostituirla del tutto. In un'infinità di casi, tutte le influenze etiologiche sono costituite dalla condizione ereditaria e dalla causa specifica, mentre non ci sono cause banali. Negli altri casi, in cui i fattori etiologici indispensabili non sono di per sé sufficienti, per la loro quantità, a fare insorgere la nevrosi, può essere mantenuto a lungo uno stato di apparente salute, che in realtà è uno stato di predisposizione nevrotica. Basta allora che una causa banale aggiunga la propria azione, perché la nevrosi divenga manifesta. Ma è bene notare che, in tali condizioni, la natura dell'agente banale è del tutto indifferente, sia esso un'emozione, un trauma, una malattia infettiva o altro: l'effetto patologico non ne risulterà modificato, e la natura della nevrosi resterà sempre dominata dalla causa specifica preesistente.

¹ [Vedi la discussione in *La morale sessuale "civile" e il nervosismo moderno* (1908).]

Quali sono dunque le cause specifiche delle nevrosi? Ve n'è una sola o ve ne sono molte? Ed è possibile stabilire un nesso etiologico costante tra tale causa e tale effetto nevrotico, di modo che ognuna delle grandi nevrosi possa essere ricondotta a un'etiologia particolare?

Desidero sostenere, basandomi su un accurato esame dei fatti, che quest'ultima ipotesi corrisponde effettivamente alla realtà, che ciascuna delle grandi nevrosi citate ha per causa immediata un particolare disturbo dell'economia nervosa, e che queste modificazioni funzionali patologiche trovano la loro fonte comune nella vita sessuale dell'individuo, sia in una pratica nociva della vita sessuale attuale, sia in eventi importanti del passato.

Per dire la verità, non si tratta di un assunto nuovo, che non sia mai stato enunciato. Le pratiche sessuali nocive sono sempre state poste tra le cause del nervosismo, ma esse sono state subordinate all'ereditarietà, coordinate con gli altri agenti provocatori; la loro influenza etiologica è stata ristretta a un numero limitato di casi osservati. I medici avevano perfino preso l'abitudine di non ricercarle se non quando il paziente le denunciava di sua spontanea iniziativa. Caratteristiche precipue del mio punto di vista sono: che io innalzo queste pratiche sessuali al rango di cause specifiche, che io riconosco la loro azione in tutti i casi di nevrosi, e che ritrovo infine un parallelismo sistematico, prova di un particolare nesso etiologico tra la natura della pratica sessuale e il tipo morboso della nevrosi.

Mi rendo perfettamente conto del fatto che questa teoria scatenerà, da parte dei medici contemporanei, un uragano di contrasti. Ma non è questo il luogo ove io possa citare i dati e le esperienze che mi hanno portato coercitivamente a questa mia convinzione, o spiegare il senso esatto dell'espressione, in realtà un po' vaga, "disordini dell'economia nervosa". Lo farò, spero il piú ampiamente possibile, in un lavoro che sto preparando su tale argomento.¹ Nel presente scritto, mi limito a riportare i miei risultati.

¹ [Vedi la lettera a Fliess del 16 marzo 1896: "Il mio lavoro scientifico procede lentamente. Oggi — proprio come un poeta in boccio — ho scritto in cima a un foglio il seguente titolo: *Lezioni sulle grandi nevrosi (nevrastenia, nevrosi d'angoscia, isteria, nevrosi ossessive)* [...] Dietro a questo, si profila un altro e piú nobile lavoro intitolato: *Psicologia e psicoterapia delle nevrosi da difesa*, per il quale mi occorreranno anni di preparazione e nel quale metterò tutta la mia anima." La lettera segue di pochi giorni lo scritto ed è probabile che l'accenno all'opera si riferisca appunto al progetto menzionato a Fliess, progetto, come è noto, mai realizzato, anche perché sia l'autoanalisi sia il problema dell'interpretazione dei sogni finirono per assorbire interamente l'interesse di Freud.]

La nevrastenia propriamente detta, una volta che ne sia stata distinta la nevrosi d'angoscia, presenta un quadro clinico assai monotono (stanchezza, senso di pressione alla testa, dispepsia flatulenta, costipazione, parestesie spinali, debolezza sessuale ecc.) e non ha altra etiologia specifica che l'onanismo (smodato) o le polluzioni spontanee.

L'azione prolungata e intensa di questo pernicioso tipo di soddisfacimento sessuale basta di per sé a provocare la nevrosi nevrastenica, oppure dà al soggetto una speciale impronta nevrastenica che, piú tardi, si manifesterà sotto l'influsso di una causa occasionale accessoria. Ho trovato anche soggetti che presentavano i segni di una costituzione nevrastenica e nei quali non si riusciva a porre in evidenza l'etiologia ora detta; ma ho potuto constatare che, se non altro, in questi pazienti la funzione sessuale non si era mai sviluppata fino a raggiungere un livello normale; questi soggetti sembravano essere dotati, per via ereditaria, di una costituzione sessuale analoga a quella che, nei nevrastenici, si produce in conseguenza dell'onanismo.

La nevrosi d'angoscia, il cui quadro clinico è molto piú ricco (irritabilità, stati di attesa angosciosa, fobie, attacchi d'angoscia completi o rudimentali, accessi di paura e di vertigini, tremiti, sudorazioni, congestioni, dispnea, tachicardia ecc.; diarrea cronica, vertigine locomotoria cronica, iperestesia, insonnia ecc.),¹ si rivela facilmente come effetto specifico di pratiche sessuali nocive, diverse, ma aventi tutte un carattere comune. L'astinenza forzata, l'irritazione genitale frustranea² (cioè non placata dall'atto sessuale), il coito imperfetto o interrotto (che non si conclude con il soddisfacimento), gli sforzi sessuali superiori alla capacità psichica del soggetto, eccetera, tutti questi agenti, fin troppo frequenti nella vita moderna, sembrano concorrere a perturbare l'equilibrio delle funzioni psichiche e somatiche negli atti sessuali, e a ostacolare la partecipazione psichica necessaria a liberare l'economia nervosa dalla tensione genesica.

Già queste osservazioni, che forse contengono il germe di una spiegazione teorica del meccanismo funzionale della nevrosi in oggetto, lasciano supporre che un'esposizione completa e veramente scienti-

¹ Sia per la sintomatologia che per l'etiologia della nevrosi d'angoscia, vedi il mio ricordato lavoro *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894). ² [Vedi p. 146, n. 2.]

fica di questa materia non è possibile attualmente, e che bisognerebbe prima di tutto affrontare il problema fisiologico della vita sessuale partendo da un punto di vista nuovo.

Dirò infine che la patogenesi della nevrastenia e della nevrosi d'angoscia non ha necessariamente bisogno della concorrenza di una predisposizione ereditaria. Questo è il risultato delle mie quotidiane osservazioni; tuttavia l'ereditarietà, se presente, esercita un formidabile influsso sullo sviluppo della nevrosi.

Quanto al secondo gruppo delle grandi nevrosi, isteria e nevrosi ossessiva, la soluzione della questione etiologica è di una semplicità e di una uniformità veramente sorprendenti. Devo i miei risultati all'impiego di un nuovo metodo di psicoanalisi,¹ al procedimento esplorativo di Josef Breuer, metodo un po' sottile ma che si è dimostrato talmente fertile, da risultare insostituibile nell'illuminare le oscure vie dell'ideazione inconscia. Per mezzo di tale procedimento (che non è il caso di descrivere in questa sede),² si risale dai sintomi isterici fino alla loro origine, che viene in tutti i casi trovata in un episodio della vita sessuale del soggetto, idoneo a suscitare un'emozione penosa. Risalendo all'indietro nel passato del paziente, passo per passo, nella direzione indicata dal concatenamento organico dei sintomi, dei ricordi e dei pensieri suscitati, sono giunto alla fine al punto di partenza del processo patologico; ho dovuto rilevare che, in tutti i casi sottoposti all'analisi, vi era alla base sempre la stessa cosa, cioè l'azione di un agente che deve essere considerato causa specifica dell'isteria.

Si tratta ancora di un ricordo relativo alla vita sessuale, ma che presenta due caratteri di estrema importanza. L'episodio, di cui il soggetto ha conservato il ricordo inconscio, è un'esperienza precoce di rapporti sessuali con effettiva irritazione degli organi genitali, come conseguenza di un'aggressione sessuale effettuata da un'altra persona, e inoltre il periodo nel quale tale funesto avvenimento si è svolto è quello dell'infanzia, cioè quello che va fino agli otto-dieci anni, prima che il bambino sia arrivato alla maturità sessuale.³

Esperienza sessuale passiva prima della pubertà: questa è dunque l'etiologia specifica dell'isteria.

¹ [È questa la prima volta che compare il termine *psicoanalisi*. Vedi p. 122, n. 3.]

² Vedi *Studi sull'isteria* (1892-95) di Breuer e Freud.

³ [Vedi la discussione più ampia e gli ulteriori commenti di Freud nello scritto che segue.]

Per combattere quell'incredulità che fin d'ora mi aspetto, aggiungerò subito al risultato qui riferito alcuni dati di fatto ed alcune osservazioni di commento. Ho potuto praticare la psicoanalisi completa in tredici casi d'isteria, tre dei quali vere combinazioni di isteria e nevrosi ossessiva (e non dico: isteria con ossessioni). In nessuno di questi casi mancava l'episodio sopra precisato; esso era rappresentato o da un brutale attentato commesso da una persona adulta, oppure da un atto di seduzione meno brusca e repellente, ma mirante allo stesso fine. Sette volte su tredici si trattava di un legame che era infantile dai due lati, di rapporti tra una bambina e un bambino un po' più grande di lei, quasi sempre suo fratello, a sua volta vittima di una precedente seduzione. Talvolta questi legami si erano protratti per anni, fino alla pubertà dei piccoli colpevoli, e il bambino ripeteva costantemente sulla bambina, senza apportarvi alcuna innovazione, le stesse pratiche che lui stesso aveva subito da parte di una domestica o di una governante e che, per questa loro origine, avevano spesso un carattere disgustoso. In qualche caso si trattava della concorrenza di aggressione e di legame infantile, oppure di un abuso brutale reiterato.

L'epoca in cui tale precoce esperienza era avvenuta, non era sempre la stessa: in due casi, la serie aveva avuto inizio al secondo (?) anno di vita del piccolo essere; l'età più comune nei casi da me osservati era quella dei quattro o cinque anni. Può darsi che si tratti di una coincidenza, ma dai miei casi ho tratto l'impressione che, se l'episodio di passività sessuale si verifica dopo gli otto-dieci anni, esso non può più porre le fondamenta della nevrosi.

Ma come ci si può convincere della realtà di queste confessioni fatte in analisi, che pretenderebbero di essere ricordi conservati fin dalla prima infanzia? e come premunirsi dalla tendenza a mentire e dalla facilità d'inventare che si attribuiscono agli isterici? Se non disponessi di prove molto più stringenti, io stesso mi accuserei di colpevole credulità. Il fatto è che mai i pazienti raccontano spontaneamente queste storie, né mai, durante il trattamento, giungono di colpo a offrire al medico il ricordo completo di una tal scena. La traccia psichica dell'episodio sessuale precoce può essere riattivata solo esercitando la più energica pressione del procedimento analitico e lottando contro una enorme resistenza; così, il ricordo va strappato ai pazienti pezzo per pezzo, e mentre questo si risveglia nella loro coscienza, essi cadono in preda a un'emozione che sarebbe assai difficile simulare.

Si finirà per convincersene persino se non si è stati influenzati dalla condotta del malato, purché si possa seguire in tutti i suoi dettagli il resoconto di una psicoanalisi d'isteria.

Il precoce episodio in questione ha lasciato un'impronta indelebile nella storia del caso, e vi è rappresentato da una molteplicità di sintomi e di elementi particolari altrimenti inspiegabili; esso è inequivocabilmente richiesto dall'intreccio sottile ma solido della struttura intrinseca della nevrosi; se non si penetra tanto a fondo da rintracciarlo, l'effetto terapeutico dell'analisi viene ritardato; perciò non v'è altra scelta che accettare in blocco il tutto, o rifiutarlo.

Come è possibile che una tale esperienza sessuale precoce, subita da un individuo dal sesso a mala pena differenziato, divenga origine di un'anomalia psichica persistente quale è l'isteria? E come mettere in accordo una tale ipotesi con le nostre idee attuali sul meccanismo psichico di questa nevrosi? Alla prima di queste domande si può dare una risposta esauriente: proprio perché si tratta di un soggetto in età infantile, l'irritazione sessuale precoce non produce alcun effetto, o quasi, all'epoca in cui si verifica; ma ne viene conservata la traccia psichica. Più tardi, quando la reattività degli organi sessuali del soggetto in età puberale si sarà sviluppata fino a raggiungere un livello che quasi non è paragonabile a quello dell'età infantile, accade che questa traccia psichica inconscia si riattivi in un modo o nell'altro. Grazie al cambiamento operato dalla pubertà, il ricordo svilupperà una potenza che era del tutto assente nell'episodio originario: *il ricordo agirà come se fosse un episodio attuale*. Si ha quindi, per così dire, *l'azione postuma di un trauma sessuale*.

Per quanto ne so, questo risvegliarsi del ricordo sessuale dopo la pubertà (mentre l'episodio stesso si è verificato in un'epoca anteriore) rappresenta l'unica possibilità psicologica perché l'azione immediata di un ricordo sia superiore a quella di un episodio attuale. Ma si tratta di una costellazione anormale, che attacca un punto debole del meccanismo psichico e produce, necessariamente, un effetto psichico patologico.

Mi pare di capire che questo rapporto inverso, tra effetto psichico del ricordo ed effetto dell'episodio, costituisca il motivo per cui il ricordo rimane inconscio.

Si arriva così ad un problema psichico molto complesso, ma che, debitamente valutato, lascia sperare di poter gettare, un giorno, una viva luce sulle più delicate questioni della vita psichica.

Partendo dal risultato della psicoanalisi, che cioè come causa spe-

cifica dell'isteria si ritrova sempre il ricordo di un'esperienza sessuale precoce, le idee qui esposte non concordano né con la teoria psicologica della nevrosi sostenuta da Janet, né con alcun'altra teoria, ma armonizzano perfettamente con le mie personali considerazioni, altrove sviluppate, sulle *Abwehrneurosen* [nevrosi da difesa].¹

Tutti gli episodi accaduti dopo la pubertà, ai quali non si può non attribuire influenza sullo sviluppo della nevrosi isterica e sulla formazione dei suoi sintomi, sono, in realtà, soltanto cause concorrenti, *agents provocateurs*, come diceva Charcot, per il quale l'ereditarietà nervosa occupava quel posto che io attribuisco all'esperienza sessuale precoce. Questi agenti accessori non sono soggetti alle strette condizioni che valgono per le cause specifiche; l'analisi dimostra in modo irrefutabile che essi esercitano un'influenza patogena per l'isteria solo per la loro facoltà di riattivare la traccia psichica inconscia dell'episodio infantile. Grazie alla connessione di questi agenti con l'impronta patogena primaria, e ispirati da essa, i loro ricordi diventeranno a loro volta incoscienti e potranno collaborare allo sviluppo di un'attività psichica sottraentesi al potere delle funzioni coscienti.

La nevrosi ossessiva (*Zwangsneurose*) ha una causa specifica strettamente analoga a quella dell'isteria. Anche qui si trova un episodio sessuale precoce, verificatosi prima dell'età puberale e il cui ricordo diviene attivo durante o dopo quest'epoca; le stesse osservazioni e gli stessi ragionamenti fatti a proposito dell'isteria possono essere riferiti anche ai casi da me osservati (sei casi, tre dei quali puri) di quest'altra nevrosi. Vi è una sola differenza che sembra essere capitale: alla base dell'etiologia dell'isteria abbiamo trovato un episodio di passività sessuale, cioè un'esperienza subita con indifferenza o con un po' di risentimento o di spavento; nella nevrosi ossessiva si tratta, al contrario, di un'esperienza dalla quale si è ritratto un piacere, di un'aggressione sessuale ispirata dal desiderio (se in un bambino) o di una partecipazione con godimento ai rapporti sessuali (se in una bambina). Le idee ossessive, che l'analisi permette di interpretare nel loro intimo significato, ridotte per così dire alla loro espressione più semplice, altro non sono che *rimproveri che il soggetto rivolge a sé stesso a causa di questo piacere sessuale anticipato*, ma rimproveri deformati da un inconscio lavoro psichico di trasformazione e di sostituzione.

¹ [Vedi i due saggi: *Le neuropsicosi da difesa* (1894) e *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896).]

Il fatto stesso che queste aggressioni sessuali abbiano luogo in così tenera età, sembra denunciare l'influenza di una precedente seduzione di cui la precocità del desiderio sessuale sarebbe una conseguenza. Nei casi da me trattati, l'analisi ha appunto confermato un tale sospetto. Ci si spiega, così, un fatto interessante, che si ritrova sempre in questi casi di ossessione: il quadro sintomatologico è regolarmente complicato da un certo numero di sintomi semplicemente isterici.

L'importanza dell'elemento attivo della vita sessuale come causa delle ossessioni, e della passività sessuale nella patogenesi dell'isteria, sembra anche spiegare perché l'isteria stia in più intima connessione col sesso femminile e perché la nevrosi ossessiva compaia, di preferenza, negli uomini.¹ A volte si osservano coppie di pazienti nevrotici che, nella loro infanzia, avevano formato una coppia di piccoli amanti, dove l'uomo soffre di ossessioni e la donna di isteria; se si tratta di fratello e sorella, si può falsamente prendere per effetto di un'ereditarietà nervosa ciò che, in realtà, deriva da esperienze sessuali precoci.

Senza dubbio, vi sono anche casi puri e isolati di isteria o di ossessione, indipendenti dalla nevrastenia o dalla nevrosi d'angoscia; ma questa non è la regola. Più spesso la psiconevrosi² si presenta come accessoria alle nevrosi nevrasteniche, è da esse evocata ed ha un decorso ad esse parallelo. Ciò accade perché le cause specifiche di queste ultime, le pratiche sessuali nocive attuali, agiscono contemporaneamente da cause accessorie delle psiconevrosi, in quanto ne riattivano e ne rianimano la causa specifica, cioè il ricordo dell'esperienza sessuale precoce.

Quanto all'ereditarietà nervosa, sono ancora ben lontano dal saperne valutare esattamente l'influenza nell'etiologia delle psiconevrosi. Posso anche ammettere che la sua presenza sia indispensabile nei casi gravi, ma dubito che essa sia necessaria nei casi leggeri;

¹ [Simile affermazione in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) cap. 8.]

² [Compare qui per la prima volta a stampa la parola "psiconevrosi" (*psycho-névrose*), adottata da Freud in francese come traduzione del tedesco "neuropsychosen" (*Neuropsychosen*) da lui introdotto nel saggio *Le neuropsychosen da difesa* (1894). Negli scritti in tedesco (vedi ad esempio il titolo dello scritto successivo) Freud continua però a usare la terminologia precedente e, soprattutto, a non omettere la precisazione "da difesa". Per l'adozione del termine "psiconevrosi" in tedesco, vedi sopra p. 40 e, oltre, p. 380, n. 3 e p. 401 n. Si osservi comunque che qui "psiconevrosi" è già usato nella sua accezione definitiva, che lo contrappone (indicando l'isteria e la nevrosi ossessiva) a quelle che saranno poi chiamate le "nevrosi attuali" (la nevrastenia e la nevrosi d'angoscia).]

soprattutto sono convinto che la sola ereditarietà nervosa non possa produrre le psiconevrosi se manca la loro etiologia specifica: l'irritazione sessuale precoce. Sono pure convinto che lo svilupparsi in un dato caso dell'una o dell'altra delle due nevrosi, l'isteria o la nevrosi ossessiva, non dipende dalla ereditarietà, ma da un carattere speciale dell'evento sessuale infantile.

**NUOVE OSSERVAZIONI SULLE NEUROPSICOSI
DA DIFESA**

1896

Spedito al "Neurologisches Zentralblatt" il 5 febbraio 1896, contemporaneamente all'articolo precedente (vedi la relativa Avvertenza editoriale), questo articolo, intitolato *Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen*, è stato pubblicato in quel giornale scientifico, vol. 15 (10), 434-48 (15 maggio 1896). Fu riprodotto nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 112-34, nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 363-87, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 379-403. Freud ne ha dato un riassunto al N. 35 nei *Sommari dei lavori scientifici riportati piú avanti*. Traduzione di Adele Campione.

Esso rappresenta la piú compiuta esposizione di quella teoria del trauma sessuale specifico, per l'isteria e per la nevrosi ossessiva, che presentatasi a Freud nell'ottobre del 1895 mentre era impegnato a scrivere il *Progetto di una psicologia*, era stata esposta concisamente nella *Minuta K* (Natale 1895) e nel precedente articolo. In modo particolare sono illustrate le varie fasi del meccanismo di produzione della nevrosi ossessiva, sotto forma di rappresentazioni ossessive (*Zwangsvorstellungen*), di affetti ossessivi (*Zwangsaffecte*) e di azioni ossessive (*Zwangshandlungen*).

Notevole è la interpretazione dei sintomi come formazioni di compromesso tra fattori rimossi e fattori rimoventi, formazioni dovute a un ritorno del rimosso (concetto questo accennato nella *Minuta K*), interpretazione che rimarrà valida per Freud anche dopo abbandonata la tesi del trauma sessuale specifico.

Nel terzo paragrafo di questo articolo è esposto un caso, indicato come caso di paranoia cronica (denominazione che tuttavia Freud, ripubblicando il lavoro nelle *Gesammelte Schriften*, rettificò in demenza paranoide). Freud si sforza di riportare questo caso a un'etiologia simile a quella delle nevrosi ossessive (pratiche di esibizionismo reciproco, ripetute per un lungo periodo nell'infanzia tra la paziente e un fratello) utilizzando il concetto della difesa e della proiezione psichica (vedi la *Minuta H* del 24 gennaio 1895 e la già citata *Minuta K*).

Nel presente lavoro Freud usa per la prima volta il termine psicoanalisi (*Psychoanalyse*) in lingua tedesca.

Riportando nelle *Gesammelte Schriften* questo articolo (che in quella raccolta precede l'articolo in francese *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi*) Freud dichiara in una nota (qui riprodotta a p. 312), che la teoria del trauma sessuale specifico deve considerarsi errata, in quanto fondata sulla mancata distinzione tra fantasie dei nevrotici e ricordi veri.

La scoperta che i ricordi di esperienze sessuali infantili, raccontati durante l'analisi da soggetti affetti da isteria o da nevrosi ossessiva, possono essere fantasie successivamente costruite e proiettate come ricordi nella prima infanzia, fu fatta da Freud in modo drammatico nel corso della propria autoanalisi. Si conosce il momento preciso di questa scoperta da una lettera a Fliess del 21 settembre 1897 (vedi a questo proposito la Introduzione al vol. 3 della presente edizione, pp. xvi e xvii).

Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa

In un mio breve saggio del 1894 (*Le neuropsicosi da difesa*) ho raggruppato, sotto il nome di "neuropsicosi da difesa", l'isteria, le ossessioni, nonché alcuni casi di confusione allucinatoria acuta, in quanto queste affezioni hanno tutte un punto in comune: i loro sintomi provengono dal meccanismo psichico della difesa (inconscia), cioè dal tentativo di rimuovere una rappresentazione incompatibile entrata in penoso conflitto con l'Io del malato. Successivamente, in alcuni passi dell'opera, del dottor Breuer e mia, *Studi sull'isteria*, ho potuto spiegare, riportando alcune osservazioni cliniche, in quale senso tale processo psichico della "difesa" o della "rimozione" vada inteso. In quella stessa opera si ritrovano alcuni dati sul metodo della psicoanalisi¹ (faticoso, ma assolutamente sicuro), di cui mi servo in queste mie indagini, le quali costituiscono, al tempo stesso, una terapia.

Le esperienze di questi ultimi due anni hanno rafforzato la mia tendenza a considerare la difesa come il nucleo del meccanismo psichico delle suddette nevrosi, e mi hanno inoltre permesso di dare un fondamento clinico alla teoria psicologica. Con mia stessa sorpresa, ho trovato alcune soluzioni, semplici ma ben precise, del problema della nevrosi, soluzioni delle quali mi limiterò, per ora, a dare brevemente notizia nelle pagine che seguono. Il carattere della presente comunicazione non mi consente di corredare le mie asserzioni delle prove che esse richiedono; spero tuttavia di assolvere questo impegno in una prossima, più particolareggiata esposizione.²

¹ [È questa la prima volta che appare, in tedesco, il termine *psicoanalisi*, già usato da Freud in francese nello scritto precedente.]

² [Vedi nota a p. 295.]

1. L'etiologia "specifica" dell'isteria

Che i sintomi dell'isteria divengano intellegibili solo se ricondotti a esperienze che abbiano effetto "traumatico" e che tali traumi psichici siano in rapporto con la vita sessuale, è già stato detto da Breuer e da me in precedenti pubblicazioni. Ciò che oggi ho da aggiungere è il risultato costante delle analisi da me condotte in tredici casi di isteria, e si riferisce da un lato alla natura di questi traumi sessuali, dall'altro al periodo della vita nel quale essi hanno avuto luogo. Non è sufficiente per la produzione dell'isteria che in un qualsiasi periodo della vita si determini un evento riferentesi, in qualche modo, alla vita sessuale, il quale divenga patogeno provocando un affetto penoso, che viene poi represso. Ma, questi traumi sessuali devono appartenere all'infanzia (al periodo che precede la pubertà) e il loro contenuto deve consistere in un'effettiva irritazione dei genitali (processi simili a quelli del coito).

Questa specifica condizione dell'isteria — passività sessuale in età presessuale — è stata da me rilevata in tutti i casi di isteria (tra i quali figurano i casi di due uomini) che ho analizzato. Inutile sottolineare quanto questa presenza indispensabile dei fattori etiologici accidentali riduca la pretesa di una predisposizione ereditaria; inoltre, ciò fa capire perché l'isteria sia estremamente più frequente nel sesso femminile, in quanto esso è fin dall'infanzia più suscettibile di aggressioni sessuali.

Contro questa conclusione si potrebbe anzitutto obiettare che le aggressioni sessuali perpetrate su bambini in tenera età sono troppo frequenti perché si possa attribuir loro un serio valore etiologico; oppure, che tali episodi non dovrebbero avere alcun effetto, proprio perché accaduti a un essere sessualmente immaturo; infine, che si dovrebbe badare a non suggerire ai malati, incalzandoli con domande, pretese reminiscenze di tal genere, e che ci si dovrebbe guardare dal credere ai romanzi che essi inventano. A queste due ultime obiezioni vorrei rispondere pregando di astenersi dall'emettere giudizi tanto assoluti in un campo così oscuro, se prima non si sia sperimentato l'unico metodo atto ad illuminarlo (quello cioè della psicoanalisi per rendere cosciente ciò che prima era inconscio).¹ L'essenziale delle prime obiezioni viene a cadere se si osserva che non sono

¹ Io stesso ritengo che le aggressioni così frequentemente denunciate dagli isterici siano invenzioni ossessive che provengono dalla traccia mnestica del trauma infantile.

le esperienze ad avere effetto traumatico, ma il loro rivivere come ricordo, dopo che il soggetto ha varcato la soglia della maturità sessuale.

I miei tredici casi di isteria, senza eccezioni, erano di grave entità; i pazienti erano affetti da isteria già da molti anni, e alcuni erano stati precedentemente trattati senza alcun risultato. I traumi infantili, rivelati dall'analisi in questi casi gravi, non potevano non essere tutti definiti come gravi offese sessuali; occasionalmente si trattava addirittura di cose ignobili. Tra coloro che si erano resi colpevoli di abusi dalle conseguenze così gravi, figuravano in primo luogo le bambinaie, le governanti e le altre persone di servizio alle quali viene con tanta leggerezza affidata la cura dei bambini; seguivano poi, con frequenza veramente deplorabile, persone preposte all'insegnamento;¹ in sette dei tredici casi si trattava però di piccoli aggressori irresponsabili, per lo più fratelli che per anni avevano avuto rapporti sessuali con le proprie sorelle di poco più giovani. Lo svolgimento era senza dubbio simile ogni volta a quello che si poteva seguire con sicurezza in alcuni casi singoli: il ragazzo aveva subito un'aggressione da parte di un soggetto di sesso femminile; in seguito a ciò, la libido si era risvegliata in lui precocemente ed egli, qualche anno più tardi, effettuando un'aggressione sessuale sulla sorella, aveva ripetuto le stesse pratiche sessuali alle quali egli era stato sottoposto.

Dalla lista delle pratiche sessuali nocive dell'infanzia, che sono patogene per l'isteria, devo escludere la masturbazione attiva. Se la si ritrova tanto spesso accanto all'isteria, ciò è dovuto al fatto che anche la masturbazione, molto più frequentemente di quanto non si creda, è conseguenza di un'aggressione o di una seduzione.

Non è raro che entrambe le parti della coppia infantile si ammalino più tardi di una nevrosi da difesa, cioè di ossessioni il fratello e di isteria la sorella, ciò che naturalmente indurrebbe a pensare a una predisposizione nevrotica familiare. Tuttavia la vera natura di questa pseudoereditarietà si rivela talvolta in modo sorprendente. In uno dei casi da me osservati, erano malati fratello, sorella e un cugino d'età appena maggiore. Dall'analisi che condussi sul fratello, appresi che questi soffriva dell'autoaccusa di essere colpevole della malattia

¹ [Freud omette qui di notare che in molti casi il seduttore apparente era il padre, come invece comunicherà a Fliess, per esempio nella lettera del 6 dicembre 1896. Di aver soppresso tale notazione in due dei casi già riportati negli *Studi sull'isteria* (1892-95) Freud riferirà in note aggiunte a quel libro nel 1924 (vedi *ivi* pp. 289 e 322).]

della sorella; per quanto lo riguardava, egli era stato sedotto dal cugino, e di quest'ultimo si sapeva in famiglia ch'era stato la vittima della sua bambinaia.

Non posso dire con certezza fino a quale età massima del soggetto un'offesa sessuale possa agire come fattore etiologico dell'isteria; dubito però che la passività sessuale renda possibile la rimozione dopo l'ottavo-decimo anno d'età,¹ a meno che ciò non sia dovuto a esperienze precedenti. Il limite minimo si estende sin dove può giungere la capacità di ricordare, cioè fino all'età, tenerissima, di un anno e mezzo o due anni! (ho avuto due casi). In un buon numero dei casi il trauma sessuale (o la serie dei traumi) si era verificato verso il terzo o quarto anno di età. Non presterei fede a questi straordinari reperti, se essi non venissero completamente avvalorati dalla successiva insorgenza della nevrosi. In tutti i casi una somma di sintomi morbosi, di abitudini e di fobie trova spiegazione solo se si risale a questi episodi infantili, e la strutturazione logica delle manifestazioni nevrotiche rende impossibile rifiutare questi ricordi, tanto fedelmente conservati, che emergono dall'infanzia. Certo, sarebbe perfettamente inutile interpellare, fuori della psicoanalisi, un soggetto isterico su questi suoi traumi infantili, la cui traccia non è mai reperibile nel ricordo cosciente, ma soltanto nei sintomi della malattia.

Si può dimostrare che le esperienze e gli eccitamenti i quali, nel periodo di vita successivo alla pubertà, preparano o cagionano lo scoppio dell'isteria, agiscono soltanto riattivando la traccia mnestica di quei traumi infantili; questa traccia non diviene cosciente neppure allora, ma conduce alla liberazione di affetto e alla rimozione. Con questa particolare funzione dei traumi più recenti, concorda il fatto che per essi non valgono le rigide condizioni dei traumi infantili, ma possono variare per intensità e natura, andando dalla reale sopraffazione sessuale ai semplici approcci sessuali, alla percezione di atti sessuali compiuti da altri, o all'apprendimento di notizie riguardanti le cose sessuali.²

¹ [Questa età è quella della "maturità sessuale". Vedi le precisazioni nella seconda nota che segue e a p. 352.]

² Nel mio saggio *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894) ho ricordato [vedi sopra p. 162] che "il primo contatto con il problema sessuale... può provocare, in ragazze prossime alla maturità, una nevrosi d'angoscia combinata in modo quasi tipico con isteria". Oggi so che l'occasione in cui si manifesta una tale angoscia virginale non corrisponde affatto al primo incontro con la sessualità, ma che invece in questi soggetti si è verificato, negli anni

Nella mia comunicazione del 1894 sulle nevrosi da difesa non fu chiarito perché, nel soggetto fino ad allora sano, lo sforzo di dimenticare una tale [tarda] esperienza traumatica potesse avere il risultato di portare effettivamente all'agognata rimozione, aprendo così le porte alla nevrosi da difesa. Ciò non poteva dipendere dalla natura dell'esperienza, dal momento che altre persone erano rimaste sane nei medesimi frangenti. L'isteria dunque non poteva essere interamente spiegata dall'azione del trauma, e si doveva perciò ammettere che già prima del trauma esistesse nel soggetto una suscettibilità alla reazione isterica.

A questa imprecisata disposizione isterica possiamo ora sostituire, in tutto o in parte, l'azione postuma del trauma sessuale infantile. La "rimozione" del ricordo di un'esperienza sessuale penosa vissuta in anni più maturi ha luogo soltanto in quei soggetti nei quali tale esperienza può riattivare la traccia mnestica di un trauma infantile.¹

Le ossessioni hanno esse pure, come premessa, un'esperienza sessuale infantile, di carattere diverso da quella rilevata nell'isteria. L'etiologia delle due neuropsicosi da difesa presenta la seguente relazione con l'etiologia delle due nevrosi semplici,² la nevrastenia e la nevrosi d'angoscia. Queste due ultime affezioni rappresentano

dell'infanzia, un episodio di passività sessuale, il cui ricordo è risvegliato da questo cosiddetto "primo contatto".

¹ Una teoria psicologica della rimozione dovrebbe poter anche gettar luce sul perché possano essere rimosse soltanto rappresentazioni di contenuto sessuale. Essa potrebbe partire dai seguenti elementi: le rappresentazioni di contenuto sessuale producono nei genitali, com'è noto, processi eccitanti simili a quelli della stessa esperienza sessuale. È lecito supporre che questo eccitamento somatico si converta in eccitamento psichico. Di regola l'effetto corrispondente è, nell'esperienza vissuta, molto più forte che non nel ricordo. Ma se l'esperienza sessuale cade nel periodo d'immaturità sessuale, e se il suo ricordo si risveglia durante o dopo la maturazione, il ricordo agisce producendo un eccitamento enormemente più intenso di quello a suo tempo provocato dall'esperienza stessa, dato che nel frattempo la pubertà ha aumentato enormemente la capacità di reazione dell'apparato sessuale. Un tale rapporto rovesciato tra esperienza reale e ricordo sembra costituire la condizione psicologica della rimozione. La vita sessuale — per il ritardo della maturazione puberale rispetto alle funzioni psichiche — offre l'unica possibilità per l'attuarsi di questa inversione dell'efficacia relativa. *I traumi infantili agiscono a posteriori come esperienze recenti, ma solo inconsciamente.* Devo rimandare ad altra occasione l'esposizione di ulteriori considerazioni psicologiche su questo tema. Faccio ancora notare che il periodo da me chiamato della "maturazione sessuale" non coincide con quello della pubertà, ma lo precede (in quanto va dagli otto ai dieci anni).

[La questione dell'"azione differita" di un trauma era stata discussa a lungo da Freud nel Progetto di una psicologia (1895) cap. 2, §§ 4-6, vedi sopra p. 255, n. 3. Accennata nello scritto che qui precede, sarà ripresa nello scritto seguente (ove vedi p. 352, n. 2) e nelle lettere a Fliess, vedi in particolare, lettere del 1° marzo, 30 maggio e 6 dicembre 1896, con elaborate tabelle cronologiche.]

² [Cioè: nevrosi "attuali", vedi sotto p. 404, n. 1.]

l'effetto immediato di pratiche sessuali nocive, cosa che già ho spiegato nel mio saggio sulla nevrosi d'angoscia (1894); le due nevrosi da difesa sono invece conseguenze mediate di incidenti sessuali accaduti prima della maturità sessuale, conseguenze cioè delle tracce mnestiche di tali eventi. Le cause attuali producenti la nevrastenia e le nevrosi d'angoscia hanno spesso anche il ruolo di cause attivanti per le nevrosi da difesa; d'altra parte, le cause specifiche della nevrosi da difesa, cioè i traumi infantili, possono ugualmente porre le basi di una futura nevrastenia. Infine, non è nemmeno raro che una nevrastenia o una nevrosi d'angoscia siano mantenute attive, invece che da attuali pratiche sessuali nocive, soltanto dall'effetto perdurante del ricordo di traumi infantili.¹

2. *Essenza e meccanismo della nevrosi ossessiva*

Le esperienze sessuali dell'infanzia hanno, nell'etiologia della nevrosi ossessiva, lo stesso significato che nell'isteria, con la differenza però che qui non si tratta più di passività sessuale, bensì di aggressioni compiute traendone piacere e di partecipazione ad atti sessuali dalla quale si sia tratto piacere, cioè di attività sessuale. Questa differenza delle circostanze etiologiche è connessa con il fatto che nella nevrosi ossessiva appare preferito il sesso maschile.

Del resto, in tutti i miei casi di nevrosi ossessiva ho trovato un *substrato di sintomi isterici* che potevano essere ricondotti a un episodio di passività sessuale precedente l'azione piacevole.² Ritengo che questa coincidenza si verifichi regolarmente, e che un'aggressione sessuale precoce presupponga sempre un'esperienza precedente di seduzione subita. Ma dell'etiologia della nevrosi ossessiva non so

¹ (Nota aggiunta nel 1924) Quest'ultima parte è dominata da un errore che io, in seguito, ho più volte denunciato ed emendato. A quell'epoca non sapevo ancora distinguere le fantasie degli analizzati circa gli anni della loro infanzia dai ricordi reali. Per questo attribuivo al fattore etiologico della seduzione un significato e un'universalità che non ha. Superato questo errore, fu possibile avere una chiara visione delle manifestazioni spontanee della sessualità infantile, da me descritte nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905). Tuttavia, non tutto quanto è contenuto nel testo qui sopra dev'essere respinto, perché la seduzione ha pur sempre una certa importanza etiologica, e ritengo ancor oggi che alcune delle osservazioni di carattere psicologico qui riportate vadano considerate esatte.

² [Vedi sopra un accenno nella *Minuta teorica K* (1895), appena antecedente, p. 52. Tra pochi mesi, nella lettera a Fliess del 30 maggio 1896, Freud rinuncerà a distinguere tra un'etiologia passiva per l'isteria e una attiva per la nevrosi ossessiva. Del "substrato di sintomi isterici" nella nevrosi ossessiva Freud offrirà un esempio in *Dalla storia di una nevrosi infantile* (1914) § 7 e vi farà riferimento in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925) cap. 5.]

ancora dare una esposizione definitiva; ho solo l'impressione che il motivo per cui in base al trauma infantile debba insorgere un'isteria piuttosto che una nevrosi ossessiva abbia a che fare con i rapporti di tempo nello sviluppo della libido.

L'essenza della nevrosi ossessiva può essere compendiata in una formula molto semplice: le rappresentazioni ossessive sono sempre autoaccuse mascherate, che ritornano dalla rimozione, ed esse si riferiscono sempre a un atto sessuale dell'infanzia, compiuto ritraendone un piacere.¹ Per spiegare questo principio è necessario descrivere il decorso tipico di una nevrosi ossessiva.

Gli episodi che contengono il germe della futura nevrosi si verificano in un primo periodo, il periodo dell'amoralità infantile. Dapprima, all'inizio dell'infanzia, hanno luogo quelle esperienze di seduzione sessuale subita che più tardi renderanno possibile la rimozione; poi, quegli atti di aggressione sessuale contro l'altro sesso che più tardi appariranno nella forma di azioni che comportano l'autoaccusa.

Questo periodo si chiude con l'inizio, spesso prematuro, della "maturazione" sessuale. Al ricordo di quegli atti da cui fu tratto un piacere si lega ora un'autoaccusa, e la connessione tra essi e le iniziali esperienze di passività consente [p. 311] — spesso soltanto dopo sforzi coscienti in base a effettivi ricordi — di rimuoverla e di sostituirla con un sintomo primario di difesa. Scrupolosità, vergogna, sfiducia in sé stessi sono i sintomi con i quali comincia il terzo periodo, quello della apparente sanità o, più propriamente, quello della difesa riuscita.

Il periodo seguente, quello della malattia, è contraddistinto dal ritorno dei ricordi rimossi, dunque dal fallimento della difesa; a questo proposito, non è ancora possibile stabilire se il risveglio di questi ricordi avvenga più frequentemente per caso e spontaneamente, o in conseguenza di disturbi sessuali attuali e come effetto secondario di questi. I ricordi riattivati e i rimproveri da essi provenienti non riemergono però mai inalterati nella coscienza; ma ciò che come rappresentazione e affetto ossessivi si fa cosciente, sostituendo per la vita cosciente il ricordo patogeno, costituisce formazioni di compromesso tra le rappresentazioni rimosse e quelle rimoventi.²

¹ [Vedi un riesame critico di questa definizione all'inizio del secondo capitolo delle Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (1909).]

² [Anche questa frase sarà citata da Freud in una nota apposta nel luogo citato nella nota precedente.]

Per poter descrivere in modo chiaro e verosimilmente esatto i processi della rimozione, del ritorno del rimosso¹ e della formazione delle rappresentazioni patologiche di compromesso, bisognerebbe decidersi ad accettare ben determinate ipotesi circa il substrato dell'accadere psichico e della coscienza.² Fino a tanto che ci si voglia astenere dal formulare simili ipotesi, ci si dovrà accontentare delle seguenti osservazioni, che vanno intese in un senso piú o meno figurato.

La nevrosi ossessiva assume due forme diverse, a seconda che l'accesso alla coscienza venga forzato dal solo contenuto mnestico dell'azione che sta alla base dell'autoaccusa o intervenga anche l'affetto che vi è connesso. Nel primo di questi due casi si hanno le rappresentazioni ossessive tipiche, nelle quali il contenuto attira su di sé l'attenzione del malato; come affetto vi è solo un senso indeterminato di dispiacere, mentre solo l'affetto d'autoaccusa sarebbe confacente al contenuto della rappresentazione ossessiva. Tale contenuto è doppiamente distorto rispetto all'azione ossessiva dell'infanzia: primo, perché al posto del passato viene posto qualcosa di attuale; secondo, perché l'elemento sessuale viene sostituito da qualcosa di analogo, ma non a carattere sessuale. Entrambe queste modificazioni sono l'effetto della persistente tendenza alla rimozione, tendenza che dobbiamo attribuire all'Io. L'influenza del ricordo patogeno ravvivato si rivela nel fatto che il contenuto della rappresentazione ossessiva è ancora, pezzo per pezzo, identico a quello rimosso, o può esserne derivato con una successione corretta di pensieri. Se, con l'aiuto del metodo psicoanalitico, ricostruiamo la genesi della singola rappresentazione ossessiva, troviamo che da un'impressione attuale si sono sviluppate due differenti sequenze di pensieri: l'una delle quali, quella che si è svolta dal ricordo rimosso, risulta costruita con correttezza logica, proprio come l'altra, benché sia incapace di divenire cosciente e non sia suscettibile di correzione. Se i risultati delle due operazioni psichiche non concordano, non si giunge a qualcosa che sia un appianamento logico della contraddizione tra di esse, ma, accanto alla conclusione mentale normale, entra nella coscienza, come compromesso tra la resistenza e il risultato mentale patologico, una rappresentazione ossessiva che sembra assurda. Se le due sequenze ideative danno la stessa conclusione, si rafforzano a vi-

¹ [È la prima comparsa a stampa dell'espressione, già usata da Freud nella *Minuta teorica K*, vedi sopra p. 52, n. 2.]

² [Un altro accenno al problema della natura dell'inconscio; vedi sopra nota p. 128.]

cenda, per modo che un risultato mentale normale si comporta, dal punto di vista psicologico, come una rappresentazione ossessiva. Ogni volta che nello psichico emerge un'ossessione nevrotica, questa proviene da una rimozione. Le rappresentazioni ossessive hanno per così dire un corso psichico coatto non a causa del loro valore intrinseco, bensì a causa della fonte da cui derivano o che ha contribuito al loro valore.

La seconda forma di nevrosi ossessiva si ha quando l'accesso alla vita psichica cosciente viene forzato non già dal contenuto mnestico rimosso, bensì dall'autoaccusa essa pure rimossa. L'affetto d'autoaccusa può trasformarsi, per addizione psichica, in un qualsiasi altro affetto spiacevole; se ciò accade, nulla più si oppone al farsi cosciente di questo affetto che sostituisce l'altro. Così l'autoaccusa (di aver compiuto quel dato atto sessuale nell'infanzia) si trasforma con facilità in vergogna (che altri vengano a saperlo), in angoscia ipocondriaca (per le conseguenze fisiche di quell'atto riprovevole), in angoscia sociale (per la punizione che la società infligge per quella colpa), in angoscia religiosa, in delirio di attenzione (paura che qualcuno riveli quell'azione), in paura di cedere alle tentazioni (giustificata sfiducia nella propria forza di resistenza morale) eccetera. Inoltre, in tutti questi casi il contenuto mnestico dell'azione riprovevole può tanto trovarsi rappresentato nella coscienza, quanto restare completamente sullo sfondo, la qual cosa rende assai difficile la diagnosi. Molti casi che, a un'indagine superficiale, vengono presi per comune ipocondria (nevrastenica), appartengono a questo gruppo di affetti ossessivi; in particolare, la cosiddetta "nevrastenia periodica" o "melanconia periodica" sembra assai spesso risolversi in affetti e rappresentazioni ossessivi, ciò che, dal punto di vista terapeutico, non è cosa indifferente.

Accanto a questi sintomi di compromesso, che vanno interpretati come il ritorno di quanto è stato rimosso, e quindi come il fallimento della difesa realizzata in un primo tempo, la nevrosi ossessiva presenta una serie di altri sintomi di origine del tutto diversa. L'io cerca infatti di difendersi da tutti gli elementi che in qualche modo derivano dal ricordo inizialmente rimosso e, in questa lotta difensiva, crea determinati sintomi che possono essere considerati come una difesa secondaria. Si tratta per lo più di misure protettive che, nella lotta contro le rappresentazioni ossessive e gli affetti ossessivi, si sono dimostrate in grado di rendere buoni servigi. Qualora a questi elementi ausiliari nella lotta di difesa riesca effettivamente di

rimuovere i sintomi del ritorno del rimosso che si impongono all'Io, l'ossessione si trasferirà sulle misure protettive, creando così una terza forma di "nevrosi ossessive", le azioni ossessive. Queste non sono mai primarie, non contengono nulla di diverso da una difesa e mai un'aggressione; l'analisi psichica prova che esse, nonostante la loro assurdità, risultano sempre perfettamente spiegabili se fatte risalire al ricordo ossessivo combattuto.¹

La difesa secondaria contro le rappresentazioni ossessive può essere compiuta facendo violentemente deviare l'attenzione su pensieri di contenuto possibilmente opposto: quindi, nel caso di un riuscito rimuginare ossessivo, regolarmente su temi astratti, sovrasensuali, dato che le rappresentazioni rimosse hanno sempre per oggetto qualcosa di sensuale. In altri casi, il malato tenta di dominare ogni sua singola idea ossessiva per mezzo di un lavoro logico e richiamandosi ai suoi ricordi coscienti; ciò porta a un pensare ossessivo, alla mania del controllo e alla mania del dubbio. La preminenza della percezione sulla memoria, in questi controlli, dapprima induce, poi costringe il malato a collezionare e conservare tutti gli oggetti coi quali entra in contatto.

La difesa secondaria contro gli affetti ossessivi produce una serie ancora più grande di misure protettive suscettibili di convertirsi in azioni ossessive. Queste misure protettive possono essere raggruppate, a seconda del fine al quale sono indirizzate, in: misure di penitenza (cerimoniale complesso, aritmomania²), di prevenzione

¹ Un esempio tra i tanti: Un ragazzo undicenne, ogni qualvolta si coricava, eseguiva in modo ossessivo il seguente cerimoniale: non s'addormentava mai prima di aver raccontato minuziosamente alla madre tutti i fatti della giornata; sul tappeto della camera da letto non doveva esservi di sera il minimo pezzetto di carta o di altro; il letto doveva essere spinto ben contro la parete e avere davanti tre sedie; i cuscini dovevano infine essere disposti in un certo modo. Per potersi addormentare, egli stesso doveva stirare tutt'e due le gambe un certo numero di volte e quindi coricarsi sul fianco. — Tutto ciò si spiegò nel modo seguente: anni prima era accaduto che una donna di servizio, che aveva l'incarico di mettere a letto il bel ragazzo, approfittasse dell'occasione per abusarne sessualmente, sdraiandosi sopra di lui. Quando, più tardi, un'esperienza recente risvegliò questo ricordo, esso si manifestò nella coscienza mediante la coazione a compiere il cerimoniale sopra descritto, il cui significato era facilmente intuibile e fu determinato nei particolari dalla psicoanalisi: sedie davanti al letto e letto spinto contro la parete, perché nessuno più potesse avervi accesso; cuscini disposti in un dato ordine, perché quest'ordine fosse diverso da quello della famosa sera; i movimenti delle gambe, tentativo di respingere la persona distesa su di lui; dormire sul fianco perché, quella volta, stava dormendo supino; minuziosa confessione fatta alla madre, poiché le aveva taciuto, per espresso divieto della seduttrice, quella e altre esperienze sessuali; infine, estrema pulizia del pavimento della camera da letto, perché il non tenerlo pulito era stato il motivo del più violento rimprovero ricevuto fino ad allora dalla madre.

² [Vedi sopra un esempio nell'osservazione 6 di *Ossessioni e fobie* (1894) p. 142.]

(fobie di ogni genere, superstizione, pedanteria, accentuazione del sintomo primario della scrupolosità), *paura di tradirsi* (raccolta di fogli di carta,¹ paura della gente), *stordimento* (dipsomania). L'elemento principale, in queste azioni e impulsi ossessivi, è costituito dalle fobie in quanto limitazioni dell'esistenza del malato.

Vi sono casi nei quali è possibile osservare come l'ossessione si trasferisca dalla rappresentazione o dall'affetto alla misura protettiva; altri, nei quali l'ossessione oscilla periodicamente dal sintomo del ritorno del rimosso al sintomo della difesa secondaria; vi sono infine casi nei quali non si forma alcuna rappresentazione ossessiva, e invece il ricordo rimosso è direttamente presente nella misura di difesa apparentemente primaria. In questi casi viene raggiunto d'un balzo quello stadio che, di solito, conclude il corso della nevrosi ossessiva solo dopo che sia stata combattuta la lotta di difesa. I casi gravi di tale affezione si risolvono in una fissazione dei cerimoniali, in un estendersi della mania del dubbio o in una esistenza stravagante condizionata dalle fobie.

Che l'ammalato non presti fede alla rappresentazione ossessiva e ai suoi derivati dipende dal fatto che, con la prima rimozione, si ha la formazione del sintomo di difesa della scrupolosità, che assume subito un carattere ossessivo. La certezza di aver vissuto in modo morale durante l'intero periodo in cui la difesa è riuscita rende impossibile di prestar fede al rimprovero implicito nella rappresentazione ossessiva. Solo incidentalmente, al sorgere di una nuova rappresentazione ossessiva, o sporadicamente in stati malinconici di esaurimento dell'Io, i sintomi morbosi del ritorno del rimosso ottengono credito dal malato. Il carattere "ossessivo" delle formazioni psichiche qui descritte non ha in genere nulla a che fare col fatto che il malato vi presti fede, né va confuso con quell'elemento che viene definito "forza" o "intensità" di una rappresentazione. La loro peculiarità consiste piuttosto nel fatto che esse non sono influenzabili da parte dell'attività psichica cosciente; e questo carattere resta inalterato, sia che la rappresentazione che è divenuta ossessiva divenga più forte o più debole, più o meno intensamente "illuminata", "investita di energia" eccetera.

La causa della inattaccabilità delle rappresentazioni ossessive e dei loro derivati sta unicamente nel rapporto che intercorre tra essi e il ricordo infantile rimosso; infatti, quando si riesca a rendere co-

¹ [Vedi l'osservazione 10 *ibid.*]

sciente tale rapporto (ciò che pare possa già essere ottenuto con i metodi psicoterapeutici), l'ossessione scompare.

3. *Analisi di un caso di paranoia cronica*¹

Già da qualche tempo nutro la convinzione che anche la paranoia (o il gruppo di forme comprese sotto tale nome) sia una psicosi da difesa, cioè che anche essa, come l'isteria e le ossessioni, provenga dalla rimozione di ricordi penosi, e che i suoi sintomi assumano la forma determinata dal materiale rimosso. Anche la paranoia dovrebbe avere una sua particolare via o meccanismo di rimozione, analogamente all'isteria, la quale attua la rimozione mediante un processo di *conversione* nell'innervazione somatica, o la nevrosi ossessiva, che opera mediante un processo di *sostituzione* (spostamento lungo certe categorie associative). Benché avessi osservato diversi casi che si prestavano a tale interpretazione, non ne avevo trovato alcuno che la dimostrasse esatta; finché, alcuni mesi fa, mi fu possibile, grazie alla cortesia del dottor Josef Breuer, sottoporre a psicoanalisi per scopo terapeutico una intelligente signora di trentadue anni, il cui caso non poteva essere diagnosticato se non come paranoia cronica. Riporto qui subito alcuni dati rilevati in tale analisi, sia perché prevedo di non avere occasione di studiare la paranoia se non in casi molto isolati, sia perché penso che queste osservazioni possano indurre qualche psichiatra più esperto di me in questo campo a far valere i diritti del fattore "difesa" nel corso della discussione, in questi tempi tanto accesa, sulla natura e sul meccanismo psichico della paranoia. Naturalmente, col riferire l'unica osservazione clinica che segue, non ho altra intenzione se non di dire questo: "si tratta di un caso di psicosi da difesa, ed è possibile che nel gruppo della 'paranoia' ve ne siano altri della stessa specie".

La signora P., di trentadue anni, sposata da tre, madre di un bambino di due anni, ha genitori che non hanno mai sofferto di malattie nervose; per contro, so che suo fratello e sua sorella sono soggetti nevrotici. Pare, ma non è sicuro, che verso i venticinque anni la signora abbia avuto transitorie crisi depressive con errori di giudizio; negli ultimi anni, la sua salute e il suo comportamento

¹ (Nota aggiunta nel 1924) Più esattamente, senza dubbio, di "demenza paranoide".

sono stati normali finché, sei mesi dopo la nascita del suo bambino, comparvero i primi segni della malattia da cui attualmente è affetta: cominciò a mostrarsi chiusa e diffidente, a schivare la compagnia dei fratelli e delle sorelle di suo marito e a lamentarsi che tutti, nella sua piccola città, avessero mutato il proprio atteggiamento nei suoi confronti, divenendo scortesì e irriguardosi. A poco a poco queste recriminazioni andarono aumentando d'intensità, anche se non di precisione: tutti ce l'avevano con lei, benché ella non riuscisse a capirne il motivo. Ma non c'era dubbio: tutti, parenti e amici, le mancavano di rispetto e facevano il possibile per avvirla. Aveva un bello stillarsi il cervello per scoprirne il motivo; non riusciva a trovarne uno. Qualche tempo dopo, cominciò a dire che era continuamente osservata, che le si indovinavano i pensieri, e che la gente sapeva tutto quello che succedeva in casa sua. Un pomeriggio, all'improvviso le venne in mente di essere spiata la sera quando si spogliava, e da quel momento mise in atto le piú complicate precauzioni, infilandosi a letto al buio e spogliandosi solo dopo essersi messa sotto le coperte. Visto che evitava ogni compagnia, mangiava pochissimo ed era molto deperita, nell'estate del 1895 fu deciso di mandarla in uno stabilimento termale; là però si verificarono la comparsa di sintomi nuovi e il peggioramento di quelli già esistenti. Già in primavera era successo che, trovandosi sola con la sua cameriera, la paziente aveva improvvisamente avvertito una strana sensazione al grembo e aveva pensato tra sé che, in quel preciso istante, la ragazza avesse avuto un pensiero indecente. Durante l'estate, questa sensazione s'era fatta sempre piú frequente, quasi continua; la paziente sentiva i suoi genitali "come se sopra di essi gravasse il peso di una mano". Incominciò poi a vedere immagini che la disgustavano: allucinazioni di nudità femminili, in particolare un grembo femminile nudo e peloso, e qualche volta anche genitali maschili. L'immagine del grembo peloso e la sensazione organica al proprio grembo erano per lo piú associate. Queste immagini erano divenute una vera tortura, dato che comparivano ogni qualvolta si trovava in compagnia di un'altra donna, così che la paziente credeva che le nudità da lei viste fossero quelle della persona con la quale si trovava mentre, contemporaneamente, questa persona poteva vederla nella stessa maniera (!). Insieme a tali allucinazioni visive che, dopo essere apparse durante il soggiorno nello stabilimento di cura, scomparvero poi per diversi mesi, incominciarono a molestarla voci sconosciute di cui non riusciva a spiegarsi

la provenienza. Camminando per strada si sentiva dire: "Guarda la signora P. - Eccola che va. Chissà dove va?" Le voci commentavano ogni sua mossa e ogni sua azione, talvolta proferivano minacce e rimproveri.

Tutti questi sintomi peggioravano quando si trovava in compagnia di qualcuno o quando usciva per la strada; motivo per cui smise di uscire; asserì poi che il cibo la disgustava e iniziò a deperire visibilmente.

Seppi tutto questo dalla stessa signora P. quando, nell'inverno 1895, venne da me a Vienna per farsi curare. Ho voluto descrivere estesamente questo caso per mostrare come effettivamente si trattasse di una forma molto comune di paranoia cronica, diagnosi convalidata da altri particolari della sintomatologia e del comportamento che esporrò più avanti. Essa non mi parlò allora di formazioni deliranti, che avrebbero potuto chiarire le allucinazioni, e può anche essere che sino a quel momento non se ne fossero ancora presentate. L'intelligenza della paziente era rimasta integra; l'unico particolare strano era che la paziente aveva più volte dato appuntamento al fratello, che viveva nelle vicinanze, allo scopo di confidargli qualcosa, però non gli aveva mai detto niente. La paziente non parlava mai delle sue allucinazioni e, negli ultimi tempi, non accennava quasi più neppure alle mortificazioni e alle persecuzioni di cui si sentiva vittima.

Ciò che intendo riferire a proposito di questa malata riguarda soprattutto l'etiologia del caso e il meccanismo delle allucinazioni. Mi fu possibile individuare l'etiologia quando, come se si trattasse di isteria, mi avvalsi, per studiare le allucinazioni ed eliminarle, del metodo proposto da Breuer. Usai tale metodo partendo dal presupposto che in questa forma di paranoia dovevano esserci, come nelle altre due nevrosi da difesa a me note, pensieri inconsci e ricordi rimossi suscettibili di essere parimenti riportati alla coscienza dopo che fosse stata superata una certa resistenza. La malata confermò subito la mia ipotesi comportandosi, durante l'analisi, proprio come ad esempio un'isterica, ed esprimendo, sotto la pressione della mia mano (vedi gli *Studi sull'isteria*), pensieri che non ricordava di aver avuto, che essa stessa non comprendeva e che contrastavano con quanto si attendeva. Risultò così dimostrata anche in un caso di paranoia la presenza di importanti rappresentazioni inconscie, e mi fu quindi lecito sperare di far risalire alla rimozione anche il carattere coattivo della paranoia. Di singolare vi era soltanto il fatto

che la paziente per lo piú avvertiva interiormente o allucinava i dati provenienti dall'inconscio sotto forma di voci.

Per quanto si riferisce all'origine delle allucinazioni visive, o almeno delle vivide immagini, appresi quanto segue: l'immagine del grembo femminile compariva sempre associata con la sensazione organica al proprio grembo: quest'ultima però era molto piú costante e spesso non era accompagnata dall'immagine. Le prime visioni di grembi femminili la paziente le aveva avute nello stabilimento termale, poche ore dopo aver effettivamente visto ai bagni un certo numero di signore nude. Queste visioni si rivelavano dunque semplici riproduzioni di una impressione reale, ed è quindi lecito supporre che se tali impressioni si erano riprodotte, ciò era dovuto al fatto che la paziente vi aveva annesso un grande interesse. La paziente stessa mi spiegò di aver provato vergogna per quelle signore, e che essa stessa, da quando aveva ricordo, si vergognava di farsi vedere nuda. Dal momento che una tale vergogna aveva un carattere di ossessività, conclusi che, in base al meccanismo della difesa, doveva esservi tutto un episodio, poi rimosso, vissuto senza vergogna dalla mia paziente, e la invitai perciò a lasciar riaffiorare quei ricordi che presentassero una qualsiasi relazione con il tema della vergogna. Prontamente ella mi espose una serie di scene che andavano dal suo diciassettesimo al suo ottavo anno di età, nelle quali ella, trovandosi nuda in bagno davanti alla madre, alla sorella, al medico, si era vergognata della sua nudità; questa serie si concludeva però con una scena di quando ella aveva sei anni: si trovava nella camera dei bambini e, spogliandosi per andare a letto, non provava alcuna vergogna per la presenza del fratello. Su mia richiesta mi confessò che di queste scene ce n'erano state molte e che per anni fratello e sorella erano stati soliti mostrarsi a vicenda le proprie nudità prima di andare a letto. Riuscivo ora a capire la sua repentina idea che la si osservasse quando si preparava per andare a letto. Si trattava di un frammento inalterato del ricordo dell'azione riprovevole un tempo commessa, ed essa con la vergogna attuale compensava la mancanza di vergogna di quando era bambina.

Il sospetto che, come tanto spesso si nota nell'etiologia dell'isteria, si trattasse di un rapporto tra bambini, fu rafforzato dagli ulteriori progressi dell'analisi, i quali offrirono anche la soluzione di alcuni particolari che ricorrono spesso nel quadro della paranoia. La comparsa del malumore della paziente coincise con uno screezio

verificatosi tra il marito e il fratello, a seguito del quale quest'ultimo non mise piú piede in casa loro. Ella, che aveva sempre molto amato questo fratello, ne sentí vivamente la mancanza. La paziente parlò inoltre di un momento della sua malattia, nel quale per la prima volta "tutto le fu chiaro", cioè del momento in cui si convinse che il suo sospetto di essere disprezzata e intenzionalmente mortificata da tutti corrispondeva veramente alla realtà. Questa certezza le venne in occasione della visita di una cognata la quale, nel corso della conversazione, uscí a dire: "Se una cosa del genere dovesse capitare a me, non ci farei un gran caso." Al momento la signora P. non diede importanza alla frase ma, quando la cognata se ne fu andata, le parve che quelle parole contenessero un rimprovero indirizzato proprio a lei, quasi che lei fosse abituata a prendere alla leggera cose serie; da quel momento fu quindi certa di essere al centro delle chiacchiere della gente. Quando le chiesi quale motivo l'avesse indotta a riferire a sé quelle parole, mi rispose che il tono con cui la cognata aveva parlato le aveva dato, sia pure in ritardo, tale convinzione; e ciò è un tipico dettaglio della paranoia. La costrinsi poi a ricordarsi dei discorsi che la cognata aveva fatto prima di pronunciare la frase incriminata, e risultò che quella, dopo aver raccontato che, nella casa paterna, vi erano stati guai d'ogni sorta a causa dei suoi fratelli, aveva saggiamente soggiunto: "In ogni famiglia accadono cose sulle quali è meglio stendere un velo pietoso. Ma se una cosa del genere fosse capitata a me, l'avrei presa sicuramente alla leggera." La signora P. dovette ora ammettere che il suo malumore si ricollegava a queste frasi che avevano preceduto l'ultima dichiarazione. Poiché ella aveva rimosso queste due frasi, che potevano risvegliare in lei il ricordo del rapporto col fratello, e aveva ricordato solo l'ultima frase insignificante, a questa doveva necessariamente connettere la sensazione che la cognata le avesse rivolto un rimprovero; dato però che il contenuto di questa frase non poteva in alcun modo giustificare tale impressione, ella aveva dovuto ripiegare sul tono con cui le parole erano state dette. Ritengo che questa sia una prova, probabilmente tipica, del fatto che le false interpretazioni della paranoia derivano da una rimozione.

In modo sorprendente si spiegò anche il suo strano invitare ripetutamente il fratello a recarsi ad appuntamenti durante i quali non aveva mai niente da dirgli. La sua spiegazione era che egli, soltanto che lei lo avesse guardato, avrebbe dovuto capire i suoi mali, dal

momento che ne conosceva la causa. Ora, visto che questo fratello era effettivamente l'unica persona in grado di conoscere l'etiologia della sua malattia, si deve dire che la paziente aveva agito seguendo un motivo che lei stessa non si spiegava coscientemente, ma che appariva perfettamente giustificato alla luce del suo significato inconscio.

Mi riuscí di indurla a rievocare le diverse scene che erano culminate nel rapporto sessuale col fratello (dai sei ai dieci anni almeno). Durante tale lavoro di rievocazione "partecipava al discorso"¹ la sensazione organica al grembo, corrispondentemente a quanto avviene durante l'analisi dei residui mnestici isterici. L'immagine di un grembo femminile nudo (ora ridotto a proporzioni infantili e privo di peli) si presentava con la sensazione, o non compariva, a seconda che la scena corrispondente si fosse svolta in piena luce oppure al buio. Anche il disgusto del cibo fu spiegato da un particolare ripugnante di quegli episodi infantili. Una volta terminata la rievocazione di tutta questa serie di scene, le sensazioni e immagini allucinatorie scomparvero per non piú ritornare (almeno, fino ad oggi).²

Avevo dunque appreso che queste allucinazioni altro non erano se non frammenti del contenuto di esperienze infantili rimosse, cioè sintomi del ritorno del rimosso.

Passai quindi all'analisi delle voci. Occorreva innanzitutto chiarire come mai un contenuto indifferente: "Guarda la signora P.", "Sta cercando casa", e simili, potesse suscitare nella paziente una reazione cosí penosa; in secondo luogo, era necessario chiarire per quale

¹ [Freud aveva spiegato questo fenomeno, da lui osservato durante le analisi, negli *Studi sull'isteria* (1892-95) pp. 431 sg.]

² Quando, piú tardi, una recrudescenza della malattia annullò il sia pur modesto successo ottenuto, essa non ebbe piú la visione oscena di genitali altrui, ma l'idea che gli altri, solo che si trovassero dietro di lei, vedessero i suoi.

[Nella traduzione inglese inclusa nei *Collected Papers*, vol. 1 (Londra 1924) — e solo in essa — figura, datata 1922, l'aggiunta seguente:

Il resoconto frammentario di questa analisi, nel testo qui sopra, fu scritto mentre la paziente si trovava ancora in cura. Poco dopo, le sue condizioni peggiorarono al punto che fu necessario sospendere l'analisi. La malata fu internata ed ebbe un periodo di forti allucinazioni che mostravano tutti i segni di una demenza precoce. Contrariamente all'aspettativa, tuttavia, si riprese e ritornò a casa; ebbe un altro figlio, abbastanza sano, e fu in grado di accudire a tutti i suoi compiti in modo soddisfacente per un periodo di circa dodici-quindici anni. L'unico segno della sua precedente psicosi si diceva fosse il fatto che rifiutasse la compagnia dei suoi congiunti, sia della famiglia propria, sia di quella del marito. Alla fine di questo periodo, colpita da mutamenti molto gravi e dolorosi nella sua vita, ricadde ammalata. Il marito era divenuto inabile al lavoro e la famiglia fu sorretta dai congiunti che ella aveva rifiutato. Fu internata nuovamente, e qui morí subito dopo di una polmonite rapidamente sopraggiunta.]

via queste frasi così innocenti erano giunte ad essere contraddistinte da un rafforzamento allucinatorio. Fin dall'inizio appariva chiaro che queste "voci" non potevano essere ricordi allucinatoriamente rievocati, come le immagini e le sensazioni, ma piuttosto pensieri "ad alta voce".

La prima volta che sentí le voci fu nelle seguenti circostanze: aveva letto con grande interesse il bel racconto di Otto Ludwig *La Heiterethei e il suo opposto*,¹ e aveva notato che durante la lettura le era venuta in mente una quantità di altri pensieri. Terminata la lettura, era andata a fare una passeggiata lungo una strada che portava in campagna e, mentre passava davanti a una casetta di contadini, sentí all'improvviso le voci dirle: "Cosí era la casa di Heiterethei. Ecco il pozzo e il boschetto. Com'era felice nella sua povertà!" Poi le voci le ripeterono interi brani del racconto appena letto; era però un mistero perché mai la casa, il boschetto, il pozzo di Heiterethei e passi slegati o poco importanti del poetico racconto dovessero imporsi alla sua attenzione con tanta evidenza patologica. La soluzione dell'enigma non era tuttavia difficile. Dall'analisi risultò infatti che, durante la lettura, erano venute in mente alla paziente anche altre idee, e che inoltre ella era stata maggiormente impressionata da tutt'altre parti del libro. Contro questo materiale — analogie tra la coppia del racconto e quella formata da lei e suo marito, ricordi intimi riguardanti la sua vita matrimoniale e segreti di famiglia, — contro tutto ciò si era opposta una resistenza rimovente, perché tutto ciò si riconnetteva, per vie ideative facilmente individuabili, al suo pudore sessuale e conduceva, in ultima analisi, al risveglio delle antiche esperienze infantili. In seguito a tale censura² esercitata dalla rimozione, quei passi innocenti e idilliaci, collegandosi sia per contrasto sia per contiguità agli eventi biasimati, acquistavano per la coscienza quel rafforzamento per cui si erano trasformati in voci. La prima delle idee rimosse si riferiva, per esempio, alle chiacchiere di vicinato cui l'eroina, che viveva appartata, si trovava esposta. Alla paziente non fu quindi difficile trovare un'analogia tra l'eroina e sé stessa, poiché ella pure viveva in un piccolo centro, non frequentava nessuno e si riteneva disprezzata dai vicini. Questa sua diffidenza verso i vicini aveva un reale fondamento nel fatto che, appena sposata, si era vista costretta ad accontentarsi di

¹ [Otto Ludwig (1813-65), scrittore drammaturgo nato in Turingia. L'eroina di *Die Heiterethei und ihr Widerspiel* (1854) era una giovane contadina della Turingia.]

² [Vedi Studi sull'isteria (1892-95) pp. 407 e 418.].

un piccolo appartamento, nel quale la camera da letto della giovane coppia confinava con una camera dei vicini, e il letto matrimoniale era appoggiato al muro divisorio. Con l'inizio della vita matrimoniale sorse in lei (evidentemente attraverso l'inconscio risvegliarsi del suo rapporto tra bambini, ove aveva appunto giocato a marito e moglie) un grande pudore sessuale, per cui temeva costantemente che i vicini potessero sentire parole e rumori attraverso il muro divisorio; in seguito, tale pudico timore si trasformò in lei in sospetto nei confronti dei suoi vicini.

Le voci traevano quindi origine dalla rimozione di pensieri che, in ultima analisi, avevano il preciso valore di autoaccuse a proposito di situazioni analoghe a quelle del trauma infantile; esse erano quindi sintomi del ritorno del rimosso ma, al tempo stesso, effetti di un compromesso tra resistenza dell'Io e forza del materiale di ritorno che, in questo caso, era così ben distorto da rendersi irricognoscibile. Altre volte in cui ebbi occasione di analizzare le voci della signora P., questa distorsione era più lieve, benché le parole percepite avessero sempre un carattere di diplomatica indeterminatezza; l'allusione offensiva vi era, in genere, profondamente celata e la connessione delle singole frasi risultava occultata da espressioni strane, da forme verbali inusitate ecc.: caratteristiche, queste, che sono generalmente proprie delle allucinazioni uditive dei paranoici e che secondo me recano l'impronta della distorsione dovuta al compromesso. Le parole: "Guarda la signora P., guarda che cerca casa in questa strada", esprimevano, ad esempio, la minaccia che ella non sarebbe più guarita, dato che io le avevo promesso che, al termine della cura, sarebbe stata in grado di ritornare nella cittadina in cui lavorava suo marito (mentre, nel frattempo, si era stabilita a Vienna per qualche mese).

In rari casi la signora P. udiva minacce più precise, relative per esempio ai parenti del marito, il tono velato delle quali contrastava purtuttavia col tormento che queste voci le procuravano. Da ciò che per altro si sa sui paranoici, sono propenso a supporre che vi sia un progressivo indebolimento di quella resistenza che mitiga le autoaccuse, di modo che, alla fine, la difesa fallisce completamente e l'autoaccusa originaria, l'ingiuria che ci si voleva risparmiare, ritorna inalterata. Comunque non so se si tratti di un processo costante, né se la censura delle parole di rimprovero manchi fin dall'inizio o persista invece fino alla fine.

Non mi resta ora che confrontare la paranoia e la nevrosi ossessiva, utilizzando le nozioni tratte dall'analisi di questo caso di paranoia. Possiamo dire che, in entrambe le forme, il nucleo dei due meccanismi psichici è costituito dalla rimozione e che, in entrambi i casi, il rimosso è un'esperienza sessuale infantile. Anche in questa paranoia ogni coazione proviene dalla rimozione; i sintomi della paranoia sono suscettibili di una classificazione analoga a quella che s'è dimostrata esatta per la nevrosi ossessiva. Una parte dei sintomi trae ancora origine dalla difesa primaria: in modo specifico tutte le idee deliranti di diffidenza, di sospetto e di persecuzione. Nella nevrosi ossessiva, l'autoaccusa originaria è stata rimossa mediante formazione del sintomo primario di difesa: *la sfiducia in sé stessi*. Con ciò il rimprovero è stato riconosciuto giusto; per farvi fronte ci si avvale della scrupolosità che, conseguita nell'intervallo di sanità, impedisce di prestar fede a quei rimproveri che ritornano sotto forma di rappresentazione ossessiva. Nella paranoia, l'autoaccusa viene rimossa per un processo che potremmo chiamare di *proiezione*,¹ e si forma così il sintomo di difesa della *sfiducia negli altri*; in tal modo si toglie al rimprovero la possibilità di essere riconosciuto e, quasi in compenso, manca poi una difesa contro i rimproveri che ritornano nelle idee deliranti.

Altri sintomi del mio caso di paranoia vanno considerati sintomi del ritorno del rimosso, ed essi pure, come quelli della nevrosi ossessiva, recano le tracce di quel compromesso che consente loro l'ingresso nella coscienza. Così è, nel caso della paziente da me esaminata, per l'idea delirante di essere osservata mentre si spogliava, per le sue allucinazioni visive e di sensazioni, e per le voci. Nell'idea delirante summenzionata si ritrova un contenuto mnestico quasi inalterato, divenuto però indeterminato mediante omissione. Il ritorno del rimosso nelle immagini visive s'avvicina più al carattere dell'isteria che a quello della nevrosi ossessiva, e questo anche se l'isteria riproduce in genere i suoi simboli mnestici² senza modificarli, mentre l'allucinazione mnestica paranoica subisce una distorsione, così come accade nella nevrosi ossessiva; al posto dell'immagine rimossa subentra un'immagine analoga ma modernizzata (grembo di donna adulta al posto di quello di una bambina; peli particolarmente evidenti, là dove essi mancavano nell'impressione

¹ [Probabilmente, il primo esempio dell'uso del termine in uno scritto pubblicato da Freud, ma già adoperato da lui sopra nella *Minuta teorica H* (1895) p. 38, ove il concetto è trattato più distesamente.]

² [Vedi sopra p. 125, n. 1.]

originaria). Tipico della paranoia, e non occorre soffermarci a illustrare la cosa, è che i rimproveri rimossi ricompaiano come pensieri ad alta voce, subendo così una duplice distorsione: una censura che conduce a una sostituzione mediante altri pensieri associati, oppure conduce a una mascheratura mediante forme espressive indeterminate; e un riferimento ad esperienze recenti che presentano solo un'analogia con quelle del passato.

Il terzo gruppo dei sintomi della nevrosi ossessiva, cioè quello dei sintomi della difesa secondaria, non può esserci come tale nella paranoia, perché contro i sintomi del ritorno del rimosso, ai quali il malato presta fede, non opera alcuna difesa. In compenso, la paranoia presenta un'altra fonte di formazione di sintomi; le idee deliranti che, grazie al compromesso, hanno raggiunto la coscienza (sintomi del ritorno) stimolano l'attività di pensiero dell'Io in modo da poter essere accolte senza obiezioni. Dal momento che esse non sono influenzabili, è l'Io che deve adattarsi a esse, e in tal modo ai sintomi della difesa secondaria, propri della nevrosi ossessiva, corrisponde qui la formazione delirante combinatoria:¹ il *delirio d'interpretazione*, il quale finisce nell'*alterazione dell'Io*.² Sotto questo aspetto il mio caso era incompleto, non essendo ancora comparsi quei tentativi d'interpretazione che si presentarono più tardi. Non dubito che, se impiegata in tale fase della paranoia, la psicoanalisi possa portare a notevoli risultati. Dovrebbe inoltre risultare che anche la cosiddetta *manca di memoria* dei paranoici è tendenziosa, in quanto derivata dalla rimozione e utilizzata ai suoi fini. In effetti, vengono rimossi a posteriori e sostituiti quei ricordi, per nulla patogeni, che sono in contrasto con l'alterazione dell'Io, imperiosamente richiesta dai sintomi del ritorno del rimosso.

¹ [Cioè una forma di delirio che tende a combinare le diverse parti del materiale in modo armonico, descritto sopra nella *Minuta teorica K* (1895) p. 55 come "delirio di assimilazione".] ² [Vedi *ibid.*]

ETIOLOGIA DELL'ISTERIA

1896

È il testo di una conferenza tenuta alla Società di psichiatria e neurologia di Vienna nella primavera del 1896 e pubblicata col titolo *Zur Ätiologie der Hysterie*, *Wiener klinische Rundschau*, vol. 10 (22), 379-81, (23), 395-97, (24), 413-15, (25), 432-33, e (26), 450-52 (31 maggio e 7, 14, 21 giugno 1896). È stata riprodotta nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 149-80. nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 404-38, e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 425-59. Freud ne ha dato un riassunto al N. 36 nei *Sommari dei lavori scientifici*, riportati piú avanti. Traduzione di Adcle Campione.

Vi è a proposito di questa conferenza un piccolo problema di datazione. Giacché una nota del periodico dove la conferenza è apparsa dice che è stata tenuta il 2 maggio, mentre in una lettera inedita a Fliess del 16 aprile Freud dice che deve tenere una conferenza alla Società psichiatrica il 21 aprile. L'argomento non è indicato in quella lettera, ma in un'altra lettera, pure inedita, del 26 e 28 aprile Freud dice di aver fatto una conferenza sulla etiologia dell'isteria, e di aver avuto un'accoglienza ostile anche da parte di Krafft-Ebing che presiedeva. In un'altra lettera del 30 maggio (questa pubblicata) scrive: "a dispetto dei miei colleghi ho scritto per intero per Paschkis [il direttore della "Rundschau"] la conferenza sull'etiologia dell'isteria. La prima puntata appare oggi." La conferenza fu dunque tenuta il 21 aprile: tre settimane soltanto dopo che era apparso a Parigi l'articolo *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi*, e tre settimane prima che apparissero le *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*.

Freud espone, in modo specifico per l'isteria, la teoria del trauma sessuale precoce, e cioè della seduzione da parte di adulti subita nella prima infanzia. Questa tesi, sostenuta per la prima volta nell'ambiente medico viennese, doveva necessariamente suscitare molte critiche.

Freud, almeno nel testo scritto, affronta diffusamente (piú di quanto non abbia fatto nei due precedenti articoli) le possibili obiezioni: affermando di non avere alcun motivo per dubitare della veridicità dei racconti fatti dai pazienti in analisi, e di avere anche in alcuni casi potuto

raccogliere conferme per racconti di altre persone, ammalate o no, coinvolte in quegli episodi.

Nella prima parte della conferenza Freud si diffonde a parlare del modo come procede nell'analisi la evocazione del materiale attraverso catene associative che si intersecano, che convergono verso il terreno dei fatti sessuali, e che alla fine conducono a episodi sessuali localizzati nella prima infanzia.

Notevole è il fatto che all'inizio della conferenza Freud, per descrivere questo lavoro, propone un'analogia col lavoro di scavo di un archeologo.

Si comprende come nel 1906 Freud, quando intraprese uno studio analitico sulla novella di Wilhelm Jensen, *Gradiva*, le cui vicende si svolgono a Pompei, e in cui si narra di una fanciulla che compie su un giovane archeologo affetto da un delirio, per guarirlo, un lavoro corrispondente a quello di una psicoanalisi, usando spesso un linguaggio di esplorazione archeologica, dovesse rimanere colpito. L'analogia da lui prospettata dieci anni prima in questa conferenza doveva trovare una tale strana conferma in un'opera di fantasia.

Anche per la presente conferenza, Freud riproducendola nelle *Gesammelte Schriften* aggiunse (come per l'articolo precedente) una nota in cui distingue gli elementi, che possono continuare a considerarsi validi per la spiegazione dell'isteria, dalla teoria del trauma sessuale specifico, che è invece ripudiata.

1.

Signori, ogni qualvolta ci si voglia rendere conto delle cause di uno stato morboso come l'isteria, si è soliti ricorrere innanzi tutto all'anamnesi, e si chiede perciò al paziente stesso e ai suoi familiari a quali influenze nocive essi attribuiscono la malattia nei suoi singoli sintomi nevrotici. Ciò che in tal modo si viene a sapere è, naturalmente, falsato da tutti quei fattori che generalmente celano al paziente la conoscenza del suo stato: mancanza di nozioni scientifiche sul problema etiologico, fallacia del *post hoc, ergo propter hoc*, riluttanza a ricordare certe pratiche nocive e traumi o a farne menzione. Noi pertanto, in siffatte ricerche anamnestiche, ci atteniamo al principio di non fare nostre le supposizioni dei pazienti se non dopo averle sottoposte a una critica accurata, e di non permettere che siano essi a predeterminare la nostra opinione scientifica sull'etiologia della nevrosi. Se da un lato riconosciamo la validità di alcuni dati costantemente ricorrenti, come per esempio che lo stato isterico sia la conseguenza tardiva a lungo persistente di una scossa emotiva provata nel passato, dall'altro abbiamo inserito nell'etiologia dell'isteria un fattore che il malato non segnala mai spontaneamente e che ammette solo malvolentieri: la disposizione ereditaria contratta dai genitori. Come sapete, secondo l'influente scuola di Charcot soltanto l'ereditarietà meriterebbe di essere riconosciuta quale effettiva causa dell'isteria, mentre a tutti gli altri agenti nocivi, quali ne siano la natura e l'entità, non spetterebbe che il ruolo di cause occasionali, di *agents provocateurs*.

Mi si vorrà senz'altro concedere che sarebbe auspicabile vi fosse una seconda strada per pervenire all'etiologia dell'isteria, in cui si

potesse procedere indipendentemente dai dati forniti dal paziente. Il dermatologo, per esempio, sa riconoscere la natura luetica di un'ulcerazione dall'aspetto dei bordi, dal contorno, dalla patina, senza lasciarsi fuorviare per nulla dalle asserzioni del malato, il quale nega la fonte d'infezione. Il medico legale sa identificare la causa di una ferita anche quando deve fare a meno delle informazioni fornite dal ferito. Ora, una tale possibilità di risalire all'origine partendo dal sintomo sussiste anche per l'isteria, ma per spiegare la relazione tra il metodo che ci proponiamo di adottare a questo scopo e il vecchio metodo dell'anamnesi, vorrei prima esporvi un'analogia tratta da un campo d'indagine in cui si è verificato un notevole progresso.

Supponiamo che un esploratore giunga in una regione poco nota, in cui una zona archeologica, con rovine di mura, frammenti di colonne, lapidi dalle iscrizioni confuse e illeggibili, abbia suscitato il suo interesse. Egli potrà accontentarsi di osservare quanto è possibile vedere, recarsi da coloro che abitano la zona, magari semibarbari, per interrogarli su quanto la tradizione ha tramandato loro circa la storia e il significato di quei resti monumentali, annotarsi le risposte ottenute e... ripartire. Egli tuttavia può anche agire in un altro modo; può aver portato con sé zappe, pale e vanghe, può munire di tali strumenti gli abitanti del luogo, rimuovere con loro dalla zona archeologica le rovine ivi giacenti e scoprire, dai resti visibili, altri pezzi sepolti. Se il suo lavoro sarà coronato da successo, i reperti archeologici si spiegheranno da soli: i resti di mura si dimostreranno appartenenti al periplo di un palazzo o di una camera del tesoro; dalle rovine delle colonne sarà possibile ricostruire un tempio, mentre le numerose iscrizioni scoperte, bilingui nei casi più fortunati, riveleranno un alfabeto e una lingua e, una volta decifrate e tradotte, permetteranno di ritrarre un'insperata conoscenza degli avvenimenti del passato, avvenimenti in memoria dei quali quei monumenti erano stati eretti. *Saxa loquuntur!*

Se vogliamo che i sintomi di un'isteria divengano in maniera abbastanza analoga i testimoni vivi e parlanti della genesi della malattia, dovremo necessariamente rifarci all'importantissima scoperta di Josef Breuer: *i sintomi dell'isteria (stigmati a parte) devono la propria determinazione a esperienze particolarmente traumatiche nella vita del malato, che sono riprodotte nella forma di simboli mnestici¹ nella sua vita psichica. Valendosi dunque del metodo di*

¹ [Vedi sopra p. 125, n. 1.]

Breuer — o di un altro sostanzialmente simile — ricondurremo l'attenzione del paziente dal sintomo alla scena in cui e per cui insorse; con il che elimineremo il sintomo, in quanto, ottenuta la rievocazione della scena traumatica, saremo in grado di rettificare il decorso psichico da allora instauratosi.

Non è assolutamente mia intenzione esporre ora la complessa tecnica di questo metodo terapeutico o i chiarimenti psicologici così raggiunti. Ne ho dovuto fare accenno soltanto perché le analisi condotte con la tecnica di Breuer sembrano anche in grado di farci accedere alle cause dell'isteria. Sottoponendo a quest'analisi un'ampia serie di sintomi rilevati in un gran numero di pazienti, possiamo infatti pervenire alla conoscenza di una serie altrettanto ampia di scene traumatiche, nelle quali sono entrate in azione le cause dell'isteria. Potremo quindi sperare che lo studio delle scene traumatiche ci riveli quali siano i fattori atti a produrre sintomi isterici e come agiscano.

Tale speranza non potrà non rivelarsi fondata, dal momento che le ipotesi di Breuer si sono dimostrate esatte in un gran numero di casi. Ma il cammino che porta dai sintomi all'etiologia dell'isteria è piú lungo e indiretto di quanto non ci si potesse immaginare.

È bene infatti chiarire subito che la nostra conoscenza trarrà un effettivo vantaggio solo a due condizioni: che la scena traumatica cui è fatto risalire il sintomo isterico presenti un'adeguata idoneità alla determinazione, e che le si possa riconoscere la necessaria forza traumatica. Un esempio pratico, in luogo di una qualsiasi spiegazione verbale! Poniamo che si tratti del sintomo del vomito isterico; in questo caso, penseremo di averne individuato la causa prima (a parte un certo resto) se l'analisi del sintomo riconduce a un episodio che ha prodotto un *motivato e intenso disgusto*, per esempio la vista di un cadavere in decomposizione. Se dall'analisi risulta invece che il vomito trae origine da un forte spavento, per esempio una sciagura ferroviaria, ci si domanderà, insoddisfatti, come mai lo spavento abbia potuto portare proprio al vomito, poiché una tale derivazione manca di idoneità alla determinazione. Un altro caso di inadeguato accertamento etiologico lo si avrebbe, per esempio, se il paziente avesse cominciato a presentare vomito dopo avere mangiato la parte marcia di un frutto. In tale caso, il vomito sarebbe sí determinato dal disgusto, ma non si capirebbe come il disgusto possa essere stato tanto violento da stabilizzarsi

permanentemente in un sintomo isterico, poiché infatti a questo evento manca un'adeguata forza traumatica.

Vediamo ora di appurare fino a che punto le scene traumatiche dell'isteria emerse dall'analisi soddisfino, in numerosi sintomi e casi, le due esigenze menzionate. E qui ci imbattiamo nella prima, grande delusione! Poiché è bensì vero che, alcune volte, la scena traumatica che vide insorgere il sintomo possiede effettivamente quei due caratteri: l'idoneità alla determinazione e la forza traumatica, che ci servono per comprendere il sintomo. Ma assai più spesso, incomparabilmente più spesso, non troviamo in atto che una delle tre restanti possibilità, tanto sfavorevoli alla comprensione: o la scena alla quale l'analisi ci ha ricondotti e nella quale il sintomo ha fatto la sua prima comparsa ci appare inadatta a determinare il sintomo, in quanto il suo contenuto non presenta alcun rapporto con la natura del sintomo; oppure l'episodio, presupposto traumatico, se non manca di un rapporto contenutistico, si dimostra una delle solite impressioni innocue, incapaci per lo più di provocare qualsiasi effetto; oppure, infine, la "scena traumatica" è deludente sotto entrambi gli aspetti, e cioè appare non soltanto innocua, ma anche priva di qualsiasi relazione con il carattere del sintomo isterico.

(Noto, per inciso, che la teoria di Breuer sulla genesi dei sintomi isterici non è stata invalidata dal reperimento di scene traumatiche che corrispondono a esperienze in sé prive di significato. Infatti, d'accordo con Charcot, Breuer suppone che anche un episodio innocuo possa assurgere a trauma e dispiegare una forza determinante, se il soggetto lo vive in una condizione psichica particolare, cioè nel cosiddetto stato ipnoide. Per altro a me pare che sovente l'ipotesi dell'esistenza di tali stati ipnoidi non sia per nulla giustificata. Decisivo resta il fatto che la teoria degli stati ipnoidi non è di alcun aiuto per la soluzione delle altre difficoltà, ossia che spesso manca alle scene traumatiche l'idoneità alla determinazione del sintomo.)

A ciò si aggiunga, Signori, che questa prima delusione, usando il metodo di Breuer, viene immediatamente seguita da un'altra, particolarmente amara, questa, per il medico. Essere ricondotti, come nei casi descritti, a esperienze insufficienti a chiarire la determinazione e l'effetto traumatico, significa anche non disporre di alcun mezzo per assicurare un successo terapeutico; il malato conserva intatti i suoi sintomi, nonostante i primi risultati conseguiti con l'analisi. Potrete quindi facilmente capire quanto grande divenga dunque la tenta-

zione di rinunciare a proseguire in un lavoro tanto difficile e ingrato.

Forse, però, abbiamo solo bisogno di una idea nuova per liberarci dalle nostre difficoltà e per pervenire a risultati validi. L'idea è questa: noi sappiamo già, da Breuer, che i sintomi isterici sono risolvibili se, partendo da essi, riusciamo a trovare la strada che conduce al ricordo di un avvenimento traumatico. E se poi il ricordo che abbiamo trovato non è quello che ci aspettavamo, forse dovremo proseguire ancora un po' per quella stessa strada, perché chissà che dietro la prima scena traumatica non si celi il ricordo di una seconda scena, che maggiormente risponda alle nostre esigenze e la cui rievocazione espliciti una più efficace azione terapeutica; se così fosse, la scena ritrovata per prima non rappresenterebbe che un anello di congiunzione nella catena di associazioni. E forse più d'una volta si ripeterà questa situazione, ove scene inefficaci si intercalano quasi fossero un passaggio obbligato durante la rievocazione, che è necessario superare per giungere finalmente dal sintomo isterico alla scena veramente traumatica e attiva, adeguata sotto ogni aspetto, sia terapeutico che analitico. Ebbene, Signori, la nostra ipotesi si rivela esatta. E se la prima scena rivelatasi appare impropria, diremo al malato che l'episodio da lui evocato non spiega nulla, e che quindi dietro di esso deve celarsi un altro evento, più importante e antecedente; poi, seguendo la stessa tecnica, faremo sì che il paziente concentri la sua attenzione sul filo associativo che lega ambedue i ricordi, quello trovato e quello da trovare.¹ Proseguendo l'analisi, si ottiene sempre la rievocazione di nuove scene aventi le caratteristiche postulate. Riprendiamo l'esempio da me scelto prima, quello cioè del vomito isterico ricondotto dall'analisi allo spavento provocato da una sciagura ferroviaria, avvenimento privo di idoneità alla determinazione: continuando l'analisi, sono venute a sapere che questo incidente aveva risvegliato il ricordo di un altro incidente, verificatosi in precedenza, il quale, benché non vissuto personalmente dal paziente, tuttavia gli aveva dato occasione di provare tutto l'orrore e il ribrezzo che sempre suscita la vista di un cadavere. In tal caso, è come se l'azione combinata delle due scene avesse reso possibile il realizzarsi delle nostre premesse, fornendo il primo episodio, tramite lo spavento, la forza traumatica, e il secondo episodio, per il suo contenuto, l'effetto determinante. Quanto all'altro caso, quello nel quale

¹ Si è intenzionalmente trascurato di precisare sia il tipo dell'associazione di ambedue i ricordi (per simultaneità, causa-effetto, per somiglianza di contenuto), sia la caratteristica psicologica dei singoli "ricordi" (coscienti o inconsci).

il vomito era stato ricondotto al fatto di aver mangiato la parte marcia di una mela, l'analisi lo poté completare pressappoco così: la mela marcia ricorda un episodio precedente: mentre raccoglieva nel frutteto le mele cadute dagli alberi, d'improvviso il malato si era imbattuto nella disgustosa carogna di un animale.

Comunque, non voglio piú continuare a rifarmi a questi esempi, anche perché, lo confesso, essi non corrispondono ad alcuno dei casi da me analizzati; li ho inventati io e, molto probabilmente, anche male, dal momento che io stesso ritengo impossibile che per i sintomi isterici possano esistere spiegazioni del genere. A inventare questi esempi sono stato costretto da vari fattori, di cui voglio subito indicarne uno: gli esempi reali sono tutti incomparabilmente piú complicati, e l'esposizione particolareggiata di uno solo di essi esaurirebbe tutta l'ora concessa a questa relazione. La catena di associazioni consiste sempre in piú di due anelli; le scene traumatiche non formano una successione semplice come le perle di una collana, ma si ramificano e si intrecciano come negli alberi genealogici, poiché in ogni episodio nuovo agiscono, in veste di ricordo, due o piú altri episodi precedenti. In breve, per spiegare un solo singolo sintomo sarebbe necessario illustrare completamente un'intera storia clinica.

Non voglio tuttavia trascurare di riferire col dovuto rilievo un dato emerso inaspettatamente durante il lavoro di analisi di questa catena di ricordi: *nessun sintomo isterico può derivare da un solo episodio reale, in quanto il sintomo è sempre causato anche dall'azione concorrente del ricordo, risvegliato per via associativa, di episodi precedenti.* Se, come io ritengo, questa affermazione è esatta senza alcuna eccezione, essa indica anche la base su cui costruire una teoria psicologica dell'isteria.

Potreste ritenere che quei rari casi in cui l'analisi, riconducendo subito il sintomo a una scena traumatica ben idonea alla determinazione e dotata di forza traumatica, riesce così a eliminare il sintomo stesso (come riuscì a Breuer nel caso di Anna O.), potrebbero costituire obiezioni rilevanti alla validità generale dell'affermazione or ora riportata. Così può sembrare infatti; ma posso assicurarvi di avere ben fondati motivi per supporre che persino in questi casi agisca una catena di ricordi che si spinge molto al di là della prima scena traumatica, anche se, per fare scomparire il sintomo, può appunto bastare la rievocazione di quest'ultima scena traumatica.

Io reputo davvero sorprendente che i sintomi isterici possano prodursi soltanto per l'azione concorrente dei ricordi, soprattutto se si considera che questi ricordi, stando alle concordi asserzioni dei pazienti, non affiorarono alla coscienza nel momento in cui il sintomo comparve per la prima volta. Vi è qui materia per molte riflessioni ma, per ora, questi problemi non devono indurci a perdere di vista la nostra mèta: l'etiologia dell'isteria. Piuttosto, dovremo chiederci: dove arriveremo seguendo le catene dei ricordi associati rivelateci dall'analisi? fin dove si estendono? avranno mai, e dove, un loro termine naturale? ci porteranno ad avvenimenti in qualche modo simili, per contenuto o per l'epoca in cui ebbero luogo, così che ci sia possibile scorgere, in questi fattori costantemente simili, la ricercata etiologia dell'isteria?

L'esperienza finora acquisita mi consente di rispondere subito a queste domande. Partendo da un caso clinico ricco di sintomi, per mezzo dell'analisi perveniamo, da ognuno dei sintomi, a una sequenza di episodi, il ricordo dei quali è vicendevolmente concatenato per via associativa. Le singole catene mnestiche seguono percorsi a ritroso inizialmente ben distinti, ma poi, come già detto, si ramificano; da una scena si dipartono contemporaneamente due o più ricordi, dai quali a loro volta hanno origine catene collaterali, i cui singoli elementi possono di nuovo intrecciarsi, per via associativa, con gli elementi della catena principale. Il paragone con l'albero genealogico di una famiglia nel quale spesso figurino unioni tra consanguinei è qui tutt'altro che improprio. Altre complicazioni provengono dal fatto che una singola scena di una data catena associativa può essere risvegliata più volte, di modo che essa presenta molteplici relazioni con una scena di data posteriore, e appare a questa legata e per concatenazione diretta e per concatenazione da elementi intermedi. In breve, si tratta di una connessione per nulla semplice, e la scoperta delle scene in ordine cronologico inverso (fatto che giustifica il paragone con gli scavi di una zona di rovine archeologiche) certamente non comporta la rapida comprensione di tutto il processo.

Altre nuove complicazioni sorgono continuando ulteriormente l'analisi. Le catene di associazioni dei singoli sintomi prendono infatti a incrociarsi; gli alberi genealogici si intrecciano l'uno con l'altro. In un determinato episodio della catena mnestica, corrispondente per esempio al vomito, oltre agli elementi pregressi di questa catena è stato risvegliato anche un ricordo che fa parte di un'altra catena e

sul quale è basato un altro sintomo, per esempio il mal di testa. Quell'episodio appartiene perciò ad ambedue le serie e rappresenta quindi un *punto nodale*.¹ Tali punti nodali si riscontrano in tutte le analisi. Il correlativo clinico di tale nodo può consistere forse nel fatto che, a partire da un determinato momento, i due sintomi compaiono sempre insieme, in simbiosi, ma senza alcun rapporto di intrinseca dipendenza. Punti nodali di altro tipo si ritrovano procedendo ulteriormente a ritroso: in tali nodi convergono le singole catene di associazioni, e qui troviamo episodi dai quali si sono dipartiti due o più sintomi, una catena allacciandosi a un particolare della scena, l'altra a un altro.²

Il risultato più importante al quale è possibile pervenire conducendo quest'analisi progressiva è tuttavia questo: qualunque sia il caso e qualunque sia il sintomo dal quale si è partiti, *alla fine si giunge sempre, infallibilmente, nel campo dei fatti sessuali*. Con ciò dunque avremmo scoperto per la prima volta una delle condizioni etiologiche dei sintomi isterici.

Posso sin d'ora prevedere, Signori, dalle mie esperienze precedenti, che è proprio contro quest'asserzione, o contro la sua validità generale, che concentrerete le obiezioni. Sarebbe meglio dire, forse, la *inclinazione a obiettare*, dal momento che nessuno di voi può certamente basarsi su ricerche, condotte con lo stesso metodo, che abbiano dato un risultato diverso dal mio. Per quanto riguarda propriamente la controversia, da parte mia desidero solo far notare che l'individuazione del fattore sessuale nell'etiologia dell'isteria perlomeno non procede da una mia opinione preconcepita. I due ricercatori alla cui scuola io iniziai i miei lavori sull'isteria, e cioè Charcot e Breuer, erano ben lontani da una simile ipotesi, ne avevano anzi una certa personale avversione che io stesso inizialmente condivisi. Soltanto le più minuziose e laboriose ricerche mi hanno convertito, per altro abbastanza lentamente, all'opinione che io oggi sostengo. Se vorrete sottoporre all'esame più rigoroso quanto io affermo, e cioè che anche l'etiologia dell'isteria risiede nella vita sessuale, troverete conferma di ciò nel fatto che in circa diciotto casi di isteria

¹ [Per i "punti nodali" vedi *Studi sull'isteria* (1892-95) pp. 425 e 430; ma merita confrontare ivi, pp. 424 sgg., tutta la discussione sulle "catene di associazioni". Un esempio pratico di punto nodale — la parola "bagnato" — ricorre nel *Frammento di un'analisi d'isteria* (1901) § 2.]

² [Sulla divergenza e la convergenza nella catena di associazioni come caratteristiche dell'analisi di sogni, vedi *Osservazioni sulla teoria e pratica dell'interpretazione dei sogni* (1922) § 2.]

ho potuto reperire questa connessione per ogni singolo sintomo, e che ho potuto convalidarla, quando le circostanze lo permettevano, col successo terapeutico. Certo mi si potrà obiettare che forse la diciannovesima o la ventesima analisi potrebbe rivelare che i sintomi isterici derivano anche da altre fonti, restringendo così alla misura dell'ottanta per cento la validità assoluta dell'etiologia sessuale. Saremmo lieti di aspettarcelo, ma poiché questi diciotto casi sono anche tutti e solo quelli nei quali io abbia potuto svolgere il mio lavoro di analisi, e poiché nessuno me li ha selezionati per farmi un favore, troverete comprensibile che io non possa condividere una tale attesa, ma sia piuttosto pronto a procedere oltre nella persuasione della forza probante delle esperienze sin qui condotte. A ciò mi spinge, del resto, anche un altro motivo che, almeno per il momento, ha un valore puramente soggettivo. L'unica volta che riasunsi e coordinai le mie osservazioni nel tentativo di spiegare il meccanismo psichico e psicologico dell'isteria, mi fu assolutamente indispensabile partire dall'ipotesi di un intervento di forze pulsionali sessuali.

Si giunge così, una volta fatte convergere le catene mnestiche, al terreno sessuale e ad alcuni pochi episodi che per lo più cadono in uno stesso periodo di vita, e cioè quello dell'età puberale. È da questi episodi che dobbiamo trarre l'etiologia dell'isteria e tramite essi dobbiamo imparare a capire l'origine dei sintomi isterici. Ma ecco qui di nuovo un'altra è più grave disillusione! Questi episodi traumatici, ritrovati con tanta fatica, estratti da tutto il materiale mnestico, questi episodi apparentemente ultimi della serie, hanno sì in comune i due caratteri della sessualità e dell'età puberale, ma sono per contro estremamente disparati e di ben diverso valore. In alcuni casi si tratta certo di fatti ai quali dobbiamo riconoscere una reale forza traumatica: il tentativo di violenza carnale che di colpo rivela alla fanciulla ancora immatura tutta la brutalità del piacere sessuale; l'involontaria vista dell'atto sessuale compiuto dai genitori, che rivela un'insospettata bruttura e insieme ferisce i sentimenti filiali e morali, eccetera. In altri casi, però, queste esperienze sono di una sorprendente irrilevanza. In una delle mie pazienti risultò che alla base della sua nevrosi vi era l'episodio di un ragazzo, suo amico, che una volta le aveva teneramente accarezzato la mano e che un'altra volta, seduti vicini a tavola, le aveva premuto il ginocchio contro il vestito, mentre il suo volto lasciava capire che si trattava di qualcosa di proibito. In un'altra giovane donna, il solo

aver ascoltato una domanda che, essendo a doppio senso, lasciava prevedere una risposta oscena, era stato sufficiente a scatenare il primo attacco d'angoscia e a dare quindi il via all'affezione. Tali scoperte evidentemente non favoriscono la comprensione delle cause dei sintomi isterici. E se possono essere traumi ultimi dell'isteria tanto un avvenimento grave, quanto un avvenimento insignificante, tanto un'esperienza subita sul proprio corpo, quanto un'impressione ritratta alla vista di qualcosa o per aver sentito qualcosa, potremo forse essere tentati di considerare gli isterici come esseri umani particolari (e verosimilmente tali per predisposizione ereditaria o per deficit degenerativo), nei quali la paura del sesso, che sempre ha una certa importanza nell'età puberale, ha assunto proporzioni patologiche e una durata permanente: e cioè individui che, in certo qual modo, non possono soddisfare psichicamente le esigenze della sessualità. Questa interpretazione trascura però l'esistenza dell'isteria maschile, e se anche non disponessimo di una obiezione di questo genere, la tentazione di fermarsi a questa soluzione non sarebbe poi così grande. Troppo chiaramente si avverte qui la sensazione intellettuale di un qualcosa compreso solo a metà, non chiaro e insufficiente.

Fortunatamente per la nostra spiegazione, alcuni degli episodi sessuali dell'adolescenza si dimostrano inadeguati anche sotto un altro punto di vista, il che vale a stimolarci a perseverare nel lavoro analitico. Risulta infatti che anche questi episodi mancano di idoneità alla determinazione, seppure con frequenza assai inferiore a quella che si nota nelle scene traumatiche di età più tarda. Così, per esempio, consideriamo le due pazienti citate poco fa per illustrare il caso di episodi dell'età puberale veramente insignificanti: dopo che questi episodi si furono verificati, esse accusarono singolari sensazioni dolorose ai genitali, le quali si stabilizzarono fino a rappresentare il sintomo principale della nevrosi, ma la cui determinazione non poteva essere derivata né da quelle scene della pubertà né da altre di epoca posteriore, e che inoltre non potevano certo rientrare né tra le normali sensazioni organiche, né tra i segni di eccitazione sessuale. È facile comprendere come, a questo punto, si debba dire a noi stessi che la determinazione di questi sintomi va ricercata in altri episodi, ancora più lontani nel tempo, seguendo così per la seconda volta quella provvidenziale ispirazione che già una volta ci aveva guidati dalle prime scene traumatiche alle catene mnestiche celate dietro di esse. Si giunge così sicuramente al tempo dell'infanzia,

al periodo che precede lo sviluppo della vita sessuale e che, come tale, sembra implicare una rinuncia all'etiologia sessuale. Ma non si ha forse il diritto di supporre che anche l'infanzia non vada esente da lievi eccitamenti sessuali, e forse perfino che il successivo sviluppo sessuale venga influenzato, e in maniera decisiva, dalle esperienze infantili? Un'azione nociva a carico di un organo ancora imperfetto o di una funzione ancora in fase di sviluppo ha molto spesso effetti assai piú gravi e duraturi di quelli che quella stessa azione provocherebbe in un soggetto di età piú matura. Forse alla base della reazione dell'isterico al fatto vissuto in età puberale, reazione talmente abnorme da stupirci, vi sono, in genere, proprio queste esperienze infantili, le quali in tal caso dovrebbero essere di natura uniforme e molto significativa. Si giungerebbe cosí alla possibilità di spiegare come precocemente acquisito ciò che, finora, era necessario attribuire a una predisposizione, per altro inesplicabile, di tipo ereditario. E poichè le esperienze infantili di contenuto sessuale potrebbero svolgere un'azione sulla psiche solo per mezzo delle tracce mnestiche da esse lasciate, non saremmo forse finalmente riusciti a rendere completo quel risultato al quale ci aveva portati l'analisi, e cioè che sempre i sintomi isterici insorgono solo per l'azione concorrente dei ricordi? [p. 338].

2.

È facile indovinare, Signori, che non avrei tanto a lungo indugiato su quest'ultima linea di pensiero, se non avessi voluto rendere accettabile il fatto che essa è l'unica in grado di condurre, dopo tante esitazioni, alla mèta perseguita. In realtà, il nostro noioso e difficile lavoro analitico è giunto al termine, poichè a questo punto troviamo una risposta a ogni domanda e previsione fatte finora. Perseverando nel penetrare, con l'analisi, fino alla prima infanzia, fin dove può giungere la capacità umana di ricordare, in tutti i nostri casi riusciremo a provocare nel paziente la rievocazione di episodi che, per il loro particolare carattere e per le relazioni che essi presentano con i sintomi morbosi piú tardi sopravvenuti, vanno necessariamente considerati come la ricercata etiologia della nevrosi. Queste esperienze infantili hanno di nuovo un contenuto sessuale, ma oltre a ciò sono anche di natura ben piú uniforme delle scene della pubertà ritrovate in precedenza. Non si tratta piú della rievocazione del tema sessuale sollecitata da una qualsiasi impressione sensoria, ma

di un'esperienza sessuale provata sul proprio corpo, di un vero e proprio rapporto sessuale (in senso lato). Mi si vorrà concedere che la importanza di tali scene basta a sé stessa e non ha bisogno di altre basi, e a ciò si aggiunga che, nei particolari di esse, sarà sempre possibile reperire quegli elementi determinanti non trovati nelle altre scene accadute poi, ma rievocate per prime.

Io affermo quindi che alla base di ogni caso di isteria vi sono uno o più episodi di esperienza sessuale precoce della prima infanzia, episodi che il lavoro analitico è in grado di rievocare nonostante i decenni trascorsi.¹ Ed è, questa, una scoperta che io considero importantissima, la scoperta del *caput Nili* [sorgente del Nilo] nella neuropatologia, anche se ancora non so bene da che parte incominciare per proseguire nell'esposizione particolareggiata di queste circostanze. Dovrò esporvi i fatti emersi dalle mie analisi, o non piuttosto cercare di occuparmi della massa di dubbi e obiezioni, che ho ragione di credere si sia già imposta alla vostra attenzione? Sceglierò quest'ultimo partito, e chissà che, sui fatti, non potremo soffermarci poi con maggiore tranquillità.

a) Coloro che si oppongono radicalmente alla concezione psicologica dell'isteria, non hanno rinunciato alla speranza che un giorno sia possibile ricondurre i sintomi dell'isteria a "sottili modificazioni anatomiche", e respingono la teoria secondo la quale le basi materiali delle modificazioni isteriche non possono che essere analoghe a quelle dei nostri normali processi mentali; costoro non potranno certamente nutrire alcuna fiducia nei risultati delle nostre analisi; le differenze di principio esistenti tra le loro premesse e le nostre ci svincolano però dall'obbligo di convincerli punto per punto.

Ma anche altri, pur essendo meno contrari all'interpretazione psicologica dell'isteria, potrebbero essere tentati, una volta posti di fronte ai nostri risultati, di chiedersi quale sicurezza offra mai l'impiego della psicoanalisi, se non potrebbe forse darsi che sia stato il medico a imporre al paziente, quali sedicenti ricordi, tali scene, oppure il paziente a suggerire al medico deliberate invenzioni o libere fantasie che questi prende per vere. A questo interrogativo posso rispondere sottolineando che qualsiasi generica obiezione sulla sicurezza del metodo psicoanalitico può essere sollevata e sormontata soltanto quando si disponga di una completa conoscenza della

¹ (Nota aggiunta nel 1924) Vedi la mia nota a p. 345.

tecnica e dei risultati del metodo stesso; le obiezioni relative all'autenticità delle scene sessuali¹ infantili possono invece essere fin d'ora confutate da piú di un argomento. In primo luogo, il comportamento che il paziente rivela mentre rievoca queste esperienze infantili è, sotto ogni punto di vista, del tutto inconciliabile con il sospetto che queste scene non corrispondano a una realtà penosamente ritrovata ed assai malvolentieri ricordata. Prima di sottoporsi all'analisi, il malato non sa nulla di queste scene ed è solito ribellarsi quando lo si avverte del loro prossimo riaffiorare; solo la forte coercizione del trattamento può indurlo a rievocarle; mentre richiama alla coscienza queste esperienze infantili, soffre a causa di violente sensazioni delle quali si vergogna e che aspira a nascondere, e anche dopo averle rivissute fino in fondo e in modo tanto convincente, tenta di non prestarvi fede sottolineando di non aver provato, come invece era accaduto rievocando altri fatti dimenticati, la sensazione di stare ricordando.²

Quest'ultimo particolare comportamento si dimostra assolutamente probante. A che scopo, infatti, il soggetto tenterebbe di comunicarmi tanto risolutamente la sua incredulità, se egli stesso avesse inventato, per un qualsiasi motivo, i fatti ai quali vuole poi togliere ogni valore di verità?

L'ipotesi che sia il medico a imporre al paziente reminiscenze di questo tipo, a suggerirgliene la rappresentazione e la rievocazione, è invece meno comodamente oppugnabile ma, mi sembra, altrettanto insostenibile. A me non è mai riuscito di imporre a un paziente la scena che mi aspettavo si presentasse, a imporgliela in modo che questi sembrasse riviverla con tutte le sensazioni appropriate. Può darsi però che altri possano ottenere un maggior successo.

La realtà delle scene sessuali infantili è ulteriormente convalidata da tutta una serie di altre prove. Innanzi tutto, l'uniformità di certi particolari, uniformità che deve risultare dalle premesse simili che si ritrovano in tutti questi episodi; naturalmente, sempre che non la si voglia attribuire a un accordo segreto stretto tra i singoli pazienti. E poi, il fatto che non di rado i malati descrivono come innocuo un episodio il cui significato essi evidentemente non afferrano, dato

¹ [Per il termine "scena sessuale" (*Sexualszene*) vedi sopra p. 58, n. 2.]

² (Nota aggiunta nel 1924) Tutto ciò è esatto, ma bisogna tener presente che, allora, io non mi ero ancora liberato dalla tendenza a sopravvalutare la realtà e a sottovalutare la fantasia. [Vedi il commento dello stesso genere, sempre del 1924, nello scritto precedente, p. 312, n. 1.]

che, in caso contrario, ne sarebbero inorriditi; oppure il fatto che i pazienti raccontano, senza darvi alcun valore, particolari che solo una persona ricca di esperienza può conoscere e apprezzare come sottili tratti del reale.

Se tali fatti rinforzano l'impressione che i malati debbano veramente aver vissuto ciò che, sotto la coercizione dell'analisi, rievocano come scene dell'infanzia, un'altra e più poderosa prova in merito sorge dalla relazione che esiste tra le scene infantili e il contenuto di tutto il resto della storia clinica. Come quando nei giochi di pazienza dei bambini, dopo molti tentativi si profila alla fine l'assoluta certezza di quale sia il pezzo da inserire in quel dato spazio vuoto, proprio perché quel dato pezzo è l'unico che possa completare la figura e insieme, inserendosi perfettamente con i suoi contorni irregolari fra gli altri contorni, combaciare con gli altri pezzi, in modo da non lasciare alcuno spazio vuoto e da escludere qualsiasi altra coincidenza; così le scene infantili si rivelano, per contenuto, indispensabili integrazioni della struttura associativa e logica della nevrosi, tanto che dopo l'inserzione di esse il corso delle nevrosi diverrà per la prima volta comprensibile — spesso si potrebbe dire: evidente — in sé stesso.

Aggiungerò, senza volerlo portare in primo piano, che in tutta una serie di casi si può anche addurre l'evidenza terapeutica dell'autenticità delle scene infantili. Vi sono casi in cui è possibile ottenere una guarigione, completa o parziale, anche senza dover risalire fino alle esperienze sessuali dell'infanzia, altri in cui è impossibile conseguire il minimo risultato senza aver protratto l'analisi fino al suo termine naturale, ossia fino alla scoperta dei primissimi traumi. A mio parere, nel primo caso la comparsa di recidive non può essere esclusa con certezza, mentre mi aspetto che un trattamento psicoanalitico completo significhi la radicale guarigione dell'isteria.¹ Comunque non precorriamo gli insegnamenti dell'esperienza!

Un'altra prova, veramente inoppugnabile, dell'autenticità degli episodi sessuali infantili l'abbiamo quando le notizie date dal soggetto in analisi vengono confermate da un'altra persona, sia essa o no sottoposta a trattamento. Occorre, per questo, che entrambi i soggetti abbiano condiviso, durante la loro infanzia, una stessa espe-

¹ [Interessante l'attenuazione dell'asserzione in *Analisi terminabile e interminabile* (1937).]

rienza e forse avuto un rapporto sessuale tra di loro. Rapporti infantili di questo genere non sono, come sentirete fra poco, per nulla rari. Capita inoltre abbastanza spesso che i due protagonisti della vicenda vengano, in seguito, colpiti da nevrosi; reputo tuttavia una vera fortuna per me aver potuto ottenere per due volte, in diciotto casi, la conferma obiettiva di questo dato. In uno di questi casi fu il fratello, rimasto sano, a confermarmi di sua spontanea volontà non, è vero, le primissime esperienze sessuali con la sorella malata, ma almeno scene del genere di un periodo piú avanzato della loro infanzia e l'esistenza di rapporti sessuali risalenti molto prima nel tempo. Nell'altro caso, accadde che due signore che avevo in cura avessero avuto, da bambine, un rapporto sessuale con la stessa persona di sesso maschile, nel corso del quale vi erano state alcune scene à trois. A testimonianza di questa esperienza comune, in ambedue le pazienti era comparso uno stesso sintomo, derivante da questi avvenimenti infantili.

b) Le esperienze sessuali dell'infanzia, consistenti in stimolazione dei genitali, pratiche simili al coito eccetera, vanno dunque riconosciute, in ultima analisi, come quei traumi da cui derivano la reazione isterica agli avvenimenti della pubertà e lo sviluppo dei sintomi isterici. Contro quest'asserzione verranno sicuramente sollevate, da piú parti, due obiezioni reciprocamente contrarie. Alcuni infatti diranno che tali abusi sessuali, perpetrati su bambini o effettuati tra bambini, sono troppo rari perché in essi possa essere ravvisato l'elemento determinante di una nevrosi tanto frequente come l'isteria; altri, al contrario, sosterranno forse che fatti di questa specie sono molto frequenti, anzi troppo frequenti, perché si possa attribuire loro un significato etiologico. Questi ultimi diranno anche che sarebbe facile, dopo una breve ricerca, trovare persone le quali ricordano scene di seduzione sessuale e di abuso sessuale negli anni della loro infanzia, e che pure non sono mai divenute isteriche. Ci sarà infine proposto come argomento rilevante il fatto che negli strati sociali inferiori l'isteria non è certo piú frequente di quanto non sia in quelli superiori, mentre tutto lascia supporre che l'obbligo di salvaguardia sessuale dell'infanzia venga trasgredito molto piú frequentemente nei bambini del proletariato.

Cominceremo la nostra difesa dalla parte piú facile del compito. A me pare assolutamente indubbio che i nostri bambini si trovano esposti agli assalti sessuali assai piú spesso di quanto non ci si do-

vrebbe aspettare dalle scarse precauzioni prese al riguardo dai genitori. Non appena incominciai a informarmi su quanto si conoscesse sull'argomento, alcuni colleghi mi segnalavano che già erano comparse varie pubblicazioni di pediatri, nelle quali veniva denunciata la frequenza con cui le balie e le bambinaie fanno oggetto di pratiche sessuali persino i lattanti. Alcune settimane fa ho anzi potuto avere tra le mani uno studio effettuato a Vienna dal dottor Stekel, nel quale viene esaminato il problema del *Coito nell'infanzia*.¹ Non ho avuto il tempo di raccogliere altri dati bibliografici, ma se anche questi dovessero essere in numero limitato, è lecito tuttavia aspettarsi che, una volta dedicata una maggiore attenzione a quest'argomento, potremo avere la rapida conferma della grande frequenza dell'attività e delle esperienze sessuali in età infantile.

Infine, i risultati delle mie analisi parlano da sé: in tutti i miei diciotto casi (sei uomini e dodici donne) di isteria pura e di isteria combinata con rappresentazioni ossessive, sono riuscito, come ho già detto, a venire a conoscenza di tali esperienze sessuali infantili. A seconda dell'origine della stimolazione sessuale, posso dividere la mia casistica in tre gruppi. Nel primo ho riunito le aggressioni, cioè i tentativi singoli o comunque isolati di abusare di bambini, per lo più di sesso femminile, da parte di estranei adulti (i quali sapevano come evitare l'offesa grossolana, meccanica), senza che vi fosse questione di condiscendenza da parte del bambino e in cui prima conseguenza dell'episodio fu solo lo spavento. Un secondo gruppo è formato da casi, assai più numerosi, nei quali una persona adulta alle cui cure il bambino era stato affidato (nutrici, bambinaie, governanti, maestri, spessissimo, purtroppo, anche un parente stretto²) iniziò il bambino al rapporto sessuale e mantenne con lui una relazione amorosa, sviluppata altresì dal lato spirituale, protratta spesso anche per anni. Del terzo gruppo fanno parte, infine, i rapporti infantili veri e propri, e cioè i casi di relazione sessuale tra due bambini di sesso diverso, per lo più fratelli, prolungati spesso oltre la pubertà e comportanti le più persistenti conseguenze per la coppia. Nella maggior parte dei miei casi notai l'azione combinata di due o più di tali etiologie; in alcuni casi, il sovrapporsi di esperienze sessuali di tipo diverso era veramente impressionante. Questa singolarità delle mie osservazioni è comunque facilmente comprensibile se si tiene presente che ho trattato casi di malattia nevrotica

¹ W. STEKEL, Wien. med. Bl., vol. 18, 247 (1895).

² [Vedi nota p. 309.]

molto grave, al punto da minacciare la capacità di vita del soggetto.

Quando si trattava di un rapporto tra due bambini, si ebbe a volte la prova che il maschietto (il quale anche qui aveva il ruolo aggressivo) era stato precedentemente sedotto da un adulto di sesso femminile, e che poi, sotto la spinta della libido in lui precocemente risvegliata e mosso dal ricordo ossessivo, aveva cercato di ripetere sulla bambina proprio quelle pratiche che aveva appreso dall'adulto, senza apportare alcuna variazione personale al tipo di attività sessuale.

Sono perciò propenso a ritenere che il bambino non possa essere in grado di trovare la via agli atti dell'aggressione sessuale, se prima non sia stato a sua volta sedotto. La base per una nevrosi verrebbe quindi sempre posta nell'infanzia da un adulto, e i bambini si passerebbero da uno all'altro la disposizione ad ammalarsi, in futuro, di isteria. Si rifletta ancora un momento sulla particolare frequenza con cui tra fratelli e sorelle o tra cugini, favoriti dalle molte occasioni del vivere in comune, si instaurano, durante l'infanzia, relazioni sessuali; supponendo che, dieci o quindici anni dopo, più membri della nuova generazione di una stessa famiglia risultino essere nevrotici, ci si domandi a questo punto se non venga spontaneo attribuire a una disposizione ereditaria un tale insorgere familiare della nevrosi, là dove non si tratta che di una pseudoeredità e in realtà si è verificato nell'infanzia un reciproco passaggio, un'infezione.

Occupiamoci ora dell'altra obiezione, di quella sollevata da coloro che ammettono la frequenza delle esperienze sessuali infantili, ma rilevano il fatto che molte persone le quali ricordano tali scene non sono per nulla diventate isteriche. Contro costoro affermiamo che la straordinaria frequenza di un fattore etiologico non può assolutamente essere usata quale obiezione alla sua importanza etiologica.¹ Forse che il bacillo della tubercolosi non si trova dappertutto e non viene ispirato da assai più gente di quanta non si ammali di tubercolosi? E forse che la sua importanza etiologica risulta sminuita dal fatto che per provocare la tubercolosi, e cioè il suo effetto specifico, il bacillo ha certamente bisogno dell'azione concorrente di altri fattori? Per riconoscergli il ruolo di etiologia specifica è sufficiente questa constatazione: la tubercolosi non può insorgere senza il suo con-

¹ [La questione dell'"etiologia specifica" era stata discussa a lungo sopra, in *A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia"* (1895) pp. 188 sgg.]

corso. Lo stesso vale per il nostro problema. Non ha importanza che molte persone abbiano avuto episodi di sessualità infantile senza per questo divenire isteriche, se tutti coloro che diventano isterici hanno vissuto tali scene. L'area di occorrenza di un dato fattore etiologico può essere assai superiore di quello del suo effetto, ma non mai inferiore. Non tutti coloro che toccano o che si avvicinano a un soggetto colpito da vaiolo ne vengono contagiati; eppure, nel caso del vaiolo il contagio è praticamente l'unica etiologia a noi nota.

Certo che se l'attività sessuale infantile fosse un fenomeno generalizzato, il suo accertamento nei casi esaminati perderebbe di valore. Ma, in primo luogo, un'affermazione simile sarebbe del tutto esagerata, e in secondo luogo, le pretese etiologiche delle scene infantili non riposano soltanto sulla costanza della loro presenza nell'anamnesi degli isterici, ma anche e soprattutto sulla dimostrazione dell'esistenza di legami associativi e logici tra essi e i sintomi isterici, dimostrazione che a ognuno di voi apparirebbe di una chiarezza solare esaminando una storia clinica completa.

Quali potranno dunque essere gli altri fattori, necessari all'"etiologia specifica" dell'isteria per produrre realmente la nevrosi? È, questo, Signori, un tema veramente a sé stante che non mi propongo di trattare ora; per oggi non ho che da segnalare il punto di contatto in cui si congiungono le due parti del tema: etiologia specifica ed etiologia accessoria. Andrò preso in considerazione un certo numero di fattori: la costituzione ereditaria e personale, l'importanza intrinseca degli episodi sessuali infantili, soprattutto la loro frequenza: un breve rapporto con un bambino estraneo, più tardi indifferente, ha un valore causale assai inferiore a quello di una relazione, radicata e protratta per molti anni, con il proprio fratello. Nell'etiologia delle nevrosi, le condizioni quantitative sono importanti quanto quelle qualitative: per la comparsa dell'affezione devono venire oltrepassati i valori liminari. Del resto, io ritengo che neppure la suddetta serie etiologica possa essere considerata completa, e che essa non sia comunque in grado di chiarire l'enigma del perché l'isteria non sia più frequente negli strati sociali inferiori (non si dimentichi per altro che, secondo Charcot, l'isteria maschile sarebbe enormemente diffusa nella classe operaia). Desidero però ricordarvi anche che io stesso, alcuni anni fa,¹ segnalai un fattore finora poco considerato, al quale rivendico il ruolo principale nella provocazione

¹ [Nello scritto *Le neuropsicosi da difesa* (1894), vedi sopra p. 123.]

dell'isteria dopo la pubertà. Allora spiegai che l'insorgenza dell'isteria può essere quasi sempre ricondotta a un conflitto psichico, in quanto una rappresentazione incompatibile determina la difesa dell'Io e provoca la rimozione. A quell'epoca però non mi fu possibile precisare in quali circostanze questo moto di difesa può avere l'effetto patologico di respingere nell'inconscio il ricordo penoso all'Io e di creare, al posto di esso, un sintomo isterico. Tale precisazione la posso fare oggi: *la difesa riesce nel suo intento di respingere dalla coscienza la rappresentazione incompatibile, se nel soggetto, fino a quel momento sano, sono presenti episodi sessuali infantili nella forma di ricordi inconsci, e se la rappresentazione che va rimossa può essere posta in connessione logica o associativa con un'esperienza infantile di questo genere.*

E poiché lo sforzo di difesa dell'Io dipende dall'intero sviluppo etico-intellettuale del soggetto, ecco che non siamo più all'oscuro sul perché, nelle classi inferiori, l'isteria sia molto più rara di quanto non esigerebbe la sua etiologia specifica.

E ora, Signori, ritorniamo ancora una volta a quell'ultimo gruppo di obiezioni, rispondere alle quali ci ha portato tanto lontano. Abbiamo sentito e ammesso che numerose sono le persone che ricordano molto chiaramente le proprie esperienze sessuali infantili, e non sono tuttavia isteriche. Questa obiezione non ha in sé alcun valore, ma ci dà modo di fare un'osservazione importante. Secondo la nostra comprensione della nevrosi, queste persone non possono essere isteriche o, perlomeno, in esse l'isteria non può comparire in conseguenza degli episodi di cui esse hanno un ricordo cosciente. Nei nostri malati, tali ricordi non sono mai coscienti; anzi, li curiamo della loro isteria trasformando in coscienti i ricordi inconsci degli episodi infantili. Che i soggetti avessero vissuto simili esperienze era un dato di fatto che non potevamo, né era necessario, modificare. Voi vedete, quindi, che non conta soltanto l'esistenza di esperienze sessuali infantili, bensì la presenza di una data condizione psicologica. Questi episodi devono presentarsi come ricordi inconsci, e possono provocare e far perdurare i sintomi isterici solo in quanto e fin quando restino inconsci. Da che cosa dipenda poi il fatto che queste esperienze determinino ricordi coscienti o inconsci, e che la condizione risieda nel contenuto delle esperienze o nel periodo in cui si verificarono oppure in influssi posteriori, è un altro problema, dal quale, per ora, ci terremo prudentemente lontani. Mi sia soltanto permesso di ribadire questo primo risultato cui ci ha

condotto l'analisi: i sintomi isterici sono derivati di ricordi operanti inconsciamente.

c) Se noi dunque riteniamo che le esperienze sessuali infantili siano la condizione preliminare di base e, per così dire, la disposizione all'isteria, e non producano tuttavia i sintomi isterici immediatamente, ma rimanendo inizialmente inattive esplicano un'azione patogena solo più tardi, quando, dopo la pubertà, vengono ridestate nella forma di ricordi inconsci, sarà necessario conciliare questa nostra opinione con le numerose osservazioni che dimostrano l'insorgenza di affezioni isteriche già durante l'infanzia e prima della pubertà. Anche tale difficoltà tuttavia si risolve una volta effettuata l'attenta disamina dei dati emersi dall'analisi della cronistoria delle esperienze sessuali infantili. Si riscontrerà infatti che nei nostri casi gravi la formazione dei sintomi isterici comincia, non eccezionalmente ma di norma, verso gli otto anni, e che le esperienze sessuali che non esplicano un'azione immediata risalgono sempre più indietro, al terzo, quarto e persino al secondo anno di vita. E poiché in nessun caso singolo la catena delle esperienze attive si spezza con l'ottavo anno,¹ devo supporre che questo periodo, e cioè quello della seconda dentizione, costituisca un confine per l'isteria, oltre il quale la sua causazione non è più possibile. Chi non ha avuto esperienze sessuali prima di questo periodo non può più, in seguito, essere predisposto all'isteria; chi ne ha avute, può già sviluppare sintomi isterici. Casi isolati di insorgenza di isteria anche prima di questo limite cronologico (prima degli otto anni) possono essere intesi come un fenomeno di maturità precoce. L'esistenza di questo limite è molto verosimilmente legata ai processi evolutivi nell'ambito dell'organizzazione sessuale. La precocità nello sviluppo sessuale somatico può essere frequentemente osservata, ed è persino pensabile che venga sollecitata da una precoce stimolazione sessuale.²

Si perviene in tal modo a rilevare che è necessario un certo infantilismo delle funzioni psichiche così come del sistema sessuale perché un'esperienza sessuale che avvenga in questo periodo possa, in seguito, esplicare, sotto forma di ricordo, un'azione patogena.

¹ [Intendi: in nessun caso le esperienze fatte fino all'ottavo anno perdono la possibilità di esplicare più tardi un'azione patogena.]

² [Su tutto questo problema vedi sopra la lunga nota nello scritto precedente, p. 311, n. 1. L'età dall'ottavo al decimo anno, là e a p. 310 indicata come quella della maturità sessuale, è qui posta in connessione con la seconda dentizione e Freud mostra più volte di considerare importante questo particolare.]

Tuttavia non mi azzardo ancora a scendere in particolari per quanto si riferisce alla natura di questo infantilismo psichico e ai suoi limiti cronologici.

d) Un'altra obiezione potrebbe essere fondata sul fatto che il ricordo di un'esperienza sessuale infantile possa svolgere un'azione patogena tanto massiccia, mentre l'esperienza stessa non ha avuto di per sé alcun effetto. In realtà, non siamo abituati a vedere scaturire da un'immagine mnestica una forza che era mancata all'impressione reale. Si noterà, per altro, con quanta consequenzialità venga applicato, nel caso dell'isteria, il principio per cui i sintomi possono derivare soltanto dai ricordi. Tutte le scene successive in cui si formano i sintomi non sono quelle responsabili, mentre le esperienze veramente attive non producono, inizialmente, alcun effetto. Ci troviamo, qui, di fronte a un problema che, a buon diritto, possiamo tenere separato dal nostro argomento. È pur vero che, di fronte alla massa delle singolari condizioni che siamo riusciti a scoprire, avvertiamo in noi la necessità di attuare una sintesi. Abbiamo infatti scoperto che la formazione di un sintomo isterico è possibile solo quando esista uno sforzo di difesa diretto contro una rappresentazione penosa; che questa rappresentazione deve presentare un nesso logico o associativo con un ricordo inconscio, e ciò tramite elementi intermedi, più o meno numerosi ma essi pure inconsci in quel momento; che quel ricordo inconscio può avere soltanto un contenuto sessuale; che questo ricordo ha per contenuto un'esperienza riferibile a un ben preciso periodo dell'età infantile: e non possiamo fare a meno di chiederci come mai il ricordo di un'esperienza a suo tempo innocua possa, *a posteriori* e pur permanendo inconscio, avere l'abnorme effetto di portare a risultati patologici un processo psichico come quello della difesa.

Dovremo dire a noi stessi, però, che si tratta di un problema puramente psicologico, la cui soluzione probabilmente richiede la formulazione di determinate ipotesi sui processi psichici normali e sul ruolo ivi sostenuto dalla coscienza; e dovremo convincerci che questo problema può restare momentaneamente insoluto, senza ridurre il valore delle prospettive sin qui guadagnate sull'etiologia dei fenomeni isterici.

3.

Signori, il problema da me or ora impostato si riferisce al meccanismo della formazione dei sintomi isterici. Ci vediamo però costretti a descrivere le cause primarie di questi sintomi senza poter prendere nella dovuta considerazione questo meccanismo, fatto che inevitabilmente renderà meno chiara e compiuta la nostra esposizione. Ritornando al ruolo sostenuto dalle scene sessuali infantili, confesserò di aver temuto di avervi indotto a sopravvalutarne la forza formativa dei sintomi. Sottolineo perciò nuovamente che ogni caso di isteria mostra sintomi la cui determinazione deriva non da esperienze infantili, ma da esperienze posteriori, spesso recenti. Una parte dei sintomi risale naturalmente a esperienze molto precoci, e appartiene per così dire alla nobiltà più antica. Di questo gruppo fanno parte soprattutto le tanto numerose e varie sensazioni e parestesie localizzate nei genitali e in altre regioni somatiche, sintomi, questi, che corrispondono semplicemente al contenuto sensoriale delle scene traumatiche infantili, allucinatoriamente riprodotto e spesso dolorosamente intensificato.

Un'altra serie di fenomeni isterici estremamente comuni — bisogno doloroso di urinare, sensazione nella defecazione, disturbi intestinali, nausea e vomito, disturbi gastrici e ripugnanza per il cibo — durante le mie analisi si rivelarono essere (e ciò con sorprendente regolarità) un derivato delle stesse esperienze infantili, e furono facilmente chiariti da certe loro ricorrenti peculiarità. Gli episodi di sessualità infantile sono difficilmente accettabili alla sensibilità di una persona sessualmente normale: essi presentano tutti gli eccessi noti ai viziosi e agli impotenti, i quali fanno un anormale uso sessuale della cavità orale e dell'intestino retto. Nel medico, ben presto lo stupore cede però alla comprensione più completa. Da persone che non si fanno alcuno scrupolo di soddisfare le proprie esigenze sessuali con bambini, non ci si può infatti aspettare che abbiano alcun riguardo per le sfumature nei modi di questo soddisfacimento; quanto ai bambini, l'impotenza sessuale propria della loro età necessariamente impone loro di ricorrere a quegli stessi surrogati cui si abbassa un adulto divenuto impotente. Tutte le particolari condizioni in cui la coppia male assortita manda avanti il suo rapporto amoroso — l'adulto, che da una parte non può sottrarsi a quella mutua dipendenza che ogni relazione sessuale inevitabilmente comporta, e che ha tuttavia in mano l'arma dell'autorità e del diritto di

punire e cambia alternativamente di personaggio per ottenere lo sfrenato soddisfacimento delle sue voglie; il bambino che, inerme, è in balía di questo arbitrio e viene precocemente destato a ogni genere di sensazioni, esposto a ogni disillusione, e spesso sottoposto a interruzione degli atti sessuali che gli vengono richiesti, a causa del suo imperfetto dominio degli istinti naturali, — tutte queste grottesche e insieme tragiche situazioni sbagliate si rivelano impresse sull'ulteriore sviluppo dell'individuo e sulla sua nevrosi, in innumerevoli effetti durevoli che meriterebbero la piú attenta considerazione. Il carattere delle scene sessuali non cessa di essere repulsivo anche quando si tratta di un rapporto tra bambini, poiché ogni rapporto infantile postula la precedente seduzione di uno dei due bambini da parte di un adulto. Le conseguenze psichiche dei rapporti infantili di questo genere sono straordinariamente profonde; per tutta la vita, infatti, i due soggetti rimangono uniti l'uno all'altro da un legame invisibile.

A volte sono alcune circostanze accidentali di queste scene sessuali infantili quelle che, piú tardi, acquisteranno una forza determinante per i sintomi della nevrosi. Così in uno dei miei casi, la circostanza che il bambino fosse stato addestrato a eccitare con il piede i genitali di una donna adulta si rivelò sufficiente a fissarne per anni l'attenzione nevrotica sulle sue gambe e sulla loro funzione, e a produrre infine una paraplegia isterica. In un altro caso sarebbe rimasto un enigma perché mai la malata, nei suoi attacchi d'angoscia, che si presentavano a certe ore del giorno, esigesse che proprio una e una sola delle sue sorelle non si discostasse dal suo fianco per potersi calmare, se l'analisi non avesse mostrato che l'aggressore, a suo tempo, era solito informarsi in ogni sua visita se fosse in casa quella sorella, dalla quale doveva forse temere di essere interrotto.

Può accadere che la forza determinante delle scene infantili si celi a tal punto da passare inosservata a un'analisi superficiale. Crediamo allora di aver trovato la spiegazione di un dato sintomo nel contenuto di una delle scene piú recenti; quando, imbattendoci, nel corso del lavoro analitico, nello stesso contenuto di una delle scene infantili, dobbiamo necessariamente concludere che la scena di epoca posteriore deve la sua capacità di determinare il sintomo solo e unicamente al fatto di coincidere con la scena di epoca piú remota. Con ciò non voglio dire che la scena di epoca posteriore sia priva di importanza; se fosse mio compito esporvi le regole della formazione dei sintomi isterici, dovrei senz'altro identificarne una

nel fatto che per la produzione di un sintomo viene scelta quella rappresentazione al cui richiamo concorre l'azione di molteplici fattori e che è risvegliata simultaneamente da piú direzioni, ciò che, in altra sede, ho cercato di formulare con la proposizione: *i sintomi isterici sono sovradeterminati*.¹

Ancora una cosa, Signori. Poco fa, è vero, ho lasciato da parte [p. 353], quale tema a sé stante, il rapporto tra etiologia recente ed etiologia infantile; ma, contro il mio proposito, non posso lasciar cadere del tutto l'argomento senza aver formulato almeno un'osservazione. Dovrete riconoscere con me che esiste soprattutto un fatto in grado di turbare la nostra comprensione psicologica dei fenomeni isterici, e che sembra diffidarci dal misurare con lo stesso metro le azioni degli isterici e quelle dei soggetti normali. Si tratta della sproporzione che si nota, negli isterici, tra lo stimolo cui si deve l'eccitamento psichico e la reazione psichica, sproporzione che noi cerchiamo di coprire formulando l'ipotesi di un'abnorme irritabilità generale, e per la quale spesso ci sforziamo di trovare una spiegazione fisiologica, come se, nell'isterico, gli organi cerebrali deputati alla trasmissione si trovassero in uno stato chimico particolare (come per esempio i centri spinali della rana stricninizzata) oppure si fossero sottratti all'influenza di centri superiori inibitori (come nell'esperimento di vivisezione degli animali). Le due interpretazioni possono essere occasionalmente e pienamente giustificate per spiegare l'isteria; non lo contesto. Ma la parte piú cospicua del fenomeno dell'abnorme, sproporzionata reazione isterica agli stimoli psichici, dà àdito a un'altra spiegazione, che trova un valido punto d'appoggio in innumerevoli esempi ricavati dall'analisi. E la spiegazione è questa: *la reazione dell'isterico è solo apparentemente esagerata; può sembrarci tale solo perché ci è nota unicamente una piccola parte dei motivi ai quali essa è dovuta*.

In realtà, questa reazione è proporzionale allo stimolo che provoca l'eccitamento, ed è quindi normale e psicologicamente comprensibile. Lo si capisce immediatamente non appena l'analisi ha aggiunto ai motivi manifesti, dei quali il malato è cosciente, quegli altri motivi che hanno agito a sua insaputa e che quindi non ci poteva comunicare.

Potrei dimostrare per ore e ore la validità di questo principio tanto importante per la piena comprensione dell'attività psichica nell'iste-

¹ [Vedi gli Studi sull'isteria (1892-95) p. 401.]

ria, ma devo, in questa sede, limitarmi a pochi esempi. Si ricordi la tanto frequente "suscttibilità" dell'isterico, che lo fa reagire alla minima provocazione come se fosse stato offeso a morte. Ma che cosa penserebbe ognuno di voi se avesse occasione di notare un grado altrettanto alto di permalosità tra due soggetti normali, per esempio due coniugi? Concluderebbe senz'altro che la scenata coniugale a cui ha assistito non sia solo il risultato dell'ultima insignificante occasione, ma che certamente nell'animo dei due coniugi da tempo si sia andato accumulando un materiale infiammabile di cui quell'ultima provocazione ha infine causato la totale deflagrazione.

Si segua ora, per cortesia, lo stesso ragionamento anche a proposito degli isterici. Non è l'ultima offesa, in sé minima, quella che ha provocato il pianto spasmodico, la crisi di disperazione, il tentativo di suicidio, infirmando così il principio della proporzionalità tra causa ed effetto; questa piccola offesa attuale ha invece destato e attivato il ricordo di così tante e più profonde offese precedentemente subite, dietro le quali tutte ancora si cela il ricordo di un'offesa grave, mai sanata, subita durante l'infanzia. Oppure, se una giovinetta si rivolge le più tremende autoaccuse per aver tollerato che un ragazzo le accarezzasse, teneramente e in segreto, la mano e se, a partire da quel momento, ella cade nella nevrosi, potreste, certo, risolvere l'enigma dichiarandola un soggetto abnorme, eccentrico, ipersensibile. Giudicherete però poi in modo diverso quando l'analisi vi avrà mostrato che quel contatto ne aveva richiamato alla memoria un altro, simile, avvenuto nella primissima adolescenza e che era parte di un tutto meno innocente, così che le autoaccuse si riferivano propriamente a quell'antica occasione. Infine, anche il problema dei punti isterogeni¹ è dello stesso genere: toccando un dato posto, facciamo qualcosa che non era nelle nostre intenzioni, risvegliamo cioè un ricordo che può scatenare un accesso spasmodico, e poiché non sappiamo nulla di questo elemento psichico intermedio, si vedrà nell'accesso un effetto da porre in diretta relazione con la causa che l'ha prodotto, ossia con la nostra sollecitazione tattile. I malati si trovano in un analogo stato di ignoranza e cadono perciò nello stesso errore, cioè stabiliscono sempre "falsi nessi" [vedi sopra p. 126] tra l'ultima motivazione di cui sono coscienti e l'effetto dipendente da così tanti elementi intermedi. Se però è diventato

¹ [Vedi Studi sull'isteria (1892-95) p. 399, n. 3.]

possibile per il medico, al fine di chiarire una reazione isterica, congiungere tra di loro tutte le motivazioni, coscienti e inconsce, egli dovrà riconoscere questa reazione apparentemente esagerata come quasi sempre adeguata, abnorme solo nella sua forma.

Contro questa interpretazione della reazione isterica agli stimoli psichici, si obietterà ora, a ragione, che essa non è comunque normale: infatti, perché le persone sane si comportano diversamente, e perché in loro non si ha la concorrente azione di tutti gli eccitamenti passati da gran tempo al sopraggiungere di un nuovo eccitamento? Si ha infatti l'impressione che, negli isterici, abbiano conservato la loro forza tutte le antiche esperienze, alle quali essi hanno pur reagito tanto spesso e in modo tanto tempestoso, quasi che si trattasse di persone incapaci di eliminare i loro stimoli psichici. Giusto, Signori: qualcosa di simile si deve in realtà ritenere per vero. Non dimentichiamo che le antiche esperienze degli isterici, in un frangente attuale esplicano la loro azione come ricordi inconsci. Sembra quasi che la difficoltà di eliminare un'impressione attuale, l'incapacità di trasformarla in un ricordo inoffensivo, dipenda proprio dal carattere dell'inconscio psichico.¹ Come vedete, il resto del problema è ancora psicologia e, per di più, di un genere di psicologia cui i filosofi ci hanno fornito un lavoro preparatorio ben scarso.

È a questa psicologia, che è proprio da creare per le nostre esigenze, — a questa futura *psicologia delle nevrosi*, — che io ora rimando quando, per finire, vi comunico qualcosa in cui si potrà inizialmente ravvisare un pericolo per la nostra iniziata comprensione dell'etiologia dell'isteria. Devo infatti affermare che il ruolo etiologico delle esperienze sessuali infantili non è limitato al solo ambito dell'isteria, ma è in pari modo operante nella singolare nevrosi delle ossessioni, e forse persino nelle forme di paranoia cronica e in altre psicosi funzionali. Devo qui esprimermi in modo meno categorico, perché il numero di casi di nevrosi ossessiva da me analizzati è ancora molto inferiore a quello dei casi di isteria; per quanto riguarda la paranoia, poi, non dispongo che di un'unica analisi completa e di alcune poche analisi frammentarie. Quanto vi ho trovato mi è però apparso rilevante e mi ha predisposto a simili attese per altri casi. Ricorderete forse che già tempo fa ho racco-

¹ [È uno spunto di quella che diventerà, in Freud, la teoria della mancanza del senso temporale nell'inconscio: vedi *L'inconscio* (1915) § 5. Un successivo accenno, più preciso, ricorre nella *Minuta teorica M* (1897), vedi sopra p. 62.]

mandato di raggruppare in una sola voce: *nevrosi da difesa*,¹ l'isteria e le ossessioni, ancor prima di averne riconosciuto la comune etiologia infantile. Ebbene, devo aggiungere oggi — anche se non è necessario che sia sempre così — che tutti i miei casi di ossessioni rivelano un substrato di sintomi isterici,² per lo più sensazioni e dolori, riconducibili precisamente alle più antiche esperienze infantili. Qual è dunque il fattore che, dalle scene sessuali infantili rimaste inconscie, una volta aggiunti anche gli altri elementi patogeni, farà discriminatamente derivare o un'isteria o una nevrosi ossessiva o persino la paranoia? Questo ampliarsi delle nostre conoscenze, revocando la specificità della relazione etiologica, sembrerebbe sminuire il valore etiologico di queste scene.

Non sono ancora in grado, Signori, di dare una risposta sicura a questo problema. Il numero dei casi da me analizzati non è ancora sufficiente, né lo è la varietà delle condizioni in essi rilevate. Finora ho però notato che le ossessioni si rivelano sempre all'analisi come camuffate e trasformate *autoaccuse per atti di aggressione sessuale nell'infanzia*, come tali, quindi, più frequenti negli uomini che nelle donne, e che negli uomini compaiono più spesso dell'isteria. Ne potrei dunque trarre la conclusione che il carattere delle scene infantili — ossia se vennero esperite con piacere o solo passivamente — ha una ben precisa influenza sulla scelta della futura nevrosi, ma non vorrei sottovalutare l'influenza dell'età in cui queste azioni infantili vennero compiute, né altri fattori. La soluzione qui potrà essere data solo dalla discussione di altre analisi; quando però verrà appurato quali siano i fattori che determinano la scelta tra le possibili forme di neuropsicosi da difesa, ecco che di nuovo il problema di quale sia il meccanismo di strutturazione di ogni singola forma sarà di natura puramente psicologica.

Sono così arrivato al termine di questa mia odierna relazione. Conscio delle obiezioni e dell'incredulità, desidero dare alla mia posizione il viatico di un solo altro chiarimento. Comunque possiate accogliere i miei risultati, vorrei pregarvi di non considerarli il frutto di uno studio a buon mercato. Essi si basano su una ricerca faticosa condotta malato per malato, che si è protratta, nella maggior parte dei casi, per più di un centinaio di ore di lavoro. Ancor più

¹ [Ciò avvenne, appunto, nello scritto *Le neuropsicosi da difesa* (1894).]

² [Vedi lo scritto precedente, p. 312.]

importante della vostra valutazione dei miei risultati è per me la considerazione del procedimento di cui mi sono servito, procedimento del tutto nuovo, difficile da maneggiare e tuttavia insostituibile ai fini scientifici e terapeutici. È chiaro infatti che non è possibile contestare validamente i risultati cui perviene questo modificato metodo di Breuer, se si accantona questo metodo e ci si serve solo dell'abituale metodo anamnesticò. Sarebbe come voler confutare i reperti della tecnica istologica facendo appello alla ricerca macroscopica. Poiché il nuovo metodo d'indagine ci dischiude l'accesso a un nuovo elemento dell'accadere psichico, a ciò che è rimasto inconscio o, secondo l'espressione di Breuer, "inammissibile alla coscienza",¹ ci ispira la speranza di una nuova e migliore comprensione di tutti i disturbi psichici funzionali. Non posso credere che la psichiatria voglia per molto tempo ancora trattenersi dal servirsi di questa nuova via alla conoscenza.

¹ [Vedi le considerazioni teoriche di Breuer negli *Studi sull'isteria* (1892-95) p. 369.]

SOMMARI DEI LAVORI SCIENTIFICI
DEL LIBERO DOCENTE DOTTOR SIGMUND FREUD
1877-1897

1897

Freud aveva ottenuto nel 1885 (vedi Introduzione al vol. 1 della presente edizione, p. xxii) la libera docenza in malattie del sistema nervoso, con la quale egli aveva facoltà di tenere corsi liberi nella Università di Vienna. Avrebbe dovuto in seguito ottenere il titolo di *Ausserordentlich Professor* (professore straordinario, o aggiunto), che non implicava nuove funzioni universitarie, ma rappresentava un grado accademico importante, anche ai fini professionali (i liberi docenti non venivano chiamati professori in Austria). La nomina poteva essere ottenuta in base a un voto della Facoltà, su proposta di due professori titolari, e mediante un decreto del Ministro, che personalmente giudicava se dare o no corso alla proposta.

Freud ai primi del 1897 fu proposto da Nothnagel e da Krafft-Ebing (vedi la lettera a Fliess dell'8 febbraio 1897). Perché la Facoltà si pronunciasse, era necessario che il candidato presentasse un elenco delle proprie pubblicazioni, con riassunti dei contenuti. È precisamente l'elenco qui pubblicato. Freud lo finì e lo fece stampare privatamente fra il 16 e il 25 maggio di quell'anno (vedi la lettera a Fliess in pari data) col titolo *Inhaltsangaben der wissenschaftlichen Arbeiten des Privatdozenten Dr. Sigmund Freud, 1877-1897* (Deuticke, Vienna 1897) 24 pp. Riprodotto in *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 463-88. La traduzione è di Adele Campione.

La Facoltà di medicina si pronunciò favorevolmente a maggioranza nella seduta del 12 giugno. Ma le prevenzioni d'ordine politico (per l'antisemitismo del governo) e di carattere scientifico, per le reazioni provocate nel pubblico dalle pubblicazioni con riferimento alla sessualità, fecero sì che la nomina non fosse concessa, né quell'anno né nei quattro successivi.

Solo nel 1902, in seguito a interventi e pressioni di persone estranee al mondo scientifico, il Ministro dell'Istruzione del tempo fu indotto a concedere la nomina. Freud ha raccontato la vicenda nell'ultima lettera scritta a Fliess l'11 marzo 1902, e il racconto è un gustoso quadro di costume della Vienna asburgica dell'inizio del secolo.

La presente bibliografia di Freud, dal 1877 al 1897, contiene quasi tutto ciò che Freud ha pubblicato in quei venti anni. Sono omesse le

recensioni, qualche scritto minore e i contributi anonimi a pubblicazioni collettive. L'unica omissione di rilievo è una conferenza *Über die allgemeine Wirkung der Cocaïns* (Sugli effetti generali della cocaina), tenuta il 3 marzo 1885 alla Società di fisiologia e il 5 marzo alla Società psichiatrica (vedi sotto p. 370, n. 2). E. Jones, *Vita e opere di Freud*, trad. A. e M. Novelletto (Il Saggiatore, Milano 1962) vol. 1, pp. 129-33, ritiene che questa omissione — come altri errori commessi da Freud nel riferire la "vicenda della cocaina" — sia dovuta a inconsci processi di rimozione per sentimento di colpa (vedi anche la Introduzione al vol. 1 della presente edizione, p. xxiv).

Sommari dei lavori scientifici
del libero docente dottor Sigmund Freud
1877-1897

A. ANTERIORI AL CONSEGUIMENTO DELLA DOCENZA

1.

Osservazioni sulla forma e sull'intima struttura degli organi lobati, descritti come testicoli, dell'anguilla (1877)¹

Beobachtungen über Gestaltung und feineren Bau der als Hoden beschriebenen Lappenorgane des Aals, S. B. Akad. Wiss. Wien, I Abt., vol. 75, 419 (1877).

In un organo doppio, solcato a mo' di lobi, presente nella cavità addominale dell'anguilla, il dottor Syrski ha recentemente riconosciuto gli organi genitali maschili di questo animale, tanto a lungo ricercati. Su sollecitazione del professor Claus, ho ricercato presso la Stazione zoologica di Trieste la presenza di questi organi lobati e la struttura del loro tessuto.

¹ [Relazione della ricerca compiuta nella primavera del 1876 da Freud, mentre era ancora studente, nella Stazione zoologica sperimentale di Trieste, con due soggiorni in quella città. La ricerca fu presentata all'Accademia delle Scienze il 15 marzo 1877 e fu pubblicata in aprile. Il professor Claus era direttore dell'Istituto di anatomia comparata di Vienna.]

2.

Sull'origine delle radici nervose posteriori nel midollo spinale dell'Ammonoetes (Petromyzon planeri)

(Istituto di Fisiologia dell'Università di Vienna. Con una tavola) (1877)¹

Über den Ursprung der hinteren Nervenwurzeln im Rückenmarke von Ammonoetes (Petromyzon Planeri), *ibid.*, III Abt., vol. 75, 15 (1877).

È possibile dimostrare che nel midollo spinale del *Petromyzon* le grandi cellule nervose della sostanza grigia posteriore (cellule posteriori), descritte da Reissner, danno origine alle fibre radicolari delle radici posteriori. — Le radici spinali anteriori e posteriori del *Petromyzon* sono inizialmente spostate l'una rispetto all'altra, perlomeno nella regione caudale, e rimangono separate l'una dall'altra lungo il loro percorso periferico.

3.

Sui gangli spinali e sul midollo spinale del Petromyzon

(Istituto di Fisiologia dell'Università di Vienna. Con 4 tavole e 2 incisioni in legno) (1878)²

Über Spinalganglien und Rückenmark des Petromyzon, *ibid.*, III Abt., vol. 78, 81 (1878).

Le cellule dei gangli spinali dei pesci sono state per lungo tempo considerate *bipolari*; quelle degli animali superiori, *monopolari*. A proposito di queste ultime, Ranvier aveva dimostrato che, dopo un breve percorso, il loro unico proseguimento si biforca a forma di T. — L'impregnazione aurea rende perfettamente visibili i gangli spinali del *Petromyzon*; le loro cellule nervose mostrano tutti i passaggi attraversati per giungere, dalla bipolarità, alla monopolarità con

¹ [Nell'autunno del 1876 Freud era stato ammesso, come allievo ricercatore, nell'Istituto di fisiologia di Brücke. Questi gli assegnò una ricerca sulle cellule di Reissner nel midollo spinale dell'ammocete (la larva della lampreda). Quando Freud trovò che da alcune di queste cellule si originano fibre di nervi sensitivi, Brücke fece fare a Freud una comunicazione all'Accademia delle Scienze (4 gennaio 1877), che fu pubblicata nello stesso mese. Questa è perciò la prima pubblicazione scientifica di Freud, dato che la precedente ricerca fu pubblicata più tardi. Vi è un riassunto di questa e della ricerca seguente nella lezione 22 della *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17), nel tentativo di illustrare con un'analogia i processi psicologici della fissazione e della regressione. *Petromyzon planeri* è la lampreda di ruscello.]

² [Dopo la prima pubblicazione, la ricerca sulle cellule di Reissner è stata continuata da Freud, che il 18 luglio del 1878 poté presentare all'Accademia delle Scienze, sempre sotto gli auspici di Brücke, un'ampia relazione. Si tratta di una monografia di 86 pagine con 18 pagine di bibliografia, contro le 13 pagine della precedente.]

biforcazione a T delle fibre; il numero delle fibre della radice posteriore supera regolarmente il numero delle cellule nervose presenti nel ganglio; esistono quindi fibre nervose che “attraversano” il ganglio e fibre nervose che si limitano ad “appoggiarsi” ad esso, le quali ultime non fanno che mescolarsi agli elementi radicolari. — Il legame delle cellule dei gangli spinali con le cellule posteriori descritte [da Reissner, vedi sopra] nel midollo spinale, è fornito nel *Petromyzon* da elementi cellulari, i quali si trovano scoperti sulla superficie del midollo spinale tra la radice posteriore e il ganglio. Queste cellule sparse indicano la via percorsa dalle cellule del ganglio spinale nel corso dell'evoluzione. — L'articolo descrive, nel midollo spinale del *Petromyzon*, le divisioni delle fibre nel percorso centrale delle fibre radicolari posteriori e la ramificazione forcuta delle fibre della commissura anteriore, l'inserimento delle cellule nervose nelle porzioni spinali delle radici anteriori, e il finissimo reticolo nervoso della pia madre evidenziabile con cloruro d'oro.

4.

*Nota su di un metodo per la preparazione anatomica del sistema nervoso (1879)*¹

Notiz über eine Methode zur anatomischen Präparation des Nervensystems, Zbl. med. Wiss., vol. 17, 468 (1879).

Modificazione del metodo proposto da Reichert. — La miscela di una parte di acido nitrico concentrato, tre parti di acqua e una parte di glicerina concentrata, è particolarmente adatta quando si vogliono mettere in evidenza il sistema nervoso centrale e le sue ramificazioni periferiche, soprattutto nei mammiferi di piccola taglia, in quanto distrugge il tessuto connettivo, rendendo facilmente asportabili ossa e muscoli.

¹ [È la descrizione della nuova tecnica di preparazione istologica introdotta da Freud e da lui utilizzata per la ricerca precedente.]

5.

*Sulla struttura delle fibre e delle cellule nervose del granchio d'acqua dolce (1882)*¹

Über den Bau der Nervenfasern und Nervenzellen beim Flusskrebs, S. B. Akad. Wiss. Wien, III Abt., vol. 85, 9 (1882).

Le fibre nervose del granchio d'acqua dolce, esaminate nei preparati a fresco, mostrano sempre una struttura fibrillare. Le cellule nervose, di cui si riconosce lo stato di vitalità dai granuli contenuti nel nucleo, sembrano formate da due sostanze, l'una delle quali, disposta a reticolo, si prolunga nelle fibrille delle fibre nervose, mentre l'altra, omogenea, continua nella sostanza esistente tra queste.

6.

La struttura degli elementi del sistema nervoso
(Relazione alla Società psichiatrica, 1882)²

Die Struktur der Elemente des Nervensystems. [Poi in: *Jb. Psychiat. Neurol.*, vol. 5, 221 (1884).]

Vedi contenuto dell'articolo precedente.

¹ [Freud nei mesi estivi del 1879 e 1881 (nel 1880 era in servizio militare) estese le ricerche istologiche sulle cellule nervose a quelle del gambero, facendo importanti scoperte sulla natura fibrillare delle fibre nervose e sulla costituzione del ganglio. Presentò la ricerca all'Accademia delle Scienze il 15 dicembre 1881 e la pubblicò nel gennaio dell'anno seguente.]

² [Si tratta, probabilmente, della relazione tenuta alla Società psichiatrica il 14 febbraio 1884 di cui Freud riferisce ampiamente nella lettera scritta alla fidanzata lo stesso giorno. Sarebbe quindi erroneamente datata, anche se, nella lettera, Freud accenna a una ricerca precedente che starebbe alla base della relazione e che potrebbe essere quella di cui al N. 5, appunto del 1882. Riassume le ricerche di Freud sulla struttura del sistema nervoso (vedi NN. 1, 2, 3 e 5) e anticipa la teoria del neurone, enunciata poi da W. WALDEYER, *Über einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems*, Berl. klin. Wschr., vol. 28, 691 (1891).]

7.

Un nuovo metodo per lo studio del decorso delle fibre nel sistema nervoso centrale (1884)¹

Eine neue Methode zum Studium des Faserverlaufes im Zentralnervensystem, Arch. Anat. Physiol., Lpz., Anat. Abt., 453 (1884).

Trattando sottili sezioni di organo centrale, indurito in sali di cromo, con cloruro d'oro, soluzione fortemente concentrata di idrossido di sodio e soluzione al 10 per cento di ioduro di potassio, è possibile ottenere una colorazione da rosso a blu limitata alle guaine midollari oppure al solo cilindrase. Questo metodo non è piú sicuro delle altre colorazioni auree.

7a.

Un nuovo metodo istologico per lo studio delle fibre nervose nel cervello e nel midollo osseo (1884)²

A new histological method for the study of nerve-tracts in the brain and spinal chord, Brain, vol. 7, 86 (1884).

Come il precedente.

¹ [Nel corso delle sue ricerche istologiche sulle fibre nervose Freud mise a punto una nuova tecnica di colorazione, di cui egli dà comunicazione in questa nota pubblicata non prima dell'aprile 1884. Freud aveva precedentemente redatto (il 6 febbraio 1884) una descrizione del metodo molto piú concisa, che è stata pubblicata nel "Zbl. med. Wiss.", vol. 22, N. 11, 161 (1884) e che non è qui menzionata. Essa, tradotta in inglese con l'aiuto del medico americano Bernard Sachs, costituisce la pubblicazione seguente 7a, che è il primo scritto inglese di Freud. Vedi in E. JONES, *Vita e opere di Freud*, trad. A. e M. Novelletto (Il Saggiatore, Milano 1962) vol. 1, p. 253, il racconto della scoperta della tecnica qui descritta.]

² [Vedi nota precedente.]

8.

Un caso di emorragia cerebrale con sintomi indiretti di un focolaio basale in un paziente affetto da scorbutto (1884)¹

Ein Fall von Hirnblutung mit indirekten basalen Herdsymptomen bei Scorbut, Wien. med. Wschr., vol. 34, 244 (1884).

Comunicazione di un caso di emorragia cerebrale a decorso rapido in paziente affetto da scorbutto e sottoposto a costante osservazione; spiegazione dei sintomi in relazione alla teoria di Wernicke sull'azione indiretta delle lesioni a focolaio.

9.

Sulla coca (1884)²

Über Coca, Zbl. ges. Ther., vol. 2, 289 (1884).

L'alcaloide della pianta della coca, individuato da Niemann, non venne, a suo tempo, considerato di particolare interesse medico. Nel mio lavoro ho raccolto, in base alle segnalazioni degli autori, notizie di carattere storico e botanico sulla pianta della coca, e ho confermato, in base ad esperienze condotte su individui sani, la straordinaria efficacia stimolante della cocaina e la sua azione inibitrice sulla fame, sulla sete e sul sonno. Ho inoltre tentato di stabilire le indicazioni per l'impiego terapeutico di questa sostanza.

¹ [È un caso che Freud osservò (17 gennaio 1884) nel reparto delle malattie nervose diretto da Franz Scholz, all'Ospedale generale di Vienna, poco dopo aver assunto servizio in quel reparto (vedi Introduzione al vol. 1 nella presente edizione, p. xxii). Si tratta di una diagnosi confermata dopo la morte dall'autopsia. Altri due lavori concernenti l'attività svolta da Freud in quel reparto sono i NN. 12 e 13.]

² [Questa monografia fu terminata il 18 giugno 1884 e pubblicata nel luglio successivo. Nel dicembre apparve una traduzione inglese, abbreviata, nel "St. Louis med. surg. J.", vol. 47, 502 (1884). Una ristampa con aggiunte, in forma di opuscolo, uscì nel febbraio 1885. Intanto nel gennaio Freud aveva pubblicato il risultato delle sue ricerche al dinamometro sugli effetti della cocaina (vedi più avanti il N. 10). Il 3 e il 5 marzo Freud tenne una conferenza sugli effetti generali della cocaina; essa fu pubblicata in agosto nel "Med.-chir. Zbl.", vol. 20, 374 (1885), ma non è menzionata in questo elenco (vedi sopra l'Avvertenza editoriale). Neppure è menzionato in questo elenco un confronto (giugno 1885) fra il preparato cocainico effettuato in America da Parke e quello tedesco di Merck usato prima da Freud: *Gutachten über das Parke-Cocain* (Perizia sulla cocaina di Parke), contenuto in: *Gutt, Über die verschiedenen Cocain-Präparate und deren Wirkung* (Sulle varie preparazioni della cocaina e sulla loro efficacia), Wien. med. Pr., vol. 26, col. 1036 (1885). Nell'estate del 1885 incominciarono le critiche a Freud per la sua posizione nei confronti dell'uso della cocaina, critiche che continuarono nei due anni seguenti. Freud rispose nel 1887 con l'articolo di cui più avanti al N. 17. Vedi la Introduzione al vol. 1 della presente edizione, pp. xxiii-xxv. Per una più particolareggiata esposizione della "vicenda della cocaina", vedi JONES, *op. cit.*, vol. 1, pp. 113-36.]

Tra queste indicazioni, si è in seguito rivelata particolarmente importante la possibilità dell'impiego della cocaina nello svezzamento da morfina. A conclusione del lavoro veniva auspicata una piú ampia utilizzazione delle proprietà anestetiche locali della cocaina, quale fu infatti realizzata, poco tempo dopo, dalle esperienze di K. Koller nell'anestesia della cornea.

10.

Contributo alla conoscenza dell'azione della coca (1885)¹

Beitrag zur Kenntnis der Cocawirkung, Wien. med. Wschr., vol. 35, 129 (1885).

Dimostrazione dinamometrica dell'aumento della forza motoria durante l'euforia da cocaina. La forza motoria (misurata in base alla forza di compressione della mano) mostra regolari oscillazioni giornaliere (simili a quelle della temperatura corporea).

11.

Studio sullo strato interolivare (1885)²

Zur Kenntnis der Olivenzwischenschicht, Neurol. Zbl., vol. 4, 268 (1885).

Brevi cenni sul decorso delle radici del nervo acustico e sulla connessione fra strato interolivare e corpo trapezoidale crociato, rilevati in preparati umani di cellule midollari immature.

¹ [Vedi nota precedente. Gli esperimenti qui riferiti erano stati cominciati nel novembre 1884.]

² [È la prima di tre memorie (vedi sotto NN. 14 e 15) dedicate allo studio del midollo allungato, terminata nella metà del maggio 1885. Freud parlerà di questo suo interesse giovanile nell'*Autobiografia* (1924) § 1. All'inizio della lezione 25 della *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17) scriverà: "vi aspetterete certamente che la psicoanalisi affronti anche questo tema [dell'angoscia] in modo del tutto diverso dalla medicina scolastica. Là sembra che ci si interessi soprattutto delle vie anatomiche per le quali s'instaura lo stato d'angoscia. Si dice che è stimolato il midollo allungato, e l'ammalato apprende di soffrire di una nevrosi del nervo vago. Il midollo allungato è un argomento molto serio e affascinante. Mi ricordo benissimo quanto tempo e fatica ho dedicato anni fa al suo studio. Oggi però devo dire che per me non vi è nulla di piú indifferente, per la comprensione della psicologia dell'angoscia, della conoscenza della via nervosa lungo la quale corrono i suoi eccitamenti."]

12.

Un caso di atrofia muscolare con disturbi diffusi della sensibilità (siringomielia) (1885)¹

Ein Fall von Muskelatrophie mit ausgebreiteten Sensibilitätsstörungen (Syringomyelie), Wien. med. Wschr., vol. 35, 389, 425 (1885).

La contemporanea presenza di atrofia muscolare bilaterale, nonché di quei disturbi della sensibilità che hanno il carattere di una paralisi sensoria "parziale" dissociata, e di disturbi trofici alla mano sinistra pure contraddistinti da un'anestesia estremamente intensa, insieme col fatto che i sintomi morbosi si limitavano alla sola parte superiore del corpo, hanno reso possibile, in un uomo trentaseienne, la diagnosi *in vivo* di siringomielia, affezione allora ritenuta rara e difficilmente riconoscibile.

¹ [Relazione su un paziente, in osservazione presso Freud nel novembre-dicembre 1884, poi dimesso dall'ospedale. Vedi p. 370, n. 1.]

B. SUCCESSIVI AL CONSEGUIMENTO DELLA DOCENZA

13.

*Nevrite acuta multipla dei nervi spinali e cerebrali (1886)*¹

Akute multiple Neuritis der spinalen und Hirnnerven, Wien. med. Wschr., vol. 36, 163 (1886).

Ammalato diciottenne senza febbre con sintomi generali e dolori lancinanti al petto e alle gambe. In un primo tempo si notano sintomi di endocardite, poi un aumento dei dolori, comparsa di sensibilità alla pressione della colonna vertebrale e stessa sensibilità distrettuale della cute, dei muscoli e dei tronchi nervosi man mano che l'affezione si diffonde alle estremità. Aumento dei riflessi, accessi di sudorazione, dimagrimento locale, infine diplopia, disturbi di deglutizione, paresi facciale, raucedine. Alla fine, febbre, polso fortemente accelerato, affezione polmonare. La diagnosi di nevrite acuta multipla, esposta già in corso di malattia, fu poi confermata dai reperti necroscopici, dai quali fu possibile rilevare che tutti i nervi spinali nelle loro guaine erano iniettati, rosso-grigi, di aspetto accartocciato. Analoghe alterazioni nei nervi centrali. Endocardite. — Secondo il patologo, si tratterebbe del primo reperto necroscopico di polinevrite osservato in questa città.

¹ [Relazione su un paziente, in osservazione presso Freud dall'ottobre al momento della morte nel dicembre 1884. Vedi p. 370, n. 1. Vedi anche un riferimento a questa fortunata diagnosi nell'*Autobiografia* (1924) § 1. Il patologo settore cui viene accennato è Hans Kundrat (1845-93), professore di anatomia patologica a Vienna.]

14.

Sui rapporti del corpo restiforme con il cordone posteriore e il suo nucleo, con alcune affermazioni su due zone del midollo allungato (In collaborazione con il dottor L. Darkschewitsch di Mosca) (1886)¹

Über die Beziehung des Strickkörpers zum Hinterstrang und Hinterstrangkern nebst Bemerkungen über zwei Felder der Oblongata, Neurol. Zbl., vol. 5, 121 (1886).

Lo studio dei preparati di cellule midollari immature dimostra come sia possibile dividere il corpo restiforme in due parti: un "nucleo" (corpo restiforme primario) ed un "orlo" (corpo restiforme secondario). Quest'ultimo contiene le fibre oliviformi che, in un secondo tempo, si arricchiscono di midollo: il corpo restiforme primario, ricco in un primo tempo di midollo, si divide in una "parte di testa" e in una "parte di coda". La testa del corpo restiforme primario ha origine dal nucleo del cordone di Burdach, rappresentando così una continuazione cerebellare (per lo più non crociata) della via centripeta delle estremità. La corrispondente continuazione cerebrale si ha tramite le fibre arcuate che da tale nucleo si originano. La parte caudale del corpo restiforme primario è la diretta continuazione del cordone cerebellare spinale laterale. — Considerando la zona esterna del midollo allungato si può ottenere una concezione unitaria delle sue parti. La zona comprende quattro sostanze grigie con i sistemi di fibre che da queste si dipartono. Queste sostanze vanno considerate omologhe tra loro in quanto da esse hanno origine i nervi sensori delle estremità e i nervi trigemino, vago e acustico.

¹ [La seconda delle memorie istologiche di cui sopra, p. 371, n. 2. Il manoscritto è datato Parigi, 23 gennaio 1886; la ricerca fu effettuata nel laboratorio della Salpêtrière. Vedi in proposito la *Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino* (1886) p. 8, ove in nota abbiamo dato alcune notizie sul collaboratore, al quale, per altro, pare si debbano ascrivere solo i disegni che illustrano il testo.]

15.

Sull'origine del nervo acustico (1886)¹

Über den Ursprung des Nervus acusticus, Mschr. Ohrenheilk., N.S., vol. 20, 245, 277 (1886).

Descrizione dell'origine del nervo acustico, dedotta dallo studio di preparati di feto umano, illustrata da quattro figure di sezioni trasversali e da uno schema. Il nervo acustico viene suddiviso in tre parti: l'inferiore (la spinale) termina nel ganglio acustico e continua tramite il corno trapezoide e le vie dell'oliva superiore; la seconda, può essere seguita come radice "ascendente" dell'acustico di Roller, nei cosiddetti nuclei di Deiters; la terza sfocia nell'area acustica del midollo allungato, dalla quale si sviluppano propaggini cerebellari. Particolareggiate indicazioni sull'ulteriore decorso di queste vie entro i limiti nei quali fu possibile seguirle.

16.

Osservazione di un caso grave di emianestesia in un paziente isterico (Le ricerche sull'organo della vista sono del docente dottor Königstein. Relazione alla Società di medicina, 26 novembre 1886)²

Beobachtung einer hochgradigen Hemianästhesie bei einem hysterischen Manne, Wien. med. Wschr., vol. 36, 1633 (1886).

Caso clinico di un incisore ventinovenne con tare familiari, il quale, ammalatosi dopo una lite avuta con il fratello, mostra il classico quadro sintomatologico dell'emianestesia sensibile e sensoriale. — Disturbi del campo visivo e della sensibilità cromatica descritti dal dottor Königstein.

¹ [La terza delle memorie istologiche.]

² [Vedi, nella presente edizione, vol. 1, p. 21.]

17.

Osservazioni sulla cocainomania e sui pericoli della cocaina
(Con riferimento a una relazione di W. A. Hammond) (1887)¹

Bemerkungen über Cocainsucht und Cocaïnfurcht, ibid., vol. 37, 929 (1887).

L'impiego della cocaina per facilitare lo svezzamento dei morfinomani ha dato, quale sua conseguenza, un abuso di cocaina, offrendo così ai medici l'occasione di osservare il nuovo quadro clinico del cocainismo cronico. In questo mio lavoro ho cercato di dimostrare, richiamandomi a una dichiarazione di un neuropatologo americano, che tale cocainomania sopravviene soltanto nei soggetti già tossicomani (morfinomani) e non può quindi essere addebitata a tale sostanza.

18.

Sull'emianopsia della prima infanzia (1888)²

Über Hemianopsie im frühesten Kindesalter, ibid., vol. 38, 1081, 1116 (1888).

Viene dimostrata la presenza di un'alterazione visiva monolaterale in due bambini rispettivamente di ventisei mesi e di tre anni e tre mesi, età alla quale l'esistenza di simile sintomo era finora sfuggita ai medici. Considerazioni sulla posizione laterale del capo e degli occhi, rilevata in un caso, e sulla localizzazione della affezione sospettata. Entrambi i casi vanno inseriti nel quadro della "paralisi cerebrale monolaterale del bambino".

¹ [L'ultimo degli scritti di Freud dedicati alla cocaina; vedi p. 370, n. 2. Le critiche principali all'atteggiamento favorevole di Freud nei confronti della droga furono quelle di F. A. ERLNMEYER, *Zbl. Nervenheilk.*, vol. 8 (1885); *Wien. med. Pr.*, vol. 27, col. 918 (1886); *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung*, 3ª ed. (Berlino-Lipsia-Neuwied 1887).]

² [Il primo di una serie di studi dedicati alle paralisi cerebrali nei bambini (vedi sotto NN. 20, 25, 26, 27 e 38), frutto dell'attività svolta da Freud nel reparto neurologico del "Primo Istituto pediatrico pubblico" (un'antica istituzione del secolo precedente, riformata nel 1880). Il nuovo reparto era stato fondato poco prima da Max Kassowitz (1842-1913). Vedi l'Introduzione al vol. 1 della presente edizione, p. xxv.]

19.

*Sull'interpretazione delle afasie: studio critico (1891)*¹*Zur Auffassung der Aphasien (Franz Deuticke, Vienna 1891).*

Dopo che la scoperta e la fissazione topica di un'afasia motoria e di un'afasia sensoria (Broca e Wernicke) hanno posto le basi per la comprensione di questo disturbo cerebrale del linguaggio, gli studiosi hanno cominciato a ricondurre a fattori della localizzazione anche le piú lievi sintomatologie dell'afasia, giungendo cosí a distinguere un'afasia da conduzione, con forme subcorticali e transcorticali, motorie e sensorie. Il presente studio critico va contro tale interpretazione dei disturbi del linguaggio e si propone di far risalire la spiegazione delle afasie non a fattori topici, ma a fattori funzionali. Le forme definite subcorticali e transcorticali non vanno attribuite a una particolare localizzazione della lesione, bensí a stati di diminuita conduttività negli apparati della fonazione. In realtà, non esistono afasie da lesione subcorticale. Viene inoltre contestata la legittimità di una differenziazione tra afasia centrale e da conduzione. L'area del linguaggio della corteccia appare piuttosto come un distretto corticale continuo, interposto tra i campi corticali motori e quelli dei nervi ottico e acustico; all'interno di questo distretto hanno luogo tutte le trasmissioni e le connessioni deputate alla funzione del linguaggio. I cosiddetti centri del linguaggio, scoperti dalla patologia cerebrale, non corrispondono che agli angoli di quest'area del linguaggio; dal punto di vista funzionale, non presentano differenze rispetto alle regioni interne, e solo in conseguenza della loro posizione, in rapporto con gli adiacenti centri della corteccia cerebrale, la loro alterazione diviene rilevabile con segni piú evidenti.

La natura dell'argomento trattato ci ha piú volte richiesto di tracciare una piú precisa delimitazione tra concezione fisiologica e concezione psicologica. È stato necessario respingere le teorie di Meynert e Wernicke sulla localizzazione di rappresentazioni in elementi nervosi, e si è dovuto rivedere la concezione, dovuta a Meynert, di una raffigurazione del corpo nella corteccia cerebrale. In base a due dati dell'anatomia del cervello — 1) che le masse di fibre pene-

¹ [È il maggiore contributo di Freud alla neurologia; reca una dedica a Josef Breuer. Sull'argomento, Freud aveva già tenuto lezioni nel 1886 e 1887 e aveva probabilmente scritto per il dizionario medico di A. Villaret (1888): su quest'ultima collaborazione vedi l'Avvertenza editoriale a *Isteria* (1888) p. 41.]

tranti nel midollo spinale subiscono, a causa delle sostanze grigie interposte, una progressiva riduzione quanto più si spingono verso l'alto; 2) che non esistono canali diretti che uniscano la periferia corporea alla corteccia — si è concluso che solo nella sostanza grigia spinale ha luogo una vera e completa raffigurazione del corpo (proiezione) mentre, nella corteccia, la periferia del corpo viene “rappresentata”,¹ in forma meno dettagliata, mediante fibre scelte, ordinate secondo la funzione.

20.

Studio clinico sulla paralisi cerebrale monolaterale infantile
(In collaborazione con il dottor O. Rie) (1891)²

Klinische Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder, N. 3 dei “Beiträge zur Kinderheilkunde” diretti da M. Kassowitz (Vienna 1891).

Monografia descrittiva sulla malattia, compilata studiando il materiale del “Primo Istituto pediatrico pubblico” di Vienna, diretto da Kassowitz. I dieci capitoli di tale monografia trattano 1: storia e bibliografia della paralisi cerebrale infantile; 2: casistica personale composta da trentacinque osservazioni, riportate poi in una tabella riassuntiva e singolarmente descritte; 3: analisi dei singoli sintomi del quadro clinico; 4: anatomia patologica; 5: relazioni tra paralisi infantile ed epilessia; 6: poliomielite infantile; 7: diagnosi differenziale, e 8: terapia. Il contributo personale degli autori consiste nell'aver stabilito l'esistenza di una “paresi coreica”, forma che si differenzia per particolari caratteristiche della sua insorgenza e del suo decorso e nella quale la paralisi monolaterale è fin dall'inizio costituita dall'emicorea; nella segnalazione del reperto anatomico (sclerosi lobare conseguente ad embolia dell'arteria cerebrale media) ottenuto a Parigi in un paziente il cui caso è riportato nell'*Iconographie de la Salpêtrière* [vol. 3 (Parigi 1879-80)]; e nel rilievo dato alle strette relazioni esistenti tra epilessia e paralisi cerebrale infantile, per cui alcuni casi di apparente epilessia potrebbero giustificare la denominazione di “paralisi infantile senza paralisi”. Circa la assai dibattuta questione dell'esistenza di una poliencfalite acuta avente le stesse basi anatomiche della paralisi cerebrale monolaterale, e che dovrebbe presentare

¹ [Vedi sopra nota p. 73.]

² [Volume di oltre 200 pagine. Il collaboratore Oscar Rie pediatra amico di Freud, lavorava, come Freud, nel reparto di Kassowitz per il quale vedi p. 376, n. 2.]

una perfetta analogia con la poliomielite infantile, gli autori si esprimono contro questa teoria, sostenuta da Strümpell; sono tuttavia fiduciosi che una mutata concezione della poliomielite acuta infantile consenta di stabilire, su basi diverse, una sua equiparazione con la paralisi cerebrale. Nel capitolo dedicato alla terapia sono raccolte le comunicazioni finora pubblicate sulla terapia chirurgica cerebrale dell'epilessia genuina o traumatica.

21.

Un caso di guarigione ipnotica, con osservazioni sulla produzione di sintomi isterici mediante "controvolontà" (1892-93)¹

Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den "Gegenwillen", Z. Hypn, 102, 123 (1892-93).

Una giovane donna fu costretta, dopo il primo parto, a rinunciare all'allattamento a causa di un complesso di sintomi isterici (difetto di appetito, insonnia, dolori alle mammelle, mancanza di secrezione latte, eccitazione). Tali difficoltà si ripresentarono dopo il secondo parto, ma si riuscì a rimuoverle per mezzo di due ipnosi profonde con controsuggestione, così che la puerpera divenne un'ottima nutrice. Lo stesso risultato fu ottenuto con altre due ipnosi quando, un anno dopo, si ripresentarono le stesse circostanze. Nelle conclusioni vengono esposte alcune osservazioni sulla possibilità, esistente nel soggetto isterico, di realizzare² penose rappresentazioni di contrasto o d'angoscia, che il soggetto normale è in grado di inibire, e vengono inoltre riportate a questo meccanismo della "controvolontà" varie specie di tic.

22.

Charcot (1893)³

Charcot, Wien. med. Wschr., vol. 43, 1513 (1893).

Commemorazione del Maestro della neuropatologia, morto nel 1893, tra i cui allievi l'autore annovera sé stesso.

¹ [Vedi, nella presente edizione, vol 1, pp. 68 e 122.]

² [Realisierung. Nel testo dell'articolo (ivi, pp. 128-32), "obiettivare" (Objektivierung).]

³ [Vedi, nel presente volume, p. 101.]

23.

Su un sintomo che spesso si accompagna all'enuresi notturna infantile (1893)¹

Über ein Symptom, das häufig die Enuresis nocturna der Kinder begleitet, Neurol. Zbl., vol. 12, 735 (1893).

Per circa la metà dei casi si riscontra nei bambini sofferenti di enuresi un'ipertonìa degli arti inferiori, la cui interpretazione e le cui implicazioni permangono oscure.

24.

Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici (Comunicazione preliminare, in collaborazione con il dottor J. Breuer) (1893)²

Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene, ibid., vol. 12, 4, 43 (1893).

Il meccanismo a cui Charcot ricondusse le paralisi istero-traumatiche e la cui ipotesi gli permise poi di provarle deliberatamente nei soggetti isterici in ipnosi, è valido anche per numerosi sintomi della isteria cosiddetta non traumatica. Ponendo in stato d'ipnosi il soggetto isterico, e riconducendo il suo pensiero al tempo in cui il sintomo in questione comparve per la prima volta, si ottiene in lui il risveglio di un ricordo, allucinatoriamente vivace, di un trauma o di una serie di traumi psichici di quell'epoca; e il sintomo non è che il persistente simbolo mnestico di quel trauma. Gli isterici dunque soffrono per lo più di reminiscenze. Mediante la vivace riproduzione della scena traumatica così ritrovata, con sviluppo degli affetti, scompare anche il sintomo che fino ad allora persisteva ostinatamente, di modo che si deve ammettere che quel ricordo dimenticato ha agito come un corpo psichico estraneo, col cui allontanamento si ottiene ora la cessazione delle manifestazioni irritative. Ciò è stato per la prima volta osservato, nel 1881, da Breuer, e su questa base si può fondare una terapia dei fenomeni isterici, a cui può essere dato il nome di "catartica".

¹ [Non vi è qui traccia di una interpretazione psicogenetica dell'enuresi. Freud mandò a Fliess il lavoro accompagnandolo con una lettera del 17 novembre 1893, in cui si diceva assai poco soddisfatto.]

² [Vedi, nella presente edizione, vol. 1, pp. 163 e 175.]

I ricordi che risultano "patogeni", quali radici dei sintomi isterici, sono sempre rimasti "inconsci" al paziente. Questo loro permanere inconsci sembrerebbe averli sottratti all'usura alla quale, normalmente, il contenuto psichico va soggetto. Una tale usura si produce per via della "abreazione". I ricordi patogeni sfuggono all'eliminazione mediante abreazione, o perché gli episodi di cui si tratta si sono prodotti in particolari condizioni psichiche verso cui gli isterici sono di per sé già portati, o perché i ricordi sono accompagnati da un affetto che provoca negli isterici uno stato psichico particolare. La tendenza alla "scissione della coscienza" viene quindi presentata come il fenomeno psichico fondamentale di un'isteria.

25.

Contributi alla conoscenza delle diplegie cerebrali infantili (con riferimento al morbo di Little) (1893)¹

Zur Kenntnis der cerebralen Diplegien des Kindesalters (im Anschlusse an die Little'sche Krankheit), N. 3 della nuova serie dei "Beiträge zur Kinderheilkunde" diretti da M. Kassowitz (Vienna 1893).

Integrazione dello *Studio clinico sulla paralisi cerebrale monolaterale infantile*, riportato sopra al numero 20. Seguendo lo stesso schema lì adottato, vengono qui trattate la storia, l'anatomia patologica e la fisiologia di questa affezione, e commentati, con l'ausilio di 53 osservazioni personali, i quadri clinici finora registrati. A questi parve tuttavia indispensabile aggiungere il gruppo di quelle forme che vanno definite "diplegie cerebrali" e comprovarne la comune natura clinica. L'autore, considerata la discordanza di opinioni imperante nella letteratura dedicata a queste affezioni, si è rifatto al punto di vista di un autore precedente, W. J. Little, ed è così pervenuto a fissare quattro tipi principali, definiti rigidità generale, rigidità paraplegica, corea generale ed atetosi bilaterale, emiplegia spastica bilaterale (diplegia spastica).

La rigidità in generale comprende le forme che portano in genere il nome di "morbo di Little"; per rigidità paraplegica s'intende invece quella sindrome, un tempo ritenuta di origine spinale, chia-

¹ [Monografia comparabile, per l'ampiezza, al N. 20; fu inviata da Freud a Fliess il 30 maggio 1893 con il commento: "non è molto interessante." In un'altra lettera a Fliess, del 21 maggio del 1894, riferirà che il lavoro ha ottenuto "un enorme successo", ironizzando sulla differenza che intercorre fra la stima che l'autore ha della propria opera e la stima dei critici, e attendendosi "rispettoso insuccesso" per gli scritti, di imminente pubblicazione, sulle ossessioni e sull'etiologia e la teoria delle nevrosi.]

inata "tabe dorsale spastica infantile". Le diplegie spastiche corrispondono piú da vicino a un raddoppiamento della paralisi cerebrale monolaterale, ma sono contraddistinte da una sovrabbondanza di sintomi, che trova spiegazione nella bilateralità dell'affezione cerebrale. La legittimità di comprendere tra questi tipi la corea generale e l'atetosi bilaterale è convalidata dai numerosi caratteri del quadro clinico e dall'esistenza di assai svariate forme miste e di transizione, le quali collegano fra loro tutti questi tipi.

Vengono poi commentate le relazioni tra questi tipi clinici e i fattori etiologici qui considerati operanti, e tra questi tipi e gli insufficienti reperti anatomici di cui si dispone. Da tutto ciò sono derivati i seguenti punti:

Le diplegie cerebrali possono essere suddivise, a seconda della loro origine, in: a) congenite; b) da parto; c) acquisite durante la vita extrauterina. La possibilità di formulare una diagnosi differenziale stando alle caratteristiche cliniche del caso esaminato è tuttavia estremamente rara, e non sempre attuabile ricorrendo all'anamnesi. Vengono elencati tutti i fattori etiologici delle diplegie: prenatali (trauma, malattia, spavento della madre; posizione del bambino nella serie delle nascite); dovuti al parto (i fattori indicati da Little: parto prematuro, parto difficile, asfissia); provenienti dalla vita extrauterina (malattie infettive, trauma, spavento del bambino). Le convulsioni non possono essere considerate la causa, bensí solo i sintomi dell'affezione. Si sottolinea l'importanza etiologica della sifilide ereditaria. Non vi è relazione esclusiva fra una sola di queste etiologie e un singolo tipo di diplegia cerebrale, ma possono sussistere situazioni preferenziali. Non è quindi possibile sostenere che le diplegie cerebrali siano affezioni a etiologia unitaria.

I reperti patologici delle diplegie sono assai vari e generalmente identici a quelli delle emiplegie, ed hanno per lo piú il significato di alterazioni terminali, da cui di regola non è consentito risalire alle lesioni iniziali. Essi normalmente non permettono di decidere in quale categoria etiologica vada posto un dato caso. Inoltre, per lo piú non si è in grado di dedurre la figura clinica dal reperto anatomico, di modo che è parimenti da respingere qualsiasi ipotesi di intime ed esclusive relazioni tra tipo clinico e alterazioni anatomiche.

La fisiologia patologica delle diplegie cerebrali si occupa essenzialmente di chiarire i due caratteri che differenziano in modo inequivocabile la rigidità generale e quella paraplegica da tutte le altre manifestazioni di una malattia cerebrale di origine organica. In am-

bedue queste forme cliniche, infatti, la contrattura prevale sulla paralisi e gli arti inferiori risultano piú colpiti di quelli superiori. La discussione avviata in questo studio porta a concludere che, nei casi di rigidità generale e paraplegica, questo danno maggiore degli arti inferiori va posto in relazione con la localizzazione della lesione (emorragia meningea lungo la fessura mediana), così come il prevalere della contrattura va posto in relazione con la superficialità della lesione. Lo strabismo che si nota nei bambini affetti da diplegia, particolarmente frequente nei casi di rigidità paraplegica e in cui come etiologia può essere ammesso un parto prematuro, viene fatto risalire all'emorragia retinica dei neonati descritta da Königstein.

In un capitolo a parte si richiama l'attenzione sulle numerose affezioni pediatriche di tipo familiare ed ereditario che mostrano un'affinità clinica con le diplegie cerebrali.

26.

Sulle forme familiari di diplegie cerebrali (1893)¹

Über familiäre Formen von cerebralen Diplegien, Neurol. Zbl., vol. 12, 512, 542 (1893).

Osservazione riguardante due fratelli rispettivamente di sei anni e mezzo e di cinque anni, nati da genitori consanguinei, e un complicato quadro clinico presente in uno dei due bambini fin dalla nascita, nell'altro gradualmente sviluppatosi a partire dal secondo anno di vita. I sintomi di questa affezione familiare (nistagmo laterale degli occhi, atrofia del nervo ottico, strabismo convergente alternante, eloquio monotono e come scandito, tremore d'intenzione delle braccia, debolezza spastica delle gambe, sintomi tutti accompagnati da ottima intelligenza) suggeriscono la creazione di una nuova malattia che si può definire come la controparte spastica della malattia di Friedreich, da inserire per il momento nel gruppo delle diplegie cerebrali familiari. Viene posta in evidenza la vasta somiglianza di questi due casi con la forma descritta da Pelizaeus nel 1885 come sclerosi multipla.

¹ [Si tratta, come il precedente, di un lavoro preparato nel reparto di Kassowitz.]

27.

*Le diplégies cérébrales infantiles (1893)¹**Les diplégies cérébrales infantiles, Rev. neurol., vol. 1, 177 (1893).*

Riassunto dei risultati segnalati nella monografia di cui al numero 25.

28.

*Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche (1893)²**Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques, Arch. neurol., vol. 26, 29 (1893).*

Studio comparato delle paralisi organiche e isteriche, effettuato sulla base delle teorie di Charcot e mirante a ottenere un punto di vista valido sull'essenza dell'isteria. La paralisi organica può essere periferico-spinale o cerebrale; la prima (che, facendo riferimento a quanto esposto nello studio critico sull'afasia, viene chiamata paralisi di proiezione) è una paralisi *détaillée*; la seconda (la paralisi di rappresentanza) è una paralisi *en masse*.³ L'isteria simula solo quest'ultimo tipo di paralisi, ma tuttavia possiede anche una libertà di specializzazione che l'avvicina alla paralisi di proiezione; essa può dissociare le aree di paralisi tipiche delle affezioni corticali. La paralisi isterica presenta la tendenza a uno sviluppo eccessivo, può essere estremamente intensiva eppure strettamente circoscritta entro una piccola area, mentre la paralisi corticale quanto più è intensa, tanto più è estesa. Nei due tipi di paralisi, il comportamento della sensibilità è opposto.

I particolari caratteri della paralisi corticale sono dovuti alla peculiarità della struttura cerebrale e ci consentono di rifarci all'anatomia del cervello. La paralisi isterica, al contrario, si comporta come se l'anatomia cerebrale non esistesse. L'isteria ignora completamente l'anatomia del cervello. L'alterazione che sta alla base della paralisi isterica può non avere alcuna rassomiglianza con lesioni organiche, ma è piuttosto da ricercarsi nelle condizioni di accessibilità di una determinata cerchia di rappresentazioni.

¹ [Riassunto, scritto in francese su richiesta di Pierre Marie, successore di Charcot alla Salpêtrière e recensore molto favorevole della monografia alla quale esso si riferisce.]

² [Vedi, nel presente volume, p. 67.]

³ [Vedi sopra, p. 72, n. 1.]

29.

*Le neuropsicosi da difesa: abbozzo di una teoria psicologica dell'isteria acquisita, di molte fobie e ossessioni e di certe psicosi allucinatorie (1894)*¹

Die Abwehr-Neuropsychosen, Neurol. Zbl., vol. 13, 362, 402 (1894).

Prima della serie di brevi trattazioni che ora seguono e che si prefiggono di introdurre una nuova concezione generale delle nevrosi, basata su principi nuovi, attualmente in fase di elaborazione.

La scissione della coscienza che ha luogo nell'isteria non è un carattere primario derivante a questa nevrosi, come assicura Janet, da una debolezza degenerativa, ma è il risultato di un singolare processo psichico definito "difesa" e presente, oltre che nell'isteria, anche in numerose altre nevrosi e psicosi, come è illustrato in analisi brevemente descritte. La difesa entra in azione ogni qualvolta nella vita ideativa si produca un caso d'incompatibilità tra una singola rappresentazione e l'"Io". Il processo di difesa si può raffigurare come se l'importo di eccitamento venisse sottratto alla rappresentazione da rimuovere e utilizzato per altri scopi. Ciò può avvenire in vari modi: nell'isteria, la somma di eccitamento divenuta libera si trasforma in innervazione somatica (isteria di conversione); nella nevrosi ossessiva resta invece nella sfera psichica, ma aderisce ad altre rappresentazioni, in sé non incompatibili, le quali vengono così a sostituire la rappresentazione rimossa. La fonte delle rappresentazioni incompatibili colpite dalla difesa è solo e unicamente la vita sessuale. L'analisi di un caso di psicosi allucinatoria insegna che anche questa psicosi rappresenta un mezzo per conseguire la difesa.

30.

*Ossessioni e fobie: loro meccanismo psichico e loro etiologia (1895)*²

Obsessions et phobies. Leur mécanisme psychique et leur étiologie, Rev. neurol., vol. 3, 33 (1895).

Le ossessioni e le fobie, essendo affezioni nevrotiche a sé stanti, vanno nettamente separate dalla nevrastenia. Si tratta, in ambedue, del legame tra una rappresentazione e uno stato affettivo. Quest'ultimo è, nelle fobie, sempre lo stesso: l'angoscia, mentre nelle osses-

¹ [Vedi, nel presente volume, p. 117.]

² [Vedi, nel presente volume, p. 135.]

sioni vere può essere di varia natura (autoaccusa, senso di colpa, dubbio ecc.). Lo stato affettivo si rivela come l'elemento essenziale dell'ossessione, poiché esso permane inalterato nel caso singolo, mentre varia la rappresentazione che vi aderisce. L'analisi psichica dimostra che l'affetto dell'ossessione è sempre giustificato, mentre l'idea che vi aderisce rappresenta un sostituto di una rappresentazione proveniente dalla vita sessuale, che è più adeguata all'affetto ed è colpita dalla rimozione. Questo stato di cose viene chiarito riportando numerose e brevi analisi di casi di mania del dubbio, misofobia, aritmomania eccetera, analisi durante le quali fu conseguito il recupero della rappresentazione rimossa, con utile effetto terapeutico. Le fobie in senso stretto vengono rivendicate alla "nevrosi d'angoscia" (vedi 32).

31.

Studi sull'isteria

(In collaborazione con il dottor J. Breuer) (1895)¹

Studien über Hysterie (Franz Deuticke, Vienna 1895).

In questo volume viene svolto il tema abbozzato nella comunicazione preliminare di cui al numero 24, relativa al meccanismo psichico dei fenomeni isterici. Benché frutto del lavoro comune dei due autori, questo volume si articola in varie sezioni, di cui quattro documentati casi clinici corredati della loro epícrisi e un tentativo "Per la psicoterapia dell'isteria" rappresentano il mio contributo personale. In questo volume, l'importanza etiologica del fattore sessuale viene sottolineata più energicamente che nella "Comunicazione preliminare", e il concetto di "conversione" viene utilizzato al fine di chiarire il quadro sintomatologico dell'isteria. Il capitolo sulla psicoterapia mira a dare un'idea della tecnica del procedimento psicoanalitico, il quale solo può consentire l'indagine del contenuto psichico inconscio e dal cui impiego inoltre si attendono importanti scoperte psicologiche.

¹ [Vedi, nella presente edizione, vol. 1, p. 161.]

32.

Legittimità di separare dalla nevrasenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia" (1895)¹

Über die Berechtigung von Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen, Neurol. Zbl., vol. 14, 50 (1895).

La coincidenza di un costante determinato gruppo di sintomi aventi tutti una particolare condizione etiologica, consente di isolare dalle forme che vanno sotto il nome di "nevrasenia" una sindrome che merita il nome di nevrosi d'angoscia, in quanto tutte le sue componenti derivano dal sintomo dell'angoscia. Queste componenti vanno interpretate o quali dirette manifestazioni dell'angoscia o quali rudimenti ed equivalenti di essa (E. Hecker), e spesso stanno in completo contrasto con i sintomi che costituiscono la nevrasenia propria. Tale contrasto compare anche nell'etiologia delle due nevrosi. Mentre infatti la nevrasenia vera insorge per polluzioni spontanee o è acquisita per masturbazione, nell'etiologia della nevrosi d'angoscia rientrano quei fattori che corrispondono a ritenzione dell'eccitamento sessuale: astinenza quando c'è libido, eccitamento frustraneo e, soprattutto, coitus interruptus. Nella vita reale entrambe le nevrosi, da noi così differenziate, compaiono per lo più in combinazione, ma è possibile dimostrare l'esistenza anche di casi puri. In una nevrosi mista di questo tipo, sottoposta ad analisi, si può rilevare un miscuglio di molte etiologie specifiche.

Il tentativo di giungere a una teoria della nevrosi d'angoscia porta alla formula che il meccanismo di essa consista nella deviazione dell'eccitamento sessuale somatico dalla sfera psichica e nel suo conseguente impiego abnorme. *L'angoscia nevrotica è libido sessuale trasformata.*

¹ [Vedi, nel presente volume, pp. 149 e 153.]

33.

A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia" (1895)¹

Zur Kritik der "Angstneurose", Wien. klin. Rdsch., vol. 9, 417, 435, 451 (1895).

Risposta alle obiezioni sollevate da Löwenfeld sul contenuto della trattazione 32. Viene qui trattato il problema etiologico nella neuropatologia, allo scopo di giustificare la ripartizione in tre categorie dei possibili fattori etiologici: a) condizioni, b) cause specifiche, c) cause concorrenti o accessorie. Condizioni sono quei fattori in assenza dei quali l'effetto non potrebbe comparire, ma che tuttavia non sono in grado, da soli, di produrre l'effetto, essendo a tale scopo necessaria anche la presenza delle cause specifiche. Le cause specifiche si differenziano dalle condizioni in quanto compaiono solo in poche formule etiologiche, mentre le condizioni possono avere uno stesso ruolo in numerose affezioni. Cause accessorie sono quelle che, oltre a non essere indispensabili, non sono neppure in grado, da sole, di produrre l'effetto patologico. — Nel caso delle nevrosi, forse, l'ereditarietà rappresenta la condizione; la causa specifica sta nei fattori sessuali; tutto il resto in cui spesso viene ravvisata l'etiologia delle nevrosi (sovraffaticamento, scosse emotive, malattie organiche) costituisce una causa accessoria e non potrà mai sostituire il fattore specifico in senso completo, bensì solo in senso quantitativo. La forma della nevrosi dipende dalla natura del fattore sessuale specifico; l'insorgere o no di una malattia nevrotica dipende da fattori agenti in senso quantitativo; l'ereditarietà agisce come un moltiplicatore inserito in un circuito elettrico.

34.

Sui disturbi di Bernhardt della sensibilità della faccia esterna della coscia (1895)²

Über die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel, Neurol. Zbl., vol. 14, 491 (1895).

Osservazione su sé stesso di questa innocua affezione, verosimilmente dovuta a nevrite locale, e comunicazione di altri casi, a volte sotto forma bilaterale.

¹ [Vedi, nel presente volume, pp. 150 e 177.]

² [Freud soffrì in quell'epoca, per un paio d'anni, di questo disturbo, che egli aveva trovato in vari pazienti.]

35.

*Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa (1896)*¹

Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen, ibid., vol. 15, 434 (1896).

1) *L'etiologia specifica dell'isteria.* La prosecuzione delle già intraprese ricerche psicoanalitiche in soggetti isterici ha avuto come risultato uniforme di chiarire che gli episodi traumatici sospettati (la cui azione permane nei sintomi isterici che ne rappresentano il simbolo mnestico) risalgono alla *prima infanzia* del malato e che essi devono essere descritti come un abuso sessuale in senso proprio.

2) *Essenza e meccanismo della nevrosi ossessiva.* Le rappresentazioni ossessive sono sempre autoaccuse trasformate che riemergono dalla rimozione e che sempre si riferiscono a un atto sessuale compiuto nell'infanzia e dal quale è stato ritratto un piacere. È indicato il percorso di questo ritorno del rimosso, nonché i risultati di una reazione di difesa primaria e secondaria.

3) *Analisi di un caso di paranoia cronica.* L'analisi di questo caso, minuziosamente riferito, dimostra che l'etiologia della paranoia va ricercata in quelle stesse esperienze sessuali della vita infantile, nelle quali fu precedentemente identificata l'etiologia dell'isteria e della nevrosi ossessiva. I sintomi di questa paranoia vengono particolarmente ricondotti alle attività di difesa.

36.

*Etiologia dell'isteria (1896)*²

Zur Aetiologie der Hysterie, Wien. klin. Rdsch., vol. 10, 379, 395, 413, 432, 450 (1896).

Comunicazioni particolareggiate sulle esperienze sessuali infantili da cui risulta l'etiologia delle psiconevrosi.³ Il contenuto di esse va definito "perversione", mentre i responsabili di tali atti vanno per lo più ricercati tra i parenti più stretti del malato. Discussione delle difficoltà che si debbono superare per scoprire questi ricordi rimossi, e dei dubbi che possono essere sollevati sulla validità dei risultati così

¹ [Vedi, nel presente volume, p. 303.]

² [Vedi, nel presente volume, p. 329.]

³ [Psychoneurosen. È probabilmente la prima volta che il termine appare in tedesco a stampa. Era già apparso sopra, ma in un contesto assai meno precisato, nella *Minuta teorica H* (1895) p. 40 e, in francese, in *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896) p. 301. Tuttavia nello scritto in tedesco dell'anno precedente di cui qui è dato il sommario il termine non ricorreva ancora, bensì la vecchia forma di "neuropsicosi da difesa", che sarà definitivamente abbandonata nello scritto seguente, p. 401.]

ottenuti. I sintomi isterici appaiono come una filiazione di ricordi che agiscono nell'inconscio; essi insorgono solo per l'azione concorrente di tali ricordi. La presenza di episodi sessuali infantili è una condizione indispensabile perché gli sforzi dell'azione di difesa (presenti anche nel soggetto normale) possano riuscire a produrre effetti patogeni, ossia nevrosi.

37.

L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi (1896)¹

L'hérédité et l'étiologie des névroses, Rev. neurol., vol. 4, 161 (1896).

I risultati ai quali è finora pervenuta la psicoanalisi nell'ambito dell'etiologia delle nevrosi vengono utilizzati per una critica della dominante teoria dell'onnipotenza dell'ereditarietà in neuropatologia. Il ruolo dell'ereditarietà è stato sopravvalutato in molti sensi. Primo, includendo nelle nevropatie ereditabili stati morbosi come la cefalea, le nevralgie ecc., i quali, molto probabilmente, sono in maggioranza riconducibili ad affezioni organiche delle cavità craniche (naso). Secondo, interpretando ogni reperibile nevropatia tra familiari come la prova dell'esistenza di una tara ereditaria e non lasciando quindi alcun margine per le nevropatie acquisite, che non possono godere di altrettale evidenza. Terzo, si è misconosciuto il ruolo etiologico della sifilide, e tutte le nevropatie da essa derivanti sono state interpretate su base ereditaria. È però consentita inoltre un'obiezione di principio nei confronti della forma d'ereditarietà chiamata "ereditarietà dissimulare" (o presentante variazioni della forma morbosa), alla quale spetta un ruolo di gran lunga più importante di quello dell'ereditarietà "similare". Per sostenere che l'esistenza di una tara ereditaria si manifesta nel fatto che, nei membri di una stessa famiglia, una qualsiasi nevropatia (corea, epilessia, isteria, apoplezia ecc.) può comparire al posto di un'altra senza alcuna precisa determinazione, è necessario conoscere le leggi secondo cui avviene una simile sostituzione, oppure bisogna ammettere che vi sono anche particolari etiologie, le quali appunto determinano la scelta della nevropatia che di fatto seguirà. Se tali particolari etiologie esistono, sono esse le ricercate cause specifiche delle singole forme cliniche, con il che l'ereditarietà retrocede al ruolo di sollecitazione o condizione preliminare.

¹ [Vedi, nel presente volume, p. 285.]

38.

La paralisi cerebrale infantile (1897)¹

Die infantile Cerebrallähmung, in "Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie" a cura di H. Nothnagel, vol. 9, pt. 2, II Abt. (Vienna 1897).

Compendio dei due lavori comparsi nel 1891 e nel 1893 sullo stesso tema [vedi 20 e 25], con aggiunte o variazioni divenute in seguito necessarie. Queste ultime riguardano i capitoli sulla poliomielite acuta, riconosciuta ora malattia non sistematica, sulla encefalite come processo iniziale dell'emiplegia spastica, e sulla interpretazione dei casi di rigidità paraplegica, la cui natura di affezione cerebrale poté recentemente essere posta in dubbio. Una discussione particolare è riservata ai tentativi di smembrare il contenuto delle diplegie cerebrali in varie e ben distinte entità cliniche, o quanto meno di considerare a sé, isolandola dalla farragine delle affezioni similari, il morbo di Little. Vengono segnalate le difficoltà che si oppongono a tale tentativo, e viene sostenuta la tesi, ritenuta l'unica veramente giustificata, che la "paralisi cerebrale infantile" venga attualmente mantenuta come un concetto clinico collettivo per tutta una serie di affezioni simili ad etiologia esogena. Il costante aumento delle osservazioni di affezioni nervose infantili di tipo familiare ed ereditario, forme che clinicamente si avvicinano per molti aspetti alla paralisi cerebrale infantile, ha reso necessario raggruppare queste nuove forme nel tentativo di separarle in linea di principio dalla paralisi cerebrale infantile.

¹ [Data la competenza acquisita da Freud con i suoi lavori sulle paralisi cerebrali infantili, Nothnagel sollecitò da lui nel 1895 la collaborazione, con un'ampia monografia sull'argomento, per la grande enciclopedia medica che stava preparando. Freud fu molto seccato (vedi le lettere a Fliess dall'ottobre del '95 al gennaio del '97), in quanto si era ormai impegnato a fondo nello studio delle psiconevrosi. Ma non poté esimersi. Il lavoro, di oltre 300 pagine e più di 400 titoli di bibliografia, che è l'ultima opera originale di argomento neurologico scritta da Freud, fu terminato nel gennaio 1897.]

APPENDICE

A. Lavori compilati sotto il mio influsso

- E. Rosenthal, *Contribution à l'étude des diplégies cérébrales de l'enfance*, Thèse de Lyon (Médaille d'argent) (1892).
- L. Rosenberg, *Casuistische Beiträge zur Kenntnis der cerebralen Kinderlähmungen und der Epilepsie* (N. 4 della nuova serie dei "Beiträge zur Kinderheilkunde" diretti da M. Kassowitz) (1893).

B. Traduzioni dal francese

- J.-M. Charcot, *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie* (Toeplitz & Deuticke, Vienna 1886).¹
- H. Bernheim, *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* (Franz Deuticke, Vienna [1888-89], 2^a ed. 1896).²
- H. Bernheim, *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie* (ivi 1892).
- J.-M. Charcot, *Poliklinische Vorträge*, vol. 1 delle *Leçons du mardi*, con note del traduttore (ivi 1892-94).³

¹ [Vedi, nella presente edizione, vol. 1, p. 17.]

² [Ibid., p. 66.] ³ [Ibid., p. 149.]

**LA SESSUALITÀ NELL'ETIOLOGIA
DELLE NEVROSI**

1898

Col titolo *Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen*, questo lavoro è stato pubblicato nella "Wiener klinische Rundschau", vol. 12 (2), 21-22, (4), 55-57, (5), 70-72, (7), 103-05 (9, 23 e 30 gennaio e 13 febbraio 1898), ed è stato in seguito riprodotto nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, vol. 1 (Vienna 1906) pp. 181-204, nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 439-64, e *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 491-516. Traduzione di Adele Campione.

L'articolo è stato scritto a puntate: Freud ne parla nella lettera a Fliess del 4 gennaio 1898, come di cosa di poca importanza che sta scrivendo, e poi nella lettera del 9 febbraio dicendo di averlo finito quel giorno.

Dalla primavera del 1896 (quando apparvero i tre scritti sulla teoria del trauma sessuale specifico) Freud non pubblicava lavori a carattere psicologico o psicoanalitico. Il periodo intercorso era stato pesante nella vita di Freud. Nel secondo semestre del 1896 Freud fu impegnato nella grossa fatica di portare a termine il lavoro (di oltre trecento pagine) sulle paralisi cerebrali infantili per l'enciclopedia medica di Nothnagel (vedi sopra l'ultimo numero del *Sommario dei lavori scientifici*). Il 23 ottobre era morto suo padre, e in seguito a ciò si erano accentuati i disturbi nervosi di cui egli soffriva. Tanto che nell'estate del 1897 iniziò la propria autoanalisi. Contemporaneamente, resosi conto dell'importanza dei sogni per il lavoro analitico, si occupò attivamente del problema del sogno, raccogliendo materiale e progettando di scrivere un libro, che cominciò a stendere all'inizio del 1898 (vedi, per questo periodo della vita di Freud, la *Introduzione* al vol. 3 di questa edizione, pp. xiv-xx).

Fra le scoperte di portata generale che Freud fece nel corso della sua autoanalisi, vi fu quella che i traumi sessuali precocissimi, che in base alle risultanze delle analisi gli erano apparsi gli agenti patogeni specifici dell'isteria e della nevrosi ossessiva, sono per lo più soltanto fantasie allucinate come ricordi e proiettate nella prima infanzia (lettera a Fliess del 21 settembre 1897), e che quanto di sessuale si trova nella infanzia non è necessariamente il frutto di atti di seduzione da parte di adulti, ma soprattutto lo spontaneo e naturale manifestarsi della pulsione sessuale, non ancora organizzata nelle forme che caratterizzano l'adulto normale (lettera a Fliess del 14 novembre 1897).

Questi concetti saranno sviluppati da Freud soltanto nei *Tre saggi sulla teoria sessuale*, del 1905. Egli, che si era fortemente compromesso con la teoria del trauma sessuale specifico, evitò all'inizio di ripudiarla pubblicamente, e per parecchio tempo non ne parlò più. Riuscì però nel presente scritto ad affrontare ancora il problema dell'importanza etiologica della sessualità per le nevrosi, mantenendosi per quanto riguarda le nevrosi da difesa o psiconevrosi su un piano generico, senza riaffermare, ma anche senza smentire, la teoria del trauma, e sviluppando invece il concetto dell'esistenza di una sessualità precoce infantile.

Nel presente articolo è accennato ad alcuni elementi sviluppati in lavori successivi: così il rapporto fra la civiltà e la nevrastenia (e i disturbi nervosi in genere) che Freud riprenderà in *La morale sessuale "civile"* e *il nervosismo moderno* del 1908 e poi in *Il disagio nella civiltà* del 1929; e così pure il concetto della utilizzazione, per grandi fini di carattere culturale, delle energie sessuali distolte dalla loro specifica finalità: concetto questo che Freud attribuisce nel presente lavoro a Wilhelm Fliess, e che sta alla base della nozione di sublimazione.

In questi ultimi anni, indagini minuziose mi hanno portato a concludere che le cause piú immediate e praticamente piú significative di un qualsiasi caso di malattia nevrotica sono costituite da fattori traenti origine dalla vita sessuale. Questa teoria non è del tutto nuova: si è sempre attribuita, in tutti i tempi e da tutti gli autori, una certa importanza, nell'etiologia delle nevrosi, ai fattori sessuali; e per alcune correnti secondarie della medicina la guarigione dei "malanni sessuali" e quella della "labilità nervosa" sono sempre state collegate in un'unica speranza. Non sarà quindi difficile contestare a questa teoria la sua originalità, una volta che si sia rinunciato a negarne la validità.

In alcune brevi memorie, apparse in questi ultimi anni sul "Neurologisches Zentralblatt", sulla "Revue neurologique" e sulla "Wiener klinische Rundschau",¹ ho tentato di indicare il materiale e i punti di vista suscettibili di costituire una base scientifica per una teoria della "etiologia sessuale delle nevrosi". Manca ancora una esposizione esauriente e completa della teoria, ma ciò è essenzialmente dovuto al fatto che, quando ci si sforza di chiarire questa connessione come comprovata dalla realtà, ci si imbatte in sempre nuovi problemi, per la soluzione dei quali mancano i necessari lavori preliminari. Per contro, non mi sembra affatto prematuro il tentativo di richiamare l'attenzione del medico pratico sulle connessioni da me affermate, perché possa convincersi dell'esattezza delle mie affer-

¹ [Neurol. Zbl.: *Le neuropsicosi da difesa* (1894), *Legittimità di separare dalla nevra-
stenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894), *Nuove osserva-
zioni sulle neuropsicosi da difesa* (1896). Rev. neurol.: *Ossessioni e fobie* (1894), *L'ere-
ditarietà e l'etiologia delle nevrosi* (1896). Wien. klin. Rdsch.: *A proposito di una critica
della "nevrosi d'angoscia"* (1895), *Etiologia dell'isteria* (1896).]

mazioni e anche dei vantaggi che potrà trarre, nella sua pratica medica, dalla loro conoscenza.

So che facendo uso di argomenti di coloritura morale, non mancheranno tentativi di dissuadere il medico dal seguire questo ordine di idee. Colui che voglia appurare se le nevrosi dei propri pazienti siano connesse veramente con la loro vita sessuale, non può evitare di ragguagliarsi presso di essi sulla loro vita sessuale, e di cercare di ottenere informazioni fedeli alla realtà. Ma in ciò sarebbe insito un pericolo, sia per il singolo che per la società. Il medico, sento dire, non ha il diritto di penetrare i segreti sessuali dei suoi pazienti, e di ferirne grossolanamente il pudore con un tale esame, soprattutto se si tratta di soggetti di sesso femminile. La sua mano inabile può soltanto distruggere la felicità familiare, offendere l'innocenza di individui giovani e pregiudicare l'autorità dei loro genitori; se i pazienti sono adulti, egli perverrà solo a una sorta di imbarazzante connivenza, distruggendo così il suo rapporto col paziente. Dovrebbe quindi essere un suo preciso dovere etico quello di restare lontano dalla questione sessuale.

Si deve però rispondere: che tutte queste obiezioni sono soltanto l'espressione di una pruderie indegna di un medico, e che con questi cattivi argomenti si nasconde in malo modo la propria pochezza. Se le cause della malattia sono veramente riconoscibili in fattori traenti origine dalla vita sessuale, allora, proprio per questa ragione, la ricerca e la discussione di questi fattori rientra, senza dubbio alcuno, nell'ambito dei precisi doveri di un medico. L'offesa che, in tal caso, egli arreca al pudore, non è diversa né peggiore, si dovrebbe supporre, di quella arrecata ogni qual volta egli, per curare un'affezione locale, insiste nel voler esaminare i genitali femminili; ciò a cui lo obbliga la stessa istruzione professionale ricevuta. Da donne anziane che hanno trascorso la propria giovinezza in provincia, si sente ancor oggi spesso raccontare come in altri tempi, in occasione di forti emorragie dai genitali, esse si riducessero allo sfinimento piuttosto che consentire al medico la vista della propria nudità. Nel giro di una generazione, l'influenza educativa esercitata dai medici sul pubblico ha fatto sì che una simile opposizione si verifichi, nelle nostre giovani donne, assai raramente e che, quando ciò avvenga, tale atteggiamento sia considerato come una forma di incomprendibile pruderie, di pudore ingiustificato. "Viviamo forse in Turchia — chiederebbe il marito — dove la donna ammalata può mostrare al medico solo il braccio, sporgendolo da un foro della parete?"

Non è esatto che l'esame e la connivenza relativamente alla loro vita sessuale procuri al medico un pericoloso potere sui suoi pazienti. A suo tempo, si sarebbe potuta sollevare la stessa obiezione, e a miglior ragione, a proposito dell'impiego della narcosi, con cui il malato viene derubato della sua coscienza e della sua volontà, mentre viene conferito al medico il potere di decidere se e quando dovrà restituirle. Eppure, oggi la narcosi ci è divenuta indispensabile, poiché è di aiuto, più di ogni altro mezzo, agli sforzi della terapia, e il medico, fra gli altri suoi più seri doveri, si è assunto anche la responsabilità della ipnosi.

Il medico può nuocere se manca di abilità o di coscienza in tutti i casi, né più né meno di quando esamina la vita sessuale dei suoi pazienti. Naturalmente colui che, dopo un serio esame di coscienza, non ritrovi in sé stesso il tatto, la serietà e la discrezione necessari per procedere a un esame dei nevrotici, chi è consapevole che il trovarsi di fronte a fatti della vita sessuale può risvegliare in lui in luogo di un serio interesse scientifico un prurito lascivo, farà molto bene a restarsene lontano dal problema dell'etiologia delle nevrosi. Da parte nostra, ci sembra giusto pretendere che egli si tenga lontano anche dal trattamento dei nervosi.

È inoltre inesatto che i pazienti oppongano insormontabili ostacoli ad ogni indagine sulla propria vita sessuale. Gli adulti, in genere, dopo una breve esitazione, finiscono coll'adattarsi: "In fin dei conti, sono dal medico, a cui si può dire tutto." Moltissime donne, per le quali il dovere di nascondere i propri sentimenti sessuali costituisce già nella vita quotidiana un peso abbastanza gravoso, si sentono veramente sollevate quando si rendono conto che il medico trattando queste cose ha di mira soltanto la loro guarigione, e gli sono grate di poter finalmente assumere, verso le cose sessuali, un atteggiamento umano. D'altra parte, sembra che nella coscienza dei profani non sia mai venuta meno una certa oscura consapevolezza di quella decisiva importanza dei fattori sessuali nella genesi del nervosismo che io sto cercando di far riconoscere anche in sede scientifica. Quante volte non capita di assistere a scene come questa: Si ha davanti una coppia di sposi, uno dei quali è affetto da nevrosi. Dopo una serie di discorsi preliminari e scuse per chiarire che il medico, se vuol rendersi utile in questi casi, deve bandire le barriere convenzionali e così via, si comunica ai due il sospetto che la causa della malattia sia nel tipo di rapporti sessuali, innaturale e dannoso, da essi probabilmente scelto dopo l'ultimo parto della moglie. Si aggiunge che gene-

ralmente i medici non sogliono occuparsi di questi rapporti, ma fanno male, anche se i pazienti non ne vogliono sentir parlare. A questo punto, uno dei due coniugi dà di gomito all'altro e dice: "Lo vedi, te lo dicevo, io, che quella cosa mi avrebbe fatto male." E l'altro coniuge risponde: "Anch'io ci ho pensato, ma che cos'altro potevamo fare?"

In altri casi, come quando si ha per esempio a che fare con fanciulle che sono state educate a nascondere sistematicamente la propria vita sessuale, ci si deve accontentare di un atteggiamento molto meno aperto e di risposte molto meno sincere. È importante, in questi casi, che il medico interpelli le pazienti soltanto dopo un'accorta preparazione, e che di solito egli non richieda descrizioni, ma soltanto la semplice conferma delle sue supposizioni. Chi voglia seguire le mie indicazioni sul modo in cui ci si deve spiegare la morfologia delle nevrosi e tradurla in etiologia, avrà bisogno soltanto di poche confessioni da parte dei malati. Con la descrizione dei propri sintomi morbosi, effettuata con zelo anche eccessivo, essi gli avranno già fornito per lo più l'indicazione dei fattori sessuali che si celano dietro tali sintomi.

Sarebbe di grande vantaggio se i malati fossero maggiormente consapevoli della sicurezza con la quale è ormai possibile, al medico, interpretare le loro lagnanze nevrotiche riconducendole a un'effettiva etiologia sessuale. Ciò sicuramente li spingerebbe a rinunciare a ogni segretezza fin dal momento in cui si sono decisi a chiedere aiuto per le loro sofferenze. E poi, noi tutti abbiamo interesse a che, anche per le cose sessuali, si esiga fra gli uomini un grado di sincerità maggiore di quello che oggi si pretende. La moralità sessuale non potrebbe che guadagnarci. Attualmente, nelle cose del sesso, noi siamo tutti quanti, malati e sani, nient'altro che ipocriti. Non avremmo che da guadagnare se, grazie a una generale sincerità, si potesse ottenere, nelle cose sessuali, un certo grado di tolleranza.

Il medico ha, in genere, un interesse assai scarso per i molti problemi dibattuti tra i neuropatologi a proposito delle nevrosi: se per esempio sia esatto separare nettamente l'isteria dalla nevrastenia, se si possa inoltre individuare una forma di isteronevrastenia, se l'ossessione vada ascritta alla nevrastenia oppure se vada riconosciuta come una nevrosi a sé stante, eccetera. In realtà, siffatte distinzioni potrebbero benissimo restare del tutto indifferenti per il medico pratico, fin tanto che nulla derivi dal punto di vista adottato — né una più profonda comprensione né un'indicazione per la terapia — e fin tanto che il paziente non sia, in ogni caso, inviato in uno stabilimento idro-

terapico o non debba sentirsi dire... che non ha niente. La cosa cambia se si accettano i nostri punti di vista sulle relazioni causali tra sessualità e nevrosi. Essi giustificano un nuovo interesse per la sintomatologia dei singoli casi di nevrosi e conferiscono un'importanza pratica al fatto che si sappia scomporre esattamente il complicato quadro patologico nelle sue componenti, definendole esattamente. La morfologia delle nevrosi è infatti facilmente traducibile in etiologia, e da questa conoscenza etiologica derivano con evidenza nuove indicazioni terapeutiche.

Ciò che soprattutto conta è stabilire (ed è sempre possibile mediante un'accurata valutazione dei sintomi) se il caso esaminato ha in sé i caratteri di una nevrastenia o quelli di una psiconevrosi¹ (isteria, ossessione). (Sono molto frequenti casi misti, nei quali i segni della nevrastenia sono congiunti con quelli di una psiconevrosi; ci riserviamo però di darne più tardi una valutazione.) Soltanto nelle nevrastenie l'esame del malato permette di scoprire i fattori etiologici nella vita sessuale; essi sono naturalmente noti al malato e appartengono al suo presente o, più esattamente, al periodo successivo alla maturità sessuale (quantunque anche questa limitazione non permetta di comprendere tutti i casi). Nelle psiconevrosi, l'esame del malato dà risultati minori; esso può procurarci la conoscenza di fattori che si debbono considerare solo occasionali, e che possono essere in connessione con la vita sessuale del paziente oppure no; nel primo caso, essi non mostrano dunque una natura diversa da quella dei fattori etiologici della nevrastenia, e non consentono quindi di trovare una relazione specifica con le cause della psiconevrosi. Eppure anche l'etiologia delle psiconevrosi risiede ancora, in ogni caso, nel campo della sessualità. Seguendo una strana via indiretta, di cui si dirà più avanti, è possibile giungere alla conoscenza di questa etiologia, e comprendere come mai il malato fosse incapace di dircene qualcosa. Gli eventi e gli influssi che stanno alla base di ogni psiconevrosi non appartengono infatti alla storia attuale del paziente, ma a un'epoca passata da tempo, per così dire preistorica, quella della seconda infanzia; e per questo essi sono ignoti anche allo stesso paziente. Egli li ha dimenticati, sia pure solo in un certo senso particolare.

¹ [Vedi sopra p. 389, n. 3. Ormai la funzione essenziale della "difesa" in queste affezioni psichiche è un concetto acquisito, sicché d'ora in avanti il termine "neuro-psicosi da difesa" viene abbandonato e sostituito da "psiconevrosi", la cui definizione e opportunità terminologica si è precisata in contrapposto alle "nevrosi attuali" (l'espressione comparirà tra poche pagine). La contrapposizione ritorna nella *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17) lez. 24.]

Etiologia sessuale, dunque, in tutti i casi di nevrosi: ma nelle nevrastenie essa è di tipo attuale; nelle psiconevrosi, i fattori sono di natura infantile. Questa è la prima, grande antitesi che si ritrova nella etiologia delle nevrosi. Se ne rileva una seconda quando si tenga conto di una differenza nella sintomatologia della nevrastenia. Vi sono casi in cui prevalgono determinate molestie, tipiche della nevrastenia: pressione alla testa, fatigabilità, dispepsia, costipazione, irritazione spinale, eccetera. In altri casi, questi segni passano in secondo piano e il quadro clinico è formato da altri sintomi, i quali tutti mostrano una relazione col loro sintomo nucleare, quello dell' "angoscia" (angoscia fluttuante, irrequietezza, angoscia d'attesa, attacchi d'angoscia completi, rudimentali e supplementari, vertigine locomotoria, agorafobia, insonnia, accentuata sensibilità al dolore ecc.). Ho lasciato al primo di questi due tipi il suo nome di nevrastenia, denominando l'altro "nevrosi d'angoscia"; le ragioni di questa differenziazione sono state esposte in un mio precedente lavoro, nel quale viene anche spiegato come ambedue queste nevrosi compaiano, di regola, insieme.¹ Per i nostri fini presenti basterà comunque porre in risalto che la differenza sintomatologica di queste forme va di pari passo con una diversità etiologica. La nevrastenia è sempre riconducibile a un particolare stato del sistema nervoso, acquisito per masturbazione eccessiva o insorto spontaneamente per frequenti polluzioni; nella nevrosi d'angoscia si rilevano sistematicamente influssi sessuali aventi tutti in comune il momento della ritenzione o dell'incompiuto soddisfacimento, come: coito interrotto, astinenza insieme con libido vivace, il cosiddetto eccitamento frustraneo e simili. Nel mio breve saggio che si proponeva di introdurre il concetto di nevrosi d'angoscia, ho avanzato l'ipotesi che l'angoscia sia propriamente libido deviata dal suo impiego.²

Quando in un caso si trovano contemporaneamente i sintomi della nevrastenia e quelli della nevrosi d'angoscia — si ha cioè un caso misto, — ci si attenga al criterio, ricavato empiricamente, per cui a un miscuglio di nevrosi corrisponde una concorrenza di molteplici fattori etiologici, e si otterrà sempre una conferma nella realtà. Stabilire con quale frequenza questi fattori etiologici siano organicamente collegati fra loro in base all'interconnessione dei processi sessuali — per esempio: *coitus interruptus* o ridotta potenza maschile con la masturbazione — meriterebbe un discorso a parte.

¹ [Vedi sopra *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894) pp. 173 sgg.] ² [Ibid., p. 169.]

Una volta posta con sicurezza la diagnosi di nevrosi nevristenica e raggruppati correttamente i sintomi, si deve tradurre la sintomatologia in etiologia e poi chiedere risolutamente al paziente la conferma delle proprie ipotesi. Non bisogna lasciarsi trarre in errore dal fatto che, inizialmente, il malato negherà ogni cosa; ci si attenga fermamente alle conclusioni cui si è giunti, e si finirà di vincere ogni resistenza insistendo sul carattere irrefutabile del proprio convincimento. In tal modo, si vengono a sapere tali e tante cose sulla vita sessuale dell'individuo, da poterne riempire un volume che risulterebbe insieme utile e istruttivo; e si impara pure a rammaricarsi, sotto ogni punto di vista, che la scienza sessuale sia oggi ancora considerata disonorevole. Dato che le lievi deviazioni dalla vita sessuale normale sono troppo frequenti perché si possa dare un peso alla loro scoperta, bisognerà prendere in considerazione nel nostro ammalato nevrotico soltanto una seria anomalia sessuale che si sia protratta per molto tempo; quanto poi al pericolo che l'insistenza del medico possa indurre un malato, psichicamente normale, ad attribuirsi falsamente una trasgressione sessuale, esso si può tranquillamente trascurare perché è un pericolo immaginario.

Trattando il paziente in questo modo, si ottiene pure la convinzione che nella teoria dell'etiologia sessuale della nevristenia non vi sono eccezioni. In me, perlomeno, una tale convinzione è divenuta così sicura che utilizzo diagnosticamente anche i risultati negativi, nel senso che posso concludere che questi casi non sono di nevristenia. Sono giunto così, diverse volte, a riconoscere che si trattava non di nevristenia, ma di paralisi progressiva, proprio perché non ero riuscito a dimostrare la presenza di quella masturbazione abituale che, secondo la mia teoria, non può invece mancare; e il decorso di questi casi mi diede in seguito ragione. In un altro caso il malato, pur non presentando alterazioni organiche evidenti, lamentava senso di pressione al capo, mal di testa e dispepsia, ma opponeva una negazione decisa e sincera ai miei sospetti sull'origine sessuale dei suoi disturbi; mi venne allora in mente di sospettare un ascesso latente in una delle due cavità nasali. Un esperto collega specialista confermò questa conclusione tratta dall'esito negativo dell'indagine per ciò che riguardava i fattori sessuali, e liberò il malato dai suoi disturbi svuotando l'antra di Highmore del pus fetido che vi era contenuto.

L'apparenza di "casi negativi" può avere anche un'altra origine. Si può trovare una vita sessuale normale anche in individui la cui ne-

vrosi appare, a un'osservazione superficiale, veramente molto simile a una nevrastenia o a una nevrosi d'angoscia. Una ricerca spinta piú a fondo porta però regolarmente a scoprire il vero stato delle cose. Sotto tali casi, ritenuti di nevrastenia, si nasconde una psiconevrosi, cioè un'isteria o una nevrosi ossessiva. L'isteria, in particolare, che imita tante affezioni organiche, può facilmente simulare anche una delle "nevrosi attuali",¹ portando al rango di sintomi isterici i sintomi nevrotici. Simili isterie dall'aspetto di nevrastenia non sono per nulla rare. Il ricorrere alle psiconevrosi per queste nevrastenie in assenza di elementi sessuali non è però semplice: la prova dell'esattezza della diagnosi può essere raggiunta solo percorrendo l'unica strada che conduce infallibilmente a smascherare un'isteria, percorrendo cioè la strada della psicoanalisi, di cui dovremo parlare piú avanti.

Forse piú d'uno tra coloro che pur sono pronti a prendere in considerazione l'etiologia sessuale delle nevrosi per i propri pazienti nevrastenici, riterrà dovuto a unilateralità il fatto che non lo si inviti a fare attenzione anche agli altri fattori generalmente citati dai trattatisti come causa di nevrastenia. È ben lontana da me l'idea di sostituire con l'etiologia sessuale questi altri fattori negando loro ogni efficacia. Sarebbe un malinteso. Ritengo, piuttosto, che a tutti i fattori già noti e riconosciuti dai trattatisti (verosimilmente a ragione) come fattori etiologici della nevrastenia, debbano essere aggiunti quelli sessuali, che finora non sono stati adeguatamente valutati. Questi però meritano, a mio parere, che venga loro assegnato un posto particolare nella serie etiologica.² Poiché essi soltanto non sono mai assenti in alcun caso di nevrastenia; essi soli possono produrre una nevrosi senza il concorso di altre cause, di modo che queste appaiono abbassate al ruolo di etiologia accessoria o supplementare; essi soli, infine, permettono al medico di scoprire una indubbia relazione tra la loro varietà e la pluralità dei quadri morbosi. Se io invece

¹ [Aktuelle Neurose, qui; piú oltre (p. 411) Aktualneurose, termine di poi sempre adottato per indicare la nevrastenia e la nevrosi d'angoscia (ma vedi anche sopra p. 156, n. 1). "Attuali" significa che le loro cause sono puramente contemporanee e non hanno la loro origine nel passato del paziente (come avviene, appunto, nelle psiconevrosi). La distinzione tra "nevrosi attuali" e "psiconevrosi" era già implicita, per esempio, negli Studi sull'isteria (1892-95) pp. 306 sg., ed era già chiara nelle Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa (1896) pp. 311 sg., dove le nevrosi "attuali" erano indicate come nevrosi "semplici"; in questo periodo Freud si riferiva spesso ad esse come alle "nevrosi", senza specificazioni, vedi ad esempio p. 100.]

² [Per questo e per quanto detto in seguito, vedi sopra A proposito di una critica della "nevrosi d'angoscia" (1895) p. 189.]

riunisco i casi in cui si suppone che la nevrasenia si sia prodotta a causa di sovraffaticamento, di eccitazione emotiva, dopo un tifo ecc., non ritrovo alcunché di comune nei loro sintomi; non potrei dedurre dalla natura della loro etiologia i sintomi probabili, così come, viceversa, non potrei risalire dal quadro morboso all'etiologia in atto.

Le cause sessuali inoltre sono anche quelle che piú delle altre offrono al medico un punto d'appoggio per il suo lavoro terapeutico. L'ereditarietà è indubbiamente, quando esista, un fattore molto importante, in quanto permette che si produca un grande effetto morboso là dove, senza la sua presenza, se ne sarebbe verificato uno molto limitato. Solo che l'ereditarietà è inaccessibile all'influenza del medico; ognuno reca in sé determinate predisposizioni, ereditarie, a determinate malattie, e noi non possiamo fare nulla per cambiarle. Né va dimenticato che proprio nell'etiologia della nevrasenia dobbiamo necessariamente negare ogni parte di primo piano all'ereditarietà. La nevrasenia (nelle sue due forme) appartiene a quel tipo di affezioni che possono essere comodamente acquisite da qualunque individuo esente da tare ereditarie. Se così non fosse, non si potrebbe credere al gigantesco aumento della nevrasenia lamentato da tutti gli autori. Per quanto riguarda la civiltà, si è soliti aggiungere alla lista dei suoi peccati anche quello di provocare la nevrasenia; può ben darsi che anche qui abbiano ragione i trattatisti (anche se per motivi probabilmente diversi da quelli che essi suppongono) ma lo stato della nostra civiltà è, anch'esso, imm modificabile per il singolo; inoltre questo elemento, in quanto vale per tutti i membri di una stessa società, non può spiegare la scelta effettuata dalla malattia. Il medico non nevrasenico non è meno sottoposto del paziente nevrasenico, che egli deve curare, agli influssi, considerati nefasti, della civiltà.¹ Nei limiti sopra indicati, l'importanza del fattore "esaurimento" resta immutata. Ma si esagera oltre misura con quel fattore del "sovraffaticamento" che i medici indicano tanto volentieri ai propri pazienti come causa delle loro nevrosi. È perfettamente vero che chiunque si trovi predisposto alla nevrasenia per effetto di pratiche sessuali nocive sopporta male il lavoro intellettuale e le fatiche psichiche della vita; ma nessuno diventerà mai nevrotico soltanto per il lavoro o per l'eccitazione. Il lavoro mentale costituisce anzi un'efficace protezione dalle affezioni nevraseniche;

¹ [Vedi piú ampia discussione di questi problemi in *La morale sessuale "civile"* e *il nervosismo moderno* (1908) e *Il disagio della civiltà* (1929).]

sono proprio i lavoratori intellettuali piú perseveranti a essere risparmiati dalla nevristenia, e quel lavoro al quale i nevristenici rivolgono l'accusa di "sovraffaticamento massacrante" non merita in genere di essere considerato "lavoro intellettuale", né dal punto di vista qualitativo, né da quello quantitativo. I medici dovrebbero abituarsi a spiegare all'impiegato che si è "ammazzato di lavoro" in ufficio, o alla massaia per la quale la casa è divenuta troppo pesante, che essi non si sono ammalati perché hanno cercato di svolgere mansioni che di fatto, per un cervello civile, sono propriamente leggere, ma perché, mentre svolgevano tali mansioni, hanno trascurato e deteriorato in modo grossolano la propria vita sessuale.

Solo l'etiologia sessuale può renderci comprensibili tutti i particolari delle storie cliniche dei nevristenici, quei loro enigmatici miglioramenti che compaiono nel bel mezzo della malattia e quei loro altrettanto incomprensibili peggioramenti, normalmente attribuiti, da medici e malati, alla terapia intrapresa. Nella mia casistica, comprendente oltre duecento casi, vi è, ad esempio, la storia di un uomo che, non avendo tratto alcun giovamento dalla terapia prescrittagli dal suo medico, si recò dal parroco Kneipp¹ ed ebbe a registrare, per tutto l'anno seguente, uno straordinario miglioramento e una interruzione delle sue sofferenze. Ma quando, l'anno successivo, i suoi disturbi tornarono ad aggravarsi ed egli andò ancora a cercar sollievo a Wörishofen, questo secondo ciclo di cura non diede alcun risultato. Uno sguardo alla cronaca familiare di questo paziente scioglie questo duplice enigma. Sei mesi e mezzo dopo il primo ritorno da Wörishofen, il paziente ebbe un figlio dalla moglie; aveva dunque lasciato la moglie quando questa era agli inizi di una gravidanza ancora ignorata e, una volta tornato e appresa la notizia, aveva potuto avere con lei rapporti naturali. Trascorso questo periodo di tempo, per lui così salutare, la sua nevrosi venne riattivata dalla ripresa del coitus interruptus, e la seconda cura non poté che risultare inutile, perché la gravidanza cui si è accennato fu anche l'ultima.

Un caso simile, nel quale pure c'era da chiarire il perché di un'inaspettata efficacia della terapia, si è rivelato ancor piú istruttivo del precedente, giacché comprendeva un misterioso cambiamento nei sintomi della nevrosi. A causa di una nevristenia tipica, un giovane nevropatico era stato mandato, dal suo medico, in uno stabilimento

¹ [Vedi nota p. 166.]

idroterapico assai ben diretto. Ivi lo stato del paziente cominciò subito a migliorare, tanto che tutto lasciava supporre che egli avrebbe lasciato lo stabilimento da grato sostenitore della idroterapia. Ma ecco in sesta settimana sopravvenire un improvviso cambiamento; il malato non "sopportava piú l'acqua" e diveniva sempre piú nervoso; infine, passate altre due settimane, egli abbandonò lo stabilimento scontento e senza essere guarito. Quando venne da me, lamentandosi di essere stato ingannato da questa terapia, cercai di informarmi un poco sui sintomi che lo avevano assalito nel bel mezzo della cura. Stranamente si era verificato un cambiamento. Nella stazione di cura il paziente era giunto sofferente di senso di pressione alla testa, stanchezza e dispepsia; ciò che lo aveva colpito durante il trattamento era: eccitazione, accessi di oppressione respiratoria, vertigine locomotoria e disturbi del sonno. A questo punto, mi fu possibile dire al malato: "Lei fa torto all'idroterapia; come Lei stesso ha sempre ben saputo, Lei si è ammalato in seguito alla masturbazione praticata da lungo tempo in modo abituale. Nella stazione di cura Lei ha rinunciato a questo tipo di soddisfacimento e si è quindi prontamente rimesso. Quando però ha cominciato a sentirsi bene, Lei ha cercato, poco saggiamente, di intrecciare una relazione con una signora, diciamo forse un'ospite dello stesso stabilimento, e questa relazione non poteva portare che a un'eccitazione priva del suo normale soddisfacimento. Le belle passeggiate fatte nei dintorni dello stabilimento gliene offrivano una buona occasione. A causa di questo tipo di rapporti, e non per un'improvvisa intolleranza all'idroterapia, Lei si è tornato ad ammalare. Del resto, il suo stato attuale mi fa pensare che Lei continua, anche qui in città, ad avere questa relazione." Posso assicurare che il malato mi ha confermato tutto ciò punto per punto.

L'attuale terapia della nevrastenia, così come tutt'al piú viene condotta nelle stazioni idroterapiche, si propone di conseguire il miglioramento dello stato nervoso per due vie: proteggendo e rinforzando il paziente. Contro questa terapia non saprei opporre nulla, se non che essa non tiene conto delle condizioni sessuali del caso. Stando alla mia esperienza, sarebbe estremamente desiderabile che i direttori medici di tali stabilimenti si rendessero sufficientemente conto che non hanno a che fare con le vittime della civiltà o dell'ereditarietà, ma — sit venia verbo — con minorati sessuali. Così essi non solo potrebbero piú facilmente spiegarsi tanto i loro successi quanto i loro insuccessi, ma anche conseguire successi nuovi,

finora affidati al caso o allo spontaneo comportamento del paziente. Se una donna ansioso-nevrastenica viene allontanata dalla sua casa e mandata in uno stabilimento idroterapico dove, libera da ogni dovere, le si lasciano fare bagni e ginnastica e le si permette di nutrirsi abbondantemente, si sarà certo propensi ad attribuire il brillante miglioramento, così raggiunto in qualche settimana o qualche mese, alla tranquillità di cui la paziente ha potuto godere e al rinvigorimento apportato dall'idroterapia. Può essere così; non viene però preso in considerazione il fatto che, allontanandosi da casa, la paziente ha anche interrotto i suoi rapporti coniugali, e che soltanto questa temporanea sospensione della causa patogena le dà la possibilità di rimettersi, seguendo un'adeguata terapia. Trascurando questo punto di vista etiologico si finisce più tardi col pagarne le spese, giacché quel successo terapeutico che appariva tanto soddisfacente si dimostrerà molto transitorio. Poco tempo dopo che il paziente è ritornato alla sua vita abituale, i sintomi del male si ripresentano e lo costringono, o a trascorrere di tanto in tanto in questo stabilimento un periodo improduttivo della sua esistenza, o a rivolgere altrove le sue speranze di guarigione. È quindi chiaro che, in casi di nevrasenia, i compiti terapeutici devono essere affrontati non negli stabilimenti idroterapici, ma all'interno delle condizioni di vita del paziente.

In altri casi, la nostra teoria etiologica può illuminare il medico degli stabilimenti sull'origine degli insuccessi che si verificano nello stabilimento stesso e suggerirgli come evitarli. Dopo la pubertà la masturbazione, nei maschi e nelle femmine, è molto più frequente di quanto non si sia soliti pensare, ed esplica un'azione dannosa non soltanto perché produce i sintomi nevrastenici, ma anche perché tiene i malati sotto il peso di un segreto che essi considerano vergognoso. Il medico non abituato a tradurre la nevrasenia in masturbazione, crede di spiegare lo stato patologico ricorrendo ai soliti termini di anemia, denutrizione, sovraffaticamento ecc. e, usando una terapia corrispondente, si aspetta la guarigione del suo malato. Ma, con sua grande meraviglia, a periodi di miglioramento si alternano, nel paziente, periodi di grave depressione, durante i quali tutti i sintomi peggiorano. L'esito di un tale trattamento è, in generale, dubbio. Se il medico sapesse che il paziente non fa che lottare con le sue abitudini sessuali e che egli è caduto in uno stato di vera disperazione perché si vede ancora costretto a soggiacere ad esse; se il medico sapesse carpire al malato il suo segreto, svalutandone ai suoi

occhi la gravità e aiutandolo infine nella sua lotta di disassuefazione, il successo dello sforzo terapeutico compiuto risulterebbe assolutamente assicurato.

La disassuefazione dalla masturbazione è solo uno dei nuovi compiti terapeutici che si assume il medico aderendo alla teoria dell'etiologia sessuale, e questo compito, come avviene per ogni altra disassuefazione, può essere assolto soltanto in una clinica e sotto costante controllo medico. Lasciato a sé stesso, alla minima contrarietà l'onanista torna a ricorrere al suo comodo soddisfacimento. In questo caso, il trattamento medico non può proporsi altro scopo che quello di ricondurre il nevrastenico, rinvigorito da un'adeguata terapia, al normale commercio sessuale, dato che i bisogni sessuali, una volta risvegliati e dopo che per un lungo periodo di tempo sono stati soddisfatti in un determinato modo, non possono essere ridotti al silenzio, ma solo essere incanalati verso altre direzioni. Analoga osservazione va fatta, del resto, per tutte le altre cure di divezzamento, i cui risultati continueranno ad essere solo apparentemente positivi fin tanto che il medico si accontenti di togliere la droga al malato, senza preoccuparsi della fonte dalla quale nasce l'imperioso bisogno della droga. "Assuefazione" è un mero modo di dire che non spiega nulla; non tutti coloro che hanno avuto per qualche tempo occasione di prendere morfina, cocaina, cloralio e simili sono divenuti per questo morfinomani, cocainomani eccetera. Un'indagine più precisa dimostra che questi narcotici sono in genere destinati a compensare, direttamente o per altra via, l'assenza del piacere sessuale, e quando non sia più possibile ristabilire una vita sessuale normale, ci si può attendere, con tutta sicurezza, una recidiva.¹

Un altro compito viene posto al medico dall'etiologia della nevrosi d'angoscia, e consiste nell'indurre il paziente ad abbandonare ogni forma dannosa di attività sessuale e ad avere rapporti sessuali normali. È chiaro che questo dovere spetta soprattutto al medico di fiducia del malato, al medico di casa; e farà bene costui a non sentirsi troppo superiore per abordare argomenti di questo genere, se non vuol danneggiare fortemente i suoi clienti.

Dato che, in questi casi, si ha per lo più a che fare con coppie di coniugi, gli sforzi del medico non tarderanno a urtare contro le tendenze malthusiane a controllare il numero delle procreazioni. Mi

¹ [Vedi altri riferimenti alla masturbazione quale fonte di nevrastenia nelle lettere di questi anni a Fliess. Vedi sopra la *Minuta teorica B* (1893).]

sembra indubbio che questo principio vada sempre piú diffondendosi nel nostro ceto medio; ho incontrato coniugi che hanno cominciato a prevenire la concezione già dopo la nascita del primo figlio, ed altri che, nei loro rapporti sessuali, hanno voluto tener presente questo principio fin dalla prima notte di matrimonio. Il problema del malthusianismo è vasto e complicato e non è mia intenzione trattarne, in questa sede, con la profondità che sarebbe richiesta per la terapia delle nevrosi; mi propongo, piuttosto, di accennare quale sia la miglior posizione che, di fronte a questo problema, può assumere il medico che ammetta l'etiologia sessuale delle nevrosi.

L'atteggiamento piú sbagliato è chiaramente quello di volere ignorare il problema, qualunque possa esserne la ragione. Ciò che è una necessità non può essere indegno della mia attività medica: e per non esporre al pericolo di nevrosi uno o ambedue i coniugi, è una necessità assistere, con i propri consigli di medico, quelle coppie che intendono limitare le nascite. È indiscutibile che, prima o poi, nel matrimonio, s'impone la necessità di ricorrere alle precauzioni malthusiane e, in teoria, si raggiungerebbe uno dei maggiori trionfi dell'umanità e si libererebbe la nostra specie da una delle coercizioni di natura piú fortemente avvertite, se si riuscisse a elevare l'atto della riproduzione, cui sono connesse tante responsabilità, al rango di azione volontaria e intenzionale, svincolandolo dal suo legame col necessario soddisfacimento di un bisogno naturale.

Il medico coscienzioso si addosserà quindi la responsabilità di decidere in quali situazioni sia giustificato l'impiego di misure atte a prevenire la concezione e dovrà inoltre distinguere, tra questi mezzi, quelli dannosi da quelli inoffensivi. Dannoso è tutto ciò che ostacola il pieno soddisfacimento sessuale; come si sa, noi non possediamo tuttavia per ora alcun mezzo anticoncettivo che corrisponda a ogni legittima esigenza: che sia cioè sicuro, comodo, che non costituisca nel coito un ostacolo alla sensazione di piacere, e che infine non offenda la sensibilità della donna. Si prospetta così, per il medico, un problema d'ordine pratico, alla cui soluzione egli potrà dedicare, non senza soddisfazione, i suoi sforzi. Colui che colmerà questa lacuna della nostra tecnica medica farà sí che innumerevoli individui non perdano la gioia di vivere e la propria salute, benché, è vero, avviando così una decisiva trasformazione delle nostre condizioni sociali.

I compiti che nascono dal riconoscimento di un'etiologia sessuale

della nevrosi non sono tuttavia finiti. Ciò che si può fare soprattutto per i nevrastenici riguarda la profilassi. Se la masturbazione è la causa della nevrastenia nella gioventù e se, per la diminuzione di potenza da essa determinata, essa riveste anche in seguito un'importanza etiologica per la nevrosi d'angoscia, il preservare i giovani di entrambi i sessi dalla masturbazione diventa un compito che merita un'assai maggiore sollecitudine di quella che finora gli si è dedicata. Se si pensa a tutti i danni, grandi e piccoli, provocati da questa nevrastenia che, a quanto pare, dilaga ogni giorno più, bisogna attribuire addirittura un interesse sociale al fatto che gli uomini giungano al commercio sessuale nel pieno della loro potenza. Quanto alla profilassi, il singolo però non può far nulla. La comunità stessa deve interessarsi a questo problema e dare la sua adesione alla ricerca di misure preventive di valore generale. Per il momento siamo ancora ben lontani da una situazione che lasci sperare in validi rimedi, ed è questo il motivo per cui è legittimo ritenere anche la nostra civiltà responsabile del diffondersi della nevrastenia. Molte cose andrebbero cambiate. È necessario infrangere la resistenza di un'intera generazione di medici che non vogliono più ricordare gli anni della loro giovinezza; va piegata la superbia dei padri, i quali non vogliono, davanti ai loro figli, essere abbassati ad un livello semplicemente umano; va combattuto l'incomprensibile pudore delle madri, alle quali il fatto che "proprio i loro figli siano divenuti degli ammalati di nervi" sembra oggi una fatalità incomprensibile ma certo immeritata. Sopra ogni cosa è però necessario far posto, nell'opinione pubblica, alla libera discussione sui problemi della vita sessuale; se ne deve poter parlare senza essere dichiarati mestatori o persone che speculano su istinti deteriori. E tutto ciò costituisce un lavoro sufficiente per tutto il secolo venturo, durante il quale la società dovrà imparare a tollerare le esigenze della nostra sessualità!

Il valore di una esatta differenziazione diagnostica tra psiconevrosi e nevrastenia viene reso evidente dal fatto che le prime esigono un diverso orientamento pratico e norme terapeutiche particolari. Le psiconevrosi insorgono in due diverse maniere: o per proprio conto, o in seguito a "nevrosi attuali" (nevrastenia e nevrosi d'angoscia). In quest'ultimo caso, si ha a che fare con un tipo nuovo, del resto molto frequente, di nevrosi mista. L'etiologia della nevrosi attuale diviene così un'etiologia ausiliaria della psiconevrosi; ne risulta un quadro morboso in cui può dominare la nevrosi d'angoscia, ma che presenta però tracce di nevrastenia vera, di isteria e di nevrosi osses-

siva. Di fronte a un tale miscuglio sarebbe sbagliato rinunciare a discernere i quadri morbosi in ogni singola nevrosi, dato che non è difficile spiegarsi il caso nel modo seguente: come mostra il predominante sviluppo della nevrosi d'angoscia, la malattia è in questo caso insorta sotto l'influsso etiologico di una pratica sessuale nociva "attuale". L'individuo in questione era però anche predisposto, per una particolare etiologia, a contrarre una o più psiconevrosi, e si sarebbe comunque ammalato una volta o l'altra di psiconevrosi, o spontaneamente o al sopravvenire di un altro fattore debilitante. Così, l'etiologia accessoria che ancora mancava per la psiconevrosi è stata apporata dall'etiologia attuale della nevrosi d'angoscia.

In tali casi è stato giustamente adottato l'uso terapeutico di prescindere dalle componenti psiconevrotiche del quadro morboso e di intervenire esclusivamente sulla nevrosi attuale. In moltissimi casi, combattendo adeguatamente la nevrastenia, si riesce a dominare anche la [psico-]nevrosi. Diversamente vanno valutati invece quei casi in cui la psiconevrosi o è insorta spontaneamente, o è divenuta, dopo un periodo in cui vi è stata mescolanza di nevrastenia e di psiconevrosi, indipendente. Parlando di insorgenza "spontanea" della psiconevrosi, non intendo dire che, nell'anamnesi, non si è trovato alcun fattore etiologico. Ciò può anche accadere, ma è anche possibile che si rilevi soltanto la presenza di un fattore indifferente: un'emozione, uno stato di debolezza da malattia somatica e simili. Comunque, si deve tener presente che, in tutti questi casi, la vera etiologia delle psiconevrosi non risiede in queste cause immediate, ma che piuttosto essa si sottrae alla rilevazione anamnestiche come è abitualmente effettuata.

Come è noto, è questa la lacuna che si è cercato di colmare supponendo una particolare predisposizione nevropatica (e anche se esistesse, si avrebbero scarse probabilità di successo nella terapia di tali stati morbosi). Questa predisposizione nevropatica poi è stata intesa come segno di una degenerazione generale, e in tal modo l'uso di questo comodo termine artificialmente coniato si è enormemente esteso, con danno per i poveri malati che i medici sono letteralmente impotenti a soccorrere. Per fortuna, le cose stanno diversamente. Esiste sí una predisposizione nevropatica, ma io devo contestare che essa basti da sé a generare una psiconevrosi. Devo altresì contestare che la coincidenza di predisposizione nevropatica e di cause immediate, determinatesi quando l'ammalato è già avanti nella vita, costituisca una etiologia sufficiente delle psiconevrosi. Si

è andati troppo in là nel ricondurre i destini patologici del singolo alle esperienze vissute dai suoi ascendenti, e si è così dimenticato che tra il momento della concezione e la maturità di un individuo si svolge un lungo periodo importante della sua vita: l'infanzia, durante la quale possono essere contratti i germi delle malattie future. Così è, in realtà, per le psiconevrosi. La loro vera etiologia va ricercata in esperienze dell'infanzia, cioè ancora (ed esclusivamente) in impressioni relative alla vita sessuale. Si ha torto a non prendere per nulla in considerazione la vita sessuale dei bambini: essi, per quanto ho potuto accertare, sono in grado di esplicare tutte le funzioni sessuali della sfera psichica e molte di quelle della sfera somatica. Allo stesso modo che i genitali esterni e le due gonadi non rappresentano l'intero apparato sessuale umano, così la vita sessuale umana non comincia soltanto, come può apparire a un'osservazione grossolana, con la pubertà. Sta invece il fatto che l'organizzazione e lo sviluppo della specie umana tendono a impedire una più vasta attività sessuale durante l'età infantile; sembra che le forze pulsionali sessuali debbano, nell'uomo, accumularsi, per porsi poi, scatenandosi al tempo della pubertà, al servizio di grandi fini di civiltà (Wilhelm Fliess). Ciò potrebbe forse spiegare perché le esperienze sessuali dell'età infantile debbano agire in senso patogeno. Esse esplicano tuttavia la loro azione solo in minima parte durante il periodo nel quale sono vissute; ben più significativa è la loro azione posteriore, che può manifestarsi soltanto nei successivi periodi della maturità. Questa azione posteriore prende l'avvio — né potrebbe essere altrimenti — dalle tracce psichiche lasciate dalle esperienze sessuali infantili. Nell'intervallo tra il momento in cui queste impressioni sono state vissute e quello della loro riproduzione (o per meglio dire, il rafforzarsi degli impulsi libidici da esse provenienti), non soltanto l'apparato sessuale somatico ma anche l'apparato psichico ha subito un notevole sviluppo; e perciò ora all'azione di quelle precoci esperienze sessuali segue una reazione psichica abnorme e ne risultano formazioni psicopatologiche.

In questi brevi cenni ho potuto indicare soltanto i principali fattori sui quali si fonda la teoria delle psiconevrosi: la posteriorità, lo stato infantile dell'apparato sessuale e dello strumento psichico. Per conseguire una reale comprensione del meccanismo di insorgenza delle psiconevrosi, sarebbe necessaria un'esposizione ben più ampia; soprattutto sarebbe necessario prospettare come plausibili determinate ipotesi, che mi paiono nuove, sulla composizione e sul funziona-

mento dell'apparato psichico. In un libro sulla *Interpretazione dei sogni* che sto ora preparando, avrò occasione di trattare dei fondamenti della psicologia delle nevrosi. Il sogno appartiene infatti alla stessa serie di formazioni psicopatologiche di cui fanno parte l'idea fissa isterica, l'ossessione e il delirio.

Dato che le manifestazioni delle psiconevrosi insorgono per l'azione consecutiva di tracce psichiche inconscie, esse risultano accessibili alla psicoterapia, che però dovrà battere una via diversa da quella finora unicamente seguita della suggestione con o senza ipnosi. Basandomi sul metodo "catartico" proposto da Josef Breuer, sono venuto elaborando in questi ultimi anni un procedimento terapeutico che voglio chiamare "psicoanalitico", al quale devo numerosi successi e la cui efficacia spero di poter ulteriormente potenziare. Negli *Studi sull'isteria* (in collaborazione con Breuer), pubblicati nel 1895, sono state date le prime comunicazioni sulla tecnica e sulla portata di questo metodo. Da allora, questo metodo si è parecchio mutato, oso affermare, per il meglio. Mentre allora noi dichiaravamo modestamente di mirare soltanto alla eliminazione dei sintomi isterici, e non alla guarigione dell'isteria stessa,¹ questa differenza mi è apparsa dopo di allora priva di fondamento e mi si è quindi presentata la prospettiva di una reale guarigione dell'isteria e delle ossessioni. Perciò ha suscitato in me un vivo interesse il trovar scritto in pubblicazioni di colleghi: "In questo caso l'ingegnoso procedimento escogitato da Breuer e Freud è fallito", oppure "il metodo non ha mantenuto ciò che pareva promettere". A questa lettura, provavo all'incirca la stessa impressione che può provare una persona che trovi sul giornale la partecipazione della propria morte, ma che si senta tuttavia tranquillizzata dal fatto d'essere meglio a giorno della situazione. Il procedimento è infatti talmente difficile da dover essere assolutamente imparato; non riesco d'altra parte a ricordare che uno solo dei miei critici abbia voluto apprenderlo da me, né credo che alcuno di loro se ne sia occupato tanto intensamente da poterlo scoprire da solo, così come ho fatto io. Le osservazioni riportate negli *Studi sull'isteria* sono del tutto insufficienti a fornire al lettore la padronanza di questa tecnica, né esse mirano in alcun modo a una siffatta istruzione completa.

La terapia psicoanalitica non è, per ora, utilizzabile in tutti i casi;

¹ [Vedi anche sopra, p. 100, le affermazioni finali dello scritto *Meccanismo psichico dei fenomeni isterici* (1893).]

per quanto ne so, le sue limitazioni sono le seguenti: essa esige che il paziente posseda un certo grado di maturità e di comprensione e perciò non serve nei bambini o negli adulti deboli di mente o incolti. Essa naufraga anche quando i malati sono troppo in là con gli anni, poiché, considerata la grande quantità del materiale accumulatosi, la cura avrebbe una durata eccessiva ed avrebbe fine in quel periodo della vita nel quale non si dà più valore alla sanità nervosa. Infine, essa è possibile solo se il malato si trovi in uno stato psichico normale, tale cioè da permettere di dominare il materiale patologico. Durante uno stato confusionale isterico, o durante episodi maniacali o malinconici, con i mezzi della psicoanalisi non si ottiene nulla. Tali casi possono però essere sottoposti al procedimento psicoanalitico dopo che le loro manifestazioni tempestose siano state placate per mezzo delle abituali misure terapeutiche. In pratica, e generalmente, i casi cronici di psiconevrosi rispondono meglio al metodo che non i casi di crisi acute, in cui ha naturalmente maggior peso la rapida cessazione delle crisi stesse. Per questo le fobie isteriche e le varie forme della nevrosi ossessiva costituiscono il campo di applicazione più specifico di questa nuova terapia.

Che il metodo presenti queste limitazioni si spiega in buona parte considerando le condizioni nelle quali l'ho dovuto elaborare. Il mio materiale è di fatto costituito da nevrosi cronici delle classi colte. Ritengo possibilissimo che si perfezionino altri procedimenti supplementari adatti al trattamento dei bambini e del pubblico che cerca assistenza negli ospedali. Devo anche dichiarare che ho sperimentato finora la mia terapia soltanto in casi gravi di isteria e nevrosi ossessiva; non saprei quindi dire come le cose si presenterebbero in quei casi di affezioni lievi che sembrano risolversi, perlomeno in apparenza, con un trattamento indifferente della durata di pochi mesi. Ovviamente una terapia nuova che, come tale, richiede molteplici sacrifici, doveva contare soltanto su quei malati che avevano già provato, senza successo, a seguire i metodi noti, o su malati il cui stato permetteva di giudicare che essi non avevano nulla da aspettarsi da questi procedimenti terapeutici apparentemente più comodi e più brevi. Così, fin dall'inizio ho dovuto subito affrontare i compiti più difficili servendomi di uno strumento ancora imperfetto; la prova ne è però risultata tanto più convincente.

Le vere difficoltà che ancora si oppongono al metodo di cura psicoanalitico non sono tuttavia dovute alle sue caratteristiche, bensì alla mancanza di una benché minima conoscenza, da parte dei medici

e dei profani, dell'essenza delle psiconevrosi. È quindi in diretta conseguenza di questa totale ignoranza che i medici ritengono giustificato consolare i loro pazienti con le piú vane assicurazioni o indurli a seguire inutili terapie. "Venga per sei settimane nel mio stabilimento e vedrà che i suoi sintomi (angoscia dei viaggi, ossessioni ecc.) scompariranno." Questi stabilimenti sono effettivamente indispensabili per sedare le crisi acute nel corso di una psiconevrosi, in quanto offrono al paziente distrazioni, riguardi e assistenza; ma per eliminare stati cronici non servono... a nulla, siano essi i piú distinti sanatori a sedicente indirizzo scientifico o i comuni stabilimenti idroterapici.

Sarebbe piú dignitoso e piú confacente per il malato, che è poi colui che, alla fine, deve occuparsi dei propri mali, se il medico dicesse sempre quella verità di cui ha conferma ogni giorno: che cioè le psiconevrosi sono un genere di malattie che non è mai, assolutamente, leggero. Una volta comparsa un'isteria, nessuno può prevedere quando essa avrà fine. Perlopiú ci si consola con l'inutile profezia che "un giorno essa sparirà di punto in bianco". Abbastanza spesso la guarigione si risolve in un semplice accordo di reciproca tolleranza tra la parte sana e la parte malata del paziente, oppure si compie mediante la trasformazione di un sintomo in una fobia. L'isteria della ragazza, così faticosamente sedata, rivive nell'isteria della moglie dopo la breve interruzione durante i primi tempi felici del matrimonio: soltanto che ora non piú i genitori, ma un'altra persona, il marito, è spinta a tacere, nel proprio interesse, sulla malattia. Anche se la malattia non porta a una chiara incapacità di vivere, vi è quasi sempre una perdita nella libera esplicazione dei poteri mentali. Le ossessioni persistono per tutta la vita; le fobie e le altre limitazioni della volontà sono finora risultate resistenti all'influenza di qualsiasi terapia. Tutto ciò viene tenuto nascosto ai profani; ed è per ciò che il padre di un'isterica si spaventa se, per esempio, gli si chiede che sua figlia si sottoponga a un trattamento di un anno mentre forse la malattia dura da appena pochi mesi. Il profano è, per così dire, intimamente e profondamente convinto che tutte queste psiconevrosi non siano cose serie e non ha pazienza durante la malattia, né affronta la terapia con il necessario spirito di sacrificio. Se si comporta con maggiore ragionevolezza quando ha a che fare con un tifo che durerà tre settimane o con la frattura di una gamba, la cui guarigione richiederà sei mesi; se, non appena in suo figlio compaiano i primi segni di una curvatura della colonna vertebrale, si mo-

stra disposto a farlo sottoporre per anni a un trattamento ortopedico, questa diversità di comportamento è dovuta a una maggiore comprensione del medico, il quale ha anche saputo trasfondere francamente il suo sapere nello stesso profano. Ma della franchezza del medico e della docilità del profano le psiconevrosi potranno avvalersi soltanto quando la precisa conoscenza dell'essenza di queste affezioni sarà divenuta di generale dominio per i medici. Comunque, il trattamento psicoterapeutico radicale delle psiconevrosi esigerà sempre una particolare preparazione e sarà incompatibile con qualsiasi altra attività medica. In compenso, questa classe di specialisti, certo ben numerosa in futuro, avrà occasione di esplicare un'attività assai lodevole e di pervenire a una soddisfacente comprensione della vita dell'uomo.

MECCANISMO PSICHIICO DELLA DIMENTICANZA

1898

Il 26 agosto 1898 Freud da Aussee, dove si trovava in villeggiatura, scrisse a Fliess una lettera in cui è detto: "Ho finalmente capito una piccola cosa che da tempo supponevo. Tu sai quanto sia facile dimenticare un nome e sostituirlo con qualche elemento di un altro, sull'esattezza del quale potresti giurare, mentre risulta invariabilmente errato." Freud continua dicendo che gli è accaduto questo poco tempo prima, per il nome di Julius Mosen, autore di un *Andreas Hofer*; e che egli era riuscito a provare: 1) che aveva "rimosso il nome Mosen a causa di certe associazioni, 2) che il materiale infantile aveva una parte nella rimozione, e 3) che i nomi sostitutivi venuti in mente nascevano, proprio come un sintomo, dai due gruppi di materiale". Freud concludeva dicendo che l'analisi aveva risolto completamente la cosa, ma che non poteva pubblicare questa analisi per i riferimenti di carattere personale in essa contenuti.

Il 31 agosto Freud scriveva a Fliess che quello stesso giorno sarebbe partito con la moglie per la Dalmazia. Rientrò a Vienna il 19 settembre e, tre giorni dopo (lettera del 22 settembre), scriveva a Fliess raccontandogli l'analisi di un'altra dimenticanza di nome, capitatagli durante il viaggio in Dalmazia (si noti che Ragusa è il nome italiano dell'attuale Dubrovnik) e in Bosnia: il nome era quello di Luca Signorelli.

È questa l'analisi contenuta nel presente articolo, scritto in quei giorni e che, col titolo *Zum psychischen Mechanismus der Vergesslichkeit*, è stato pubblicato nel "Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie", vol. 4(6), 436-43 (dicembre 1898). L'articolo non è stato da Freud riprodotto in raccolte di scritti, in quanto la stessa analisi, notevolmente rielaborata e arricchita, ha costituito invece il primo capitolo dell'opera *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901). Esso è stato riprodotto nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 519-27. La traduzione è di Adele Campione.

Il presente lavoro costituisce comunque la prima pubblicazione in cui il metodo della interpretazione psicoanalitica, utilizzato per i sintomi nevrotici, viene applicato a una di quelle momentanee disfunzioni dell'atti-

vità psichica che possono realizzarsi in ognuno, e quindi anche in persone psichicamente sane.

Che Freud, nell'atto di trovare il meccanismo di produzione delle dimenticanze di nomi, abbia in meno di un mese compiuto su di sé l'analisi di due dimenticanze, si spiega col fatto che Freud stava effettuando la propria autoanalisi ed era quindi particolarmente sensibilizzato alla osservazione dei processi psichici profondi in lui stesso agenti.

Ognuno avrà certamente sperimentato in sé stesso, od osservato in altri, il fenomeno di dimenticanza che mi accingo qui a descrivere e poi a spiegare. Esso colpisce in particolare l'uso dei nomi propri — *nomen propria* — e si manifesta nel modo seguente: nel bel mezzo di una conversazione ci vediamo improvvisamente costretti a dichiarare al nostro interlocutore che non riusciamo a ricordarci il nome che volevamo proprio ora citare, e a pregarlo (anche se per lo più invano) di aiutarci, dicendo: "Come si chiama dunque...? è un nome così noto! L'ho sulla punta della lingua, ma in questo momento mi sfugge." Un evidente stato di eccitazione stizzosa accompagna, così come nell'afasia motoria, ogni successivo sforzo volto a trovare quel nome di cui ancora un momento fa, almeno così ci pare, eravamo in grado di disporre. Sono notevoli due fenomeni collaterali che compaiono nei casi tipici. Il primo è costituito dal fatto che l'energica tensione intenzionale di quella funzione che noi chiamiamo attenzione si mostra incapace, per quanto venga prolungata, di trovare il nome perduto; il secondo è costituito dal fatto che, al posto del nome cercato, se ne presenta improvvisamente un altro, che viene da noi scartato, perché sbagliato, ma che si ripresenta con insistenza. Oppure, invece del nome di sostituzione, troviamo nella nostra memoria una lettera o una sillaba che siamo certi figurati anche nel nome cercato. Diciamo ad esempio: "Comincia per 'B'." Quando alla fine riusciamo in qualche maniera a ritrovare il nome, risulta che esso, nella stragrande maggioranza dei casi, non incomincia per B e addirittura non contiene affatto quella lettera.

Il mezzo migliore per tornare in possesso del nome cercato è, come è noto, quello di "non pensarci", cioè di distogliere quella parte dell'attenzione di cui possiamo disporre volontariamente dal com-

pito di cercarlo. Dopo qualche tempo, il nome cercato viene improvvisamente in mente; non possiamo trattenerci dal pronunciarlo ad alta voce, con grande meraviglia dell'interlocutore il quale, nel frattempo, ha già dimenticato l'incidente, anche perché ha scarsamente partecipato ai nostri sforzi. "Non importa come si chiama. Vada pure avanti", ci si sente solitamente dire. Mentre la cosa dura e anche dopo che ci siamo intenzionalmente distratti, ci sentiamo preoccupati in una misura che non si giustifica obiettivamente con l'interesse che la cosa presenta.¹

In alcuni casi di siffatta dimenticanza di nomi, che mi sono personalmente capitati, ho potuto mediante un'analisi psichica rendermi conto di come si svolgono le cose; voglio qui esporre per esteso il più semplice ed evidente.

Durante le vacanze estive, ero partito un giorno dalla bella Ragusa per recarmi, in carrozza, in una vicina città dell'Herzegovina;² la conversazione nata tra il mio compagno di viaggio e me cadde, come ben s'intende, sulle condizioni delle due regioni (Bosnia e Herzegovina) e sul carattere dei loro abitanti. Mi intrattenni così su alcune caratteristiche proprie dei Turchi che vivono in tali regioni, quali mi erano state descritte anni prima da un caro collega medico che aveva vissuto lungamente fra loro. Dopo un po', la conversazione si spostò sull'Italia e sulla pittura, e ciò mi diede occasione di raccomandare caldamente al mio compagno di recarsi una volta o l'altra a Orvieto per contemplare gli affreschi del ciclo della fine del mondo e del giudizio universale, coi quali un grande pittore aveva decorato una cappella del Duomo. Il nome del pittore mi era sfuggito di mente e non ci fu verso di ricordarlo. Sforzai la memoria, passai in rassegna tutti i particolari dei giorni passati ad Orvieto e potei constatare che nessuno d'essi si era cancellato o attenuato. Anzi, potevo rappresentarmi le immagini in modo molto più vivo di quanto solitamente mi riesca;³ particolarmente nitido avevo

¹ E che neppure è giustificata dall'eventuale senso di dispiacere per il fatto del sentirsi inibiti nel corso di un'attività psichica.

² [Adottiamo la grafia Herzegovina, anziché Erzegovina, per facilitare nel seguito l'associazione di idee.]

³ [Freud accenna qui al fatto che, quando un ricordo è rimosso, affiora spesso nella coscienza con inusitata vivacità un'immagine di qualcosa che, benché non importante, è strettamente connesso con il ricordo rimosso. Accenno simile, oltre, p. 430 e nello scritto seguente, p. 438. Nella *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901) cap. 2, dove riappare la notazione, Freud suggerisce una spiegazione, e in uno dei suoi ultimi scritti, *Costruzioni nell'analisi* (1937) § 3, la questione è connessa con il problema generale delle allucinazioni.]

di fronte agli occhi l'autoritratto, col viso serio e le mani intrecciate, dipinto dal pittore nell'angolo di uno degli affreschi, accanto al ritratto del suo predecessore nel lavoro, il Beato Angelico da Fiesole; ma il nome dell'artista, che pure mi è familiare, continuava a sfuggirmi ostinatamente. Il mio compagno di viaggio non fu in grado di aiutarmi; tutti i miei sforzi successivi non ebbero altro effetto, se non quello di far emergere i nomi di altri due pittori che sapevo non giusti: *Botticelli* e, in seconda linea, *Boltraffio*.¹ La ricorrenza dell'elemento fonetico "Bo" nei due nomi di sostituzione avrebbe forse potuto indurre un inesperto a supporre che esso figurasse anche nel nome cercato; ma io mi guardai bene dal contarci.

Dato che, essendo in viaggio, non avevo la possibilità di consultare alcun testo, per parecchi giorni dovetti rassegnarmi a sopportare questo vuoto di memoria e il fastidio interiore che esso piú volte al dí mi dava, finché non incontrai un italiano colto che me ne liberò comunicandomi il nome cercato: *Signorelli*. Al cognome seppi subito aggiungere, di mio, il nome: *Luca*. E ben presto impallidì il nitidissimo ricordo dei lineamenti del maestro ritratti nell'affresco.

Quali influssi mi avevano fatto dimenticare il nome *Signorelli*, che mi era così familiare e che è così facile a imprimersi nella memoria? E quali vie hanno condotto alla sua sostituzione con i nomi *Botticelli* e *Boltraffio*? Per chiarire entrambe le cose mi bastò risalire alle circostanze in cui si era prodotta la dimenticanza.

Poco prima di passare al tema degli affreschi del Duomo di Orvieto, avevo narrato al mio compagno di viaggio ciò che, alcuni anni prima, avevo sentito dire dal mio collega a proposito dei Turchi della Bosnia. Essi trattano il medico con particolare rispetto e, proprio all'opposto del nostro popolo, si mostrano rassegnati ai voleri del destino. Quando il medico deve comunicare al capo famiglia che uno dei suoi parenti è spacciato, il suo commento è: "*Herr* [Signore], che ho da dire? Io so che se vi fosse salvezza, tu la daresti!" Insieme a questa storia, la mia memoria aveva conservato un altro ricordo, ossia ciò che quello stesso collega mi aveva riferito circa la fondamentale importanza che questi abitanti della Bosnia dànno al piacere sessuale. Uno dei suoi pazienti gli aveva una volta detto: "Tu lo sai, *Herr*, quando non si può piú far quello, la vita non ha valore." Parve allora a entrambi di riuscire a vedere un'intima connessione tra i due tratti di carattere del popolo bosniaco qui illustrati.

¹ Il primo nome mi è assai familiare, il secondo invece appena noto.

Ma quando, durante il viaggio per l'Herzegovina, mi sono ricordato di questo racconto, ho represso la seconda parte, in cui veniva toccato il tema della sessualità. Subito dopo mi sfuggì il nome *Signorelli* e mi si presentarono, quali suoi surrogati, i nomi *Botticelli* e *Boltraffio*.

L'influsso che aveva impedito al nome *Signorelli* di pervenire alla memoria o, come io sono solito dire, che lo aveva "rimosso", non poteva dunque provenire che da quella storia repressa sul modo di valutare la morte e il godimento sessuale. Se era così, doveva certamente essere possibile individuare le rappresentazioni intermedie che avevano servito da collegamento tra i due temi. L'affinità del contenuto — qui, giudizio universale, "fine del mondo"; là, morte e sessualità — appare debole; ma, giacché si trattava della rimozione d'un nome dalla memoria, era a priori probabile che il legame fosse stato tra nome e nome. Ora *Signor* equivale al tedesco *Herr*; ma *Herr* figura anche nel nome *Herzegovina*. Inoltre, non è indifferente il fatto che in entrambe le frasi da me ricordate, i pazienti si rivolgessero al medico chiamandolo *Herr*. La traduzione di *Signor* in *Herr* era dunque la via per la quale la storia da me repressa aveva poi spinto nella rimozione il nome da me cercato. L'intero processo era stato evidentemente facilitato dal fatto che, negli ultimi giorni, a Ragusa avevo sempre parlato italiano e mi ero perciò abituato a tradurre mentalmente dal tedesco in italiano.¹

Mentre mi sforzavo di ritrovare il nome del pittore, strappandolo alla rimozione, si fece inevitabilmente sentire l'influsso del legame in cui frattanto il nome era incappato. Io trovai sí un nome d'artista, ma non quello giusto, bensí uno che costituiva uno spostamento, il quale ultimo si era operato sulla base dei nomi contenuti nel tema rimosso. *Botticelli* ha le stesse sillabe finali di *Signorelli*; sono dunque state riprodotte quelle sillabe finali che non potevano collegarsi direttamente, come la prima parte "Signor", con il nome "Herzegovina"; ma il nome *Bosnia*, che si usa abitualmente unito a *Herzegovina*, aveva esercitato la sua influenza orientando la sostituzione su due nomi di artisti che incominciano con la stessa sillaba "Bo": "Botticelli" e poi "Boltraffio". La ricerca del nome *Signorelli* risultava dun-

¹ Si dirà: "una spiegazione cercata, forzata!" Ma questa impressione deriva solo dal fatto che il tema represso tenta con ogni mezzo di ristabilire il collegamento con quello non represso e a tale scopo non disdegna neanche la via dell'associazione esteriore. Una forzatura simile a quella di quando si devono trovare rime. [Per "associazione esteriore" si intende un'associazione superficiale, quale l'assonanza, ma senza nesso logico. Lo sforzo di trovare rime è descritto da Freud nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) p. 313.]

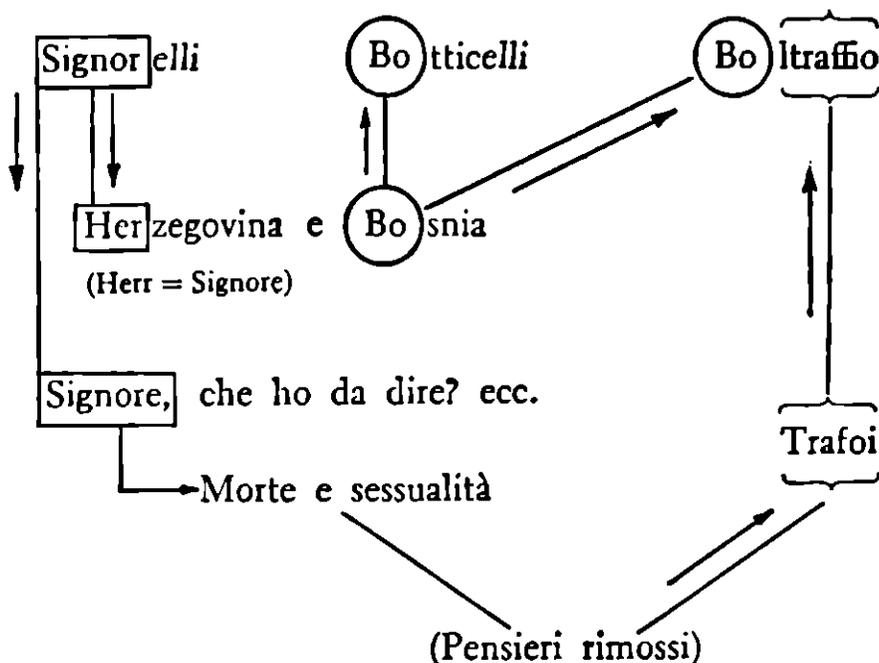
que disturbata dal tema retrostante, in cui figurano i nomi "Bosnia" e "Herzegovina".

Perché questo tema potesse esercitare una tale azione, non era sufficiente il fatto che io lo avessi una volta represso durante il mio discorso, cosa che, del resto, era stata dovuta a motivi casuali. Bisogna piuttosto ammettere che questo stesso tema fosse a sua volta intimamente legato a processi ideativi che si trovavano in me in stato di rimozione, i quali cioè, nonostante l'intensità d'interesse da essi posseduta, presentavano una resistenza che impediva loro di essere rielaborati da una data istanza psichica e li manteneva perciò fuori della coscienza. Che per me le cose stessero così a quell'epoca per quanto riguarda il tema "morte e sessualità", è dimostrato da varie prove, che io ho tratto da una mia autoesplorazione e che non occorre riferire. Posso però accennare a un'azione che è stata esercitata da questi pensieri rimossi. L'esperienza mi ha insegnato a esigere che ogni evento psichico sia esaminato fino alla sua piena chiarificazione, giungendo anche a una sovradeterminazione. Il secondo nome di sostituzione, "Boltraffio", in cui sin allora apparivano giustificate solo le prime due lettere per l'assonanza con "Bosnia", mi parve dunque richiedere una determinazione ulteriore. Ricordai così come questi pensieri rimossi non mi avessero mai tenuto tanto occupato quanto alcune settimane prima del mio viaggio, quando mi accadde di ricevere una certa notizia.¹ Il luogo dove questa notizia mi aveva raggiunto si chiama Trafoi, e questo nome è troppo simile alla seconda metà del nome "Boltraffio" per non aver agito in maniera determinante sulla scelta di quest'ultimo. Si potrebbe tentare di riprodurre in un piccolo schema le relazioni che abbiamo chiarito.

Non è forse privo d'interesse poter sviscerare il meccanismo di un accadimento psichico di questo genere, anche se esso rientra in turbamenti del controllo dell'apparato psichico che sono insignificanti e comunque compatibili con uno stato di perfetta sanità psichica. Ma un interesse ben maggiore può suscitare l'esempio qui riportato quando si sappia che esso può valere nientemeno che come modello dei processi patologici ai quali i sintomi psichici delle psico-nevrosi (isteria, ossessioni e paranoia) devono la propria genesi. Sia sugli uni che sugli altri ritroviamo gli stessi elementi e lo stesso gioco di forze. Nello stesso modo e grazie ad associazioni ugualmente super-

¹ [Nel primo capitolo della *Psicopatologia della vita quotidiana* Freud spiega che gli era stata comunicata la morte di un suo paziente, suicidatosi "a causa di un inguaribile disturbo sessuale". Trafoi è in provincia di Bolzano.]

ficiali, una sequenza ideativa rimossa si impossessa, nella nevrosi, di una impressione recente del tutto banale e la trae con sé nella rimozione. Lo stesso meccanismo che, partendo dal nome Signorelli, ha fatto sorgere i nomi di sostituzione Botticelli e Boltraffio, servendosi di rappresentazioni intermedie e di compromesso, governa anche la formazione dei pensieri ossessivi e delle illusioni mnestiche para-



noiche. La caratteristica altrimenti incomprensibile (e nel nostro esempio incompresa dal mio interlocutore) che un tal caso di dimenticanza provochi un persistente dispiacere fino al momento della risoluzione, trova piena analogia nella maniera con cui masse di pensieri rimossi conferiscono la loro capacità affettiva a un sintomo, il cui contenuto psichico sembra al nostro giudizio assolutamente non adatto a una tale emissione d'affetto. Infine, il fatto stesso che l'intera tensione possa cessare quando qualcun altro ci comunica il nome esatto, è un buon esempio dell'efficacia della terapia psicoanalitica, la quale mira a rettificare le rimozioni e gli spostamenti ed elimina i sintomi mediante la reinserzione dell'oggetto psichico giusto.

Tra i vari fattori che concorrono a produrre un indebolimento o una perdita di memoria, non va quindi sottovalutato l'apporto della rimozione, che si ritrova non soltanto nei nevrotici ma, in forme qualitativamente simili, anche nei soggetti normali. Si può affermare in modo generale che la facilità (e, in definitiva, anche la fedeltà) con cui noi richiamiamo alla memoria una certa impressione, dipende non soltanto dalla costituzione psichica del singolo

individuo, dalla forza che l'impressione aveva quand'era recente, dall'interesse ad essa rivolto, dalla costellazione psichica attuale, dall'interesse che ora viene portato alla sua rievocazione, dai nessi in cui essa è implicata eccetera, ma anche dal favore o sfavore di un particolare fattore psichico, il quale si oppone alla riproduzione di ciò che provoca dispiacere o che può in seguito condurre a una liberazione di dispiacere. La funzione della memoria, che ci rappresentiamo di solito come un archivio aperto a ogni desiderio di sapere, è dunque soggetta a restrizione in forza di una tendenza della volontà, al modo stesso come accade per ogni altro elemento del nostro comportamento rivolto verso il mondo esterno. Con ciò il mistero dell'amnesia isterica è per metà risolto; basta dire che gli isterici semplicemente non sanno quello che non vogliono sapere; e la cura psicoanalitica, che si sforza di colmare con la sua tecnica tali lacune mnestiche, sa bene che la rievocazione di ognuno di questi ricordi perduti è ostacolata da una certa resistenza, che secondo la sua entità richiede, per essere combattuta, un lavoro proporzionato. Naturalmente non si può pretendere che, nei processi psichici del tutto normali, l'influsso di questo fattore, che concorre in modo partigiano alla rievocazione di quanto è stato dimenticato, predomini sempre e comunque su tutti gli altri fattori che vanno presi in considerazione.¹

Circa il modo tendenzioso con cui noi ricordiamo e dimentichiamo, voglio raccontare un fatto che mi è capitato poco tempo fa e che costituisce un esempio molto istruttivo e significativo. Avevo intenzione di fare una visita di ventiquattro ore a un amico che purtroppo vive molto lontano da me, e avevo la mente piena delle cose che gli dovevo comunicare. Prima di partire da Vienna mi sentii però in dovere di passare da una famiglia amica, un cui membro si era trasferito nella città alla quale ero diretto, per offrirmi di portare saluti e ambasciate a questa persona lontana. Mi fu detto il nome della pensione presso cui egli abitava, il nome e il numero della via e, data la mia cattiva memoria, l'indirizzo mi fu

¹ Sarebbe errato credere che il meccanismo illustrato agisca solo raramente. Esso è invece molto frequente. Per esempio: volevo raccontare a un mio collega questo stesso fatterello, quando all'improvviso mi sfuggì il nome della persona che mi aveva riferito tutta la storia sulla Bosnia. Soluzione: immediatamente prima avevo giocato a carte. Il mio informatore si chiamava Pick. Ora Pick [picche] e Herz [cuori] sono due dei quattro semi delle carte; le due parole inoltre si tenevano congiunte in un episodio: la persona in oggetto mi aveva una volta detto, accennando a sé stessa: "Non mi chiamo Herz, io, mi chiamo Pick." Herz si ritrova ancora nel nome Herzegovina; inoltre, il cuore [Herz], quale organo malato, ha anch'esso una certa funzione in quei pensieri che ho qualificato come rimossi.

scritto su di un biglietto che misi nel portafoglio. Il giorno dopo, appena giunto dal mio amico, cominciai: "Ho solo un piccolo incarico da sbrigare, prima che possiamo starcene in pace; si tratta di una visita che voglio fare subito. L'indirizzo l'ho nel portafoglio." Con mio grande stupore, però, non ce lo trovai più. Potevo ora contare soltanto sulla mia memoria. Non ho una memoria particolarmente buona per i nomi; essa è tuttavia incomparabilmente peggiore quando si tratta di cifre e di numeri. Dopo che per un anno sono andato sistematicamente in una data casa per ragioni professionali, se devo prendere un cocchiere nuovo che mi ci porti, sono sempre in difficoltà a proposito del numero della casa. In questa occasione invece mi ricordavo proprio del numero, esso mi era più che mai chiaro,¹ quasi per farmi rabbia; nessuna traccia però del nome della via e della pensione. Degli elementi dell'indirizzo avevo dimenticato tutto ciò su cui mi sarei potuto fondare per trovare la pensione e, contrariamente al solito, avevo ritenuto il numero, che non serviva assolutamente allo scopo. Mi fu perciò impossibile fare quella visita, ma me ne consolai subito per dedicarmi interamente al mio amico. Tornato a Vienna e alla mia scrivania, trovai, a colpo sicuro, il posto dove avevo "distrattamente" posato il biglietto con l'indirizzo. E in questo mio inconscio nascondere era stata attiva la stessa intenzione che aveva determinato lo strano cambiamento del mio modo di dimenticare.²

¹ [Vedi p. 424, n. 3.]

² [L'aneddoto è riferito brevemente in una nota della *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901) cap. 2.]

RICORDI DI COPERTURA

1899

Col titolo *Über Deckerinnerungen* questo articolo è stato pubblicato nella "Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie", vol. 6 (3), 215-30 (settembre 1899). Si sa da una lettera inedita a Fliess del 25 maggio 1899 che Freud l'aveva spedito quel giorno stesso al periodico. È stato riportato nelle *Gesammelte Schriften*, vol. 1 (1925) pp. 465-88 e nelle *Gesammelte Werke*, vol. 1 (1952) pp. 531-34. Traduzione di Adele Campione.

L'esercizio dell'attività analitica, e soprattutto l'autoanalisi, portavano Freud a occuparsi in modo particolare delle anomalie nel funzionamento della memoria, e cioè: sia delle situazioni in cui determinati meccanismi inconsci bloccano la memoria (come nell'oblio di nomi di cui il precedente articolo), sia delle situazioni di falso ricordo.

Freud illustra in questo lavoro la tesi secondo la quale i falsi ricordi, quando si riferiscono alla propria infanzia, nascondono e coprono impressioni che vengono per un qualche motivo rimosse.

Come nell'articolo precedente, così in questo Freud prende per esempio una situazione personale, che è frutto del lavoro di analisi compiuto su sé stesso. Nel presente scritto Freud finge però che si tratti del caso di un suo paziente, e per non essere riconosciuto àltera l'età del soggetto e tace alcuni particolari che avrebbero consentito l'identificazione. Tale preoccupazione si mantenne anche in seguito, e determinò il successivo destino di questo scritto.

Freud non riportò infatti questo lavoro nella *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre* del 1906. A quell'epoca egli era già un personaggio noto, di cui si conoscevano anche i principali dati biografici, molti dei quali riferiti da Freud stesso nella *Interpretazione dei sogni*. Sarebbe stato perciò facilmente riconosciuto. Neppure lo scritto precedente, come abbiamo detto in quell'Avvertenza, era stato riprodotto nella *Sammlung*: tuttavia esso era stato inglobato nella *Psicopatologia della vita quotidiana*, di cui faceva ormai parte, mentre l'esposizione del ricordo di copertura qui narrato non appare in quell'opera.

Nel 1925, quando fu pubblicato il primo volume delle *Gesammelte Schriften*, Freud non poté impedire che la casa editrice includesse il

presente importante lavoro. Per precauzione eliminò però nel testo della *Interpretazione dei sogni*, riprodotto nei volumi secondo e terzo della stessa edizione, una frase riguardante la ferita alla guancia fattasi da bambino di cui si parla nel presente saggio: frase che era stata aggiunta nella seconda edizione (1909) della *Interpretazione dei sogni*, che era rimasta nelle edizioni successive fino al 1922 (vedi p. 26 del vol. 3 della presente edizione) e che in modo certo consente l'identificazione dell'autore del ricordo di copertura.

Per la storia dell'infanzia di Freud, in relazione al presente ricordo di copertura, vedi E. Jones, *Vita e opere di Freud*, trad. A. e M. Novelletto (Il Saggiatore, Milano 1962) vol. 1, pp. 31-34 e 51-52. Vedi pure la Introduzione al primo volume di questa edizione (p. xvi).

In connessione con i miei trattamenti psicoanalitici (in casi di isteria, nevrosi ossessiva, ecc.) ho avuto spesso occasione di occuparmi dei frammenti di ricordi rimasti nella memoria dei singoli pazienti dai primi anni della loro infanzia. Come già ho accennato altrove,¹ alle impressioni di quell'età va attribuita una grande importanza patogena. Ma al tema dei ricordi infantili spetta in ogni caso un interesse psicologico, in quanto si rivela qui clamorosamente una differenza fondamentale tra il comportamento psichico del bambino e quello dell'adulto. Nessuno mette in dubbio che gli episodi dei primi anni della nostra infanzia abbiano lasciato tracce indelebili nell'intimo del nostro animo; se però interpelliamo la nostra memoria per sapere quali sono le impressioni sotto i cui effetti siamo destinati a restare fino al termine della nostra vita, essa o non ci fornirà nulla, oppure ci darà solo un piccolo numero di ricordi slegati, di valore spesso dubbio o enigmatico. Quella parte della vita che la memoria riproduce come una catena ordinata di avvenimenti non risale a prima del sesto, settimo anno di età e, in molte persone, perfino del decimo. In seguito si stabilisce però anche una relazione costante tra il significato psichico di un avvenimento e il suo restare nella memoria. Ciò che appare importante per i suoi effetti diretti o immediatamente futuri, verrà ritenuto; le cose considerate non importanti saranno dimenticate. Se il ricordo di un dato avvenimento riesce a perdurare in me per un lungo periodo di tempo, il fatto di questa conservazione nella memoria sarà per me una prova che, allora, esso aveva suscitato in me una profonda impressione. Sono solito stupirmi se dimentico qualcosa d'importante, e ancor più

¹ [Vedi sopra, ad esempio, *Etiologia dell'isteria* (1896) pp. 343 sg.]

forse mi stupirei se conservassi qualcosa di apparentemente indifferente.

Solo in taluni stati psichici patologici questo rapporto tra importanza psichica di un'impressione e sua ritenzione nella memoria, valido per l'adulto normale, vien meno. L'isterico, ad esempio, risulta in genere amnestico rispetto alla totalità o a una parte delle esperienze che hanno portato allo scoppio del suo male, che pure, anche se non erano importanti di per sé, come spesso è il caso, hanno dovuto divenire importanti per lui in seguito ai loro effetti. L'analogia tra tale amnesia patologica e l'amnesia normale che colpisce gli anni della nostra infanzia, mi sembra possa essere considerata una prova degli intimi rapporti esistenti tra il contenuto psichico della nevrosi e la nostra vita infantile.

Siamo così abituati a questa mancanza di ricordi relativi alle nostre impressioni infantili, da non avvertire il problema che dietro ad essa si cela; ed anzi, considerandola un fatto naturale, tendiamo ad attribuirlo allo stato rudimentale dell'attività psichica del bambino. In realtà, il bambino che si è sviluppato normalmente, dimostra già a tre o quattro anni con i suoi confronti, i suoi ragionamenti e l'espressione dei suoi sentimenti, di essere in grado di svolgere un'enorme quantità di prestazioni psichiche altamente organizzate, e il fatto che siano colpiti da amnesia questi atti psichici, in tutto e per tutto corrispondenti a quelli futuri, non può essere lasciato senza una spiegazione.

Condizione indispensabile per affrontare quei problemi psicologici che si riallacciano ai primi ricordi d'infanzia dovrebbe essere, naturalmente, la raccolta del materiale, mediante un'inchiesta piuttosto allargata la quale stabilisca quali ricordi infantili in genere siano in grado di comunicare gli adulti normali. Un primo passo in questo senso è stato compiuto dagli Henri, i quali nel 1895 hanno diffuso un questionario da loro redatto; gli interessantissimi risultati di questa inchiesta, alla quale risposero 123 persone, furono poi pubblicati dai due autori nel 1897.¹ Poiché però non intendo ora trattare per esteso tutto il tema, mi limiterò a rilevare quei pochi punti dai quali mi è possibile prender le mosse per lo studio di quei ricordi che io chiamo "di copertura".

L'età nella quale viene localizzato il contenuto del primissimo ricordo infantile è, generalmente, quella che va dai due ai quattro

¹ V. e C. HENRI, *Année psychol.*, vol. 3, 184 (1897).

anni (88 persone nella serie osservata dagli Henri). In alcuni casi la memoria può risalire anche piú in là, persino al periodo che precede il compimento del primo anno di età; per contro, in altre persone il primo ricordo risale al sesto, settimo e a volte ottavo anno. Da che cosa dipendano queste differenze individuali non è dato sapere per il momento; si osserva però, dicono gli Henri, che le persone il cui primo ricordo risale ai primissimi anni, per esempio al primo anno di vita, hanno anche qualche altro ricordo relativo agli anni immediatamente seguenti; e che in essi la riproduzione del vissuto sotto forma di catena mnestica continua ha inizio prima (press'a poco col quinto anno) che in coloro il cui primo ricordo riguarda epoche posteriori. In alcuni individui, dunque, risulta anticipato o posticipato non solo il momento in cui si ha un primo ricordo, ma l'intera funzione mnestica.

Un interesse del tutto particolare presenta il problema del contenuto del primissimo ricordo infantile. Stando alla psicologia dell'adulto, ci si potrebbe attendere che dal materiale delle cose vissute vengano selezionate, in quanto significative, quelle impressioni che hanno provocato un potente affetto o che subito dopo sono state riconosciute importanti per l'effetto che hanno avuto. Una parte delle notizie raccolte dagli Henri parrebbe confermare tale ipotesi, giacché, come contenuti piú frequenti dei primi ricordi dell'infanzia, essi riferiscono o fatti che hanno dato luogo a paura, vergogna, dolore fisico eccetera, o avvenimenti importanti come malattie, morti, incendi, nascite di fratelli e così via. Si sarebbe quindi indotti ad ammettere che il principio seguito dall'azione selettiva della memoria sia identico tanto nel bambino che nell'adulto. Non è difficile capire — ma non per questo meno degno di essere esplicitamente rilevato — che i ricordi infantili conservati dimostreranno facilmente su quali impressioni si rivolga l'interesse del bambino a differenza di quanto avviene negli adulti. Si spiegherà così facilmente come una persona dica di ricordarsi di diversi incidenti occorsi alle sue bambole quando aveva due anni, mentre è amnestica per seri e gravi avvenimenti a cui deve allora aver assistito.

Ora, giustamente ci meraviglierà di apprendere che, in netto contrasto con l'aspettativa di cui sopra, per alcuni individui i primissimi ricordi dell'infanzia hanno come contenuto impressioni banali e indifferenti, le quali non sono riuscite a provocare una risonanza affettiva nel bambino quando sono state vissute, ma si sono però impresse in lui in ogni particolare (verrebbe fatto di dire: in modo fin troppo

preciso¹⁾, e questo mentre avvenimenti dello stesso periodo non sono stati ritenuti dalla memoria, anche se, a detta dei genitori, hanno fortemente scosso il bambino. Gli Henri raccontano, per esempio, il caso di un professore di filologia il cui primo ricordo, localizzato fra i tre e i quattro anni, riguarda l'immagine di una tavola apparecchiata sulla quale è posata una scodella con del ghiaccio. A questo stesso periodo risale anche la morte della nonna, che, a detta dei genitori, aveva molto impressionato il bambino. Ma l'attuale professore di filologia non sa niente di quella morte; di quel tempo ricorda soltanto una scodella con dentro del ghiaccio. Un altro soggetto riferisce, come suo primo ricordo d'infanzia, l'episodio di una passeggiata durante la quale aveva staccato un ramo da un albero. Egli ritiene di poter ancor oggi indicare il luogo dove ciò è accaduto. C'erano altre persone con lui e una di loro lo aveva aiutato.

Gli Henri affermano che i casi come questi sono rari; stando alle mie esperienze (che tuttavia riguardano soprattutto soggetti nevrotici), sono invece abbastanza frequenti. Uno dei soggetti intervistati dagli Henri ha abbozzato un tentativo di spiegazione per queste immagini mnestiche incomprensibili per la loro futilità, interpretazione che io considero esatta. Egli ritiene che forse, in questi casi, la scena di cui si tratta sia conservata nel ricordo solo in modo incompleto; proprio perciò essa apparirebbe insignificante; per contro, ciò che dà un significato all'impressione sarebbe contenuto negli elementi dimenticati. Posso confermare che le cose stanno proprio così, solo che preferirei dire, invece di elementi "dimenticati", elementi "tralasciati". Col trattamento psicoanalitico sono spesso riuscito a scoprire i pezzi mancanti dell'episodio infantile, e quindi a provare che l'impressione, di cui solo un frammento era rimasto nel ricordo, una volta completata corrisponde veramente al principio per cui nella memoria si conserverebbe soltanto il più importante. Tuttavia, ciò non basta ancora a chiarire la singolare scelta che la memoria effettua tra gli elementi di un episodio; e ci si deve chiedere anzitutto come mai venga represso proprio l'elemento significativo e conservato l'elemento indifferente. Solo considerando più a fondo il meccanismo di tali processi è possibile pervenire a una spiegazione; si vedrà così che alla realizzazione di questi ricordi prendono parte due forze psichiche, una delle quali assume a motivo l'importanza dell'episodio, per volerne il ricordo, mentre l'altra, che è una

¹ [Vedi p. 424, n. 3. L'osservazione ricompare sotto a p. 443 e a p. 445.]

resistenza, vi si oppone. Queste due forze ad azione opposta non si annullano a vicenda; né può accadere che uno dei due motivi riesca, rimettendoci o no qualche cosa, a sopraffare l'altro. Si giunge invece a un compromesso, analogamente alla formazione di una risultante nel parallelogramma delle forze. Il compromesso consiste nel fatto che l'immagine mnestica non riproduce l'episodio di cui si tratta (perché qui ha avuto la meglio la resistenza), bensì un altro elemento psichico, legato a quello rifiutato per via di stretta associazione; fatto questo ove torna a farsi sentire la forza del primo principio sopra illustrato, secondo il quale le impressioni importanti si fisserebbero mediante la costruzione di immagini mnestiche riproducibili. Il risultato del conflitto è dunque questo: al posto dell'immagine mnestica originariamente esatta se ne presenta un'altra che, rispetto alla prima, è spostata di circa un anello nell'associazione. E poiché a creare il conflitto sono stati proprio gli elementi importanti dell'impressione, essi dovranno risultare assenti dal ricordo sostitutivo, che risulterà quindi alquanto banale. Esso ci appare inspiegabile, dato che noi tendiamo a cercare il motivo per cui esso si è fissato nella memoria nel suo contenuto, mentre il motivo sta nella relazione esistente tra questo contenuto e un altro contenuto represso. Tanto per usare un'immagine popolare, dirò che un certo episodio dell'infanzia si fa valere nella memoria non perché esso sia oro, ma perché si trova vicino all'oro.¹

Tra tutti i possibili casi di sostituzione di un contenuto psichico con un altro che trovano realizzazione in diverse costellazioni psicologiche, quello dei ricordi d'infanzia qui considerati, per cui gli elementi inessenziali di un episodio entrano nel ricordo in rappresentanza di quelli importanti, è evidentemente uno dei più semplici. Si tratta di uno spostamento sull'associazione contigua o, prendendo in considerazione l'intero processo, di una rimozione, ove ha luogo una sostituzione con qualche cosa di contiguo (in senso spaziale e temporale). Ho già avuto occasione di segnalare un caso assai simile di sostituzione, tratto dall'analisi di una paranoia.² Si trattava di una signora allucinata alla quale le "sue voci" andavano ripetendo interi brani della *Heiterethei* di Otto Ludwig, e in ispecie proprio i passi più insignificanti e sconnessi del racconto poetico.

¹ [Si tratta di un'espressione tedesca comune per indicare la falsità di qualcosa: "Das soll echtes Gold sein? Das ist vielleicht einmal bei Gold gelegen!" (Questo, oro vero? Forse, una volta, è stato messo vicino a dell'oro!).]

² Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa (1896) [vedi sopra p. 324].

L'analisi dimostrò che erano stati altri passi della stessa storia quelli che avevano suscitato nella malata i pensieri piú penosi. L'affetto penoso era un motivo per suscitare la difesa, ma i motivi per proseguire quei pensieri non potevano essere soppressi; ed ecco sopravvenire un compromesso, per cui solo i passi insignificanti si sono affermati nel ricordo con una forza e una sicurezza del tutto patologiche. Il processo ora descritto: *conflitto, rimozione, sostituzione per formazione di compromesso*, ricorre in tutti i sintomi psiconevrotici ed è la chiave che permette di comprenderne la formazione; è dunque significativo il fatto che esso sia dimostrabile anche nella vita psichica dei soggetti normali. Che poi, nel soggetto normale, esso espliciti un'influenza proprio sulla selezione dei ricordi infantili, rappresenta un'ulteriore prova delle già accennate intime relazioni tra vita psichica del bambino e materiale psichico del nevrotico.

I processi, indubbiamente importantissimi, della difesa normale e patologica, così come gli effetti di spostamento da essi determinati, non sono ancora stati studiati, per quanto mi risulta, dagli psicologi, e rimane ancora da accertare in quali strati dell'attività psichica essi si svolgano e sotto quali condizioni. La ragione per cui si è trascurata una tale indagine può essere dovuta al fatto che la nostra vita psichica, in quanto oggetto della nostra percezione interiore cosciente, non lascia scorgere nulla di tali processi, salvo in quei casi che noi classifichiamo "errori mentali" o in talune operazioni psichiche tendenti a produrre un effetto comico. La tesi che una intensità psichica possa spostarsi da una rappresentazione (che poi ne resta priva) a un'altra, che d'ora in poi svolge la funzione psicologica della prima, ci può apparire strana quanto certe notazioni della mitologia greca; come quando, ad esempio, gli dèi rivestono un uomo di bellezza quasi fosse un manto, mentre noi conosciamo solo la trasfigurazione ottenuta mediante un mutamento degli atteggiamenti del volto.

Ulteriori indagini sui ricordi infantili indifferenti mi hanno pure insegnato che essi possono prodursi anche per altre vie e che dietro la loro apparente futilità suole celarsi un'insospettata ricchezza di significato. Poiché tuttavia non voglio limitarmi ad una pura e semplice affermazione, riporterò per esteso un singolo esempio, che mi pare sia il piú istruttivo tra i molti analoghi da me raccolti, e il cui valore è tanto maggiore, in quanto si riferisce a un soggetto non nevrotico o solo lievissimamente nevrotico.

Si tratta di un uomo di trentotto anni¹ di formazione universitaria che, nonostante eserciti una professione ben lontana dalla psicologia, si interessa di problemi psicologici da quando mi riuscì di liberarlo, con la psicoanalisi, da una piccola fobia. L'anno scorso questa persona richiamò la mia attenzione sui suoi ricordi d'infanzia, i quali già durante l'analisi avevano avuto una certa importanza. Informato dell'indagine degli Henri, mi espose in sintesi quanto segue:

“Dispongo di una certa quantità di ricordi della mia prima infanzia e li posso situare nel tempo con grande sicurezza. A tre anni, infatti, ho lasciato il mio piccolo paese natale per trasferirmi in una grande città; ora, questi miei ricordi si riferiscono tutti al luogo in cui sono nato, e cadono quindi nel mio secondo-terzo anno di vita. Sono, per lo più, scene brevi, ma molto ben conservate e dotate di tutti i particolari della percezione sensibile, tutt'al contrario di quanto avviene per le immagini mnestiche dei miei anni maturi, nei quali l'elemento visivo manca del tutto. Dai tre anni in poi i ricordi si fanno più rari e meno precisi, vi sono lacune che devono comprendere più di un anno; soltanto a partire dai sei-sette anni, mi sembra, la corrente dei miei ricordi si fa continua. I ricordi che si riferiscono alla mia prima dimora si dividono, secondo me, in tre gruppi. Un primo gruppo è costituito da quelle scene che i miei genitori mi hanno, in seguito, più volte raccontato, e non sono quindi sicuro di averne avuto l'immagine mnestica fin dal principio o di essermela costruita io stesso solo dopo quei racconti. Osservo tuttavia che vi sono anche altri avvenimenti di cui non ho alcuna immagine mnestica, benché mi siano stati ripetutamente raccontati dai miei genitori. Al secondo gruppo attribuisco un maggior valore: si tratta di scene che nessuno, a quanto so, mi ha mai raccontato, e in parte anche che nessuno avrebbe mai potuto raccontarmi, dal momento che i personaggi che vi compaiono, la bambinaia e i compagni di giuochi, io non li ho più riveduti. Del terzo gruppo parlerò più tardi. Per ciò che riguarda la natura del contenuto di queste scene, in relazione al problema della loro idoneità ad essere conservati nella mia memoria, vorrei affermare che, su questo punto, non manco di un certo orientamento. Sono cioè in grado di dire che i ricordi conservati non corrispondono agli avvenimenti più importanti di quel tempo o, co-

¹ [L'esempio è d'ispirazione autobiografica, solo lievemente corretta. In realtà, Freud, nel maggio 1899, quando questo scritto veniva inviato in stampa, aveva quarantatré anni.]

inunque, agli avvenimenti che oggi giudicherei tali. Della nascita di una sorella, piú giovane di me di due anni e mezzo, non so assolutamente nulla; la partenza, la vista della ferrovia, il precedente lungo viaggio in carrozza non hanno lasciato alcuna traccia nella mia memoria. Ho invece tenuto a mente due piccoli episodi avvenuti durante il viaggio in treno; come Lei ricorderà, essi sono emersi nell'analisi della mia fobia. Ma l'impressione piú forte avrei dovuto averla da una ferita al viso che mi fece perdere molto sangue e che dovette essere suturata da un chirurgo. Io posso toccarmi ancor oggi la cicatrice che testimonia di quell'incidente, ma non ho assolutamente alcun ricordo che, direttamente o indirettamente, mi riporti a quell'episodio.¹ Del resto, forse a quell'epoca non avevo ancora due anni.

“Non mi meraviglio dunque delle immagini e delle scene dei primi due gruppi. Sicuramente, sono ricordi spostati in cui, per lo piú, l'elemento essenziale è rimasto escluso. In taluni però esso è quanto meno accennato; in altri non è difficile ricostruire il tutto con l'aiuto di certi indizi; e procedendo a questo modo posso arrivare a ottenere una buona connessione tra i singoli frammenti mnestici, così da distinguere chiaramente quale interesse infantile può aver affidato alla memoria proprio questi episodi. Le cose non stanno così per quanto riguarda il contenuto di quel terzo gruppo che ho finora lasciato in disparte. Si tratta di un materiale (una scena abbastanza lunga e parecchie piccole immagini) di cui non so proprio che pensare. La scena mi pare piuttosto indifferente e il perché si sia fissata, inspiegabile. Mi consenta di descriverla: vedo un prato quadrangolare, leggermente in pendenza, coperto di erba verde e folta; tra il verde molti fiori gialli, di certo i comuni denti di leone. Sulla parte piú alta del prato, una casa di contadini; sulla porta, due donne, una contadina col fazzoletto in testa e una bambinaia, che parlano tra loro. Sul prato giocano tre bambini, uno dei quali sono io (di due-tre anni); gli altri due sono mio cugino, che è di un anno maggiore di me, e mia cugina, sua sorella, che è quasi mia coetanea. Cogliamo i fiori gialli, e ognuno di noi ha in mano un bel po' di fiori. Il mazzo piú bello lo ha la bambina, ma noi maschietti, come se ci fossimo messi d'accordo, le saltiamo addosso e le strappiamo i fiori di mano. Lei scappa piangendo su per il prato e, per consolarla, la contadina le dà

¹ [Dell'incidente, Freud riferisce due volte nell'*Interpretazione dei sogni* (1899) pp. 26 e 511. Vedi anche la lettera a Fliess del 15 ottobre 1897 e *Introduzione alla psicoanalisi* (1915-17) lez. 13.]

un grosso pezzo di pane nero. Appena noi ce ne accorgiamo, gettiamo via i fiori, corriamo anche noi verso la casa e chiediamo noi pure del pane. Lo riceviamo anche noi; la contadina taglia la pagnotta con un lungo coltello. Nel mio ricordo, quel pane ha un sapore veramente squisito e la scena finisce così.

“Che cosa, in questo episodio, mi ha indotto a un tale spreco di memoria? Mi ci sono scervellato, ma inutilmente; l'accento va posto sulla nostra sgarbatezza nei confronti della bambina? o è stato il giallo del dente di leone che, naturalmente, oggi non trovo affatto bello, a piacermi allora tanto? oppure, dopo tanto scorazzare per il prato il pane mi è parso talmente piú buono del solito, che ne è rimasta una impressione incancellabile? Non so trovare un rapporto tra questa scena e quell'interesse, facile da individuare, che è comune alle altre scene infantili. Ho perfino l'impressione che, in questa scena, qualche cosa non vada; il giallo dei fiori spicca troppo sull'insieme, e anche il buon sapore del pane mi sembra come allucinatoriamente esagerato. Tutto ciò mi fa venire in mente certi quadri che ho visto una volta in un'esposizione di caricature, e in cui alcune parti (naturalmente le meno decenti, ad esempio le rotondità delle dame ritratte) anzi che essere dipinte erano state riprodotte plasticamente. Mi potrebbe indicare Lei una via che conduca alla spiegazione o all'interpretazione di questo ricordo d'infanzia, che appare tanto superfluo?”

Ritenni opportuno chiedergli da quanto tempo si occupava di questo ricordo infantile, se cioè secondo lui esso ricorreva periodicamente nella sua memoria fin dall'infanzia o se era invece emerso piú tardi, per effetto di un motivo specifico. Questa domanda fu tutto il mio contributo per la soluzione del problema; tutto il resto lo trovò da sé il mio interlocutore che non era un novellino in questo genere di lavoro. Egli rispose:

— Non vi ho mai pensato. Dacché Lei mi ha fatto ora questa domanda, mi pare quasi certo che da ragazzo non mi ero mai occupato di questo ricordo infantile. Tuttavia, posso anche ricordarmi della circostanza che ha determinato il risveglio di questo e di molti altri ricordi dei miei primi anni di vita. Sono tornato per la prima volta al mio paese natale a diciassette anni, studente ginnasiale, durante le vacanze, ospite di una famiglia amica nostra fin da quei tempi lontani. So bene di essere stato allora dominato da una folla di emozioni. Ma vedo che dovrò raccontarle un'intera parte della mia vita: riguarda tutto ciò e Lei l'ha evocata con la sua domanda

Senta, dunque: sono figlio di gente originariamente benestante che, in quel piccolo buco di provincia, credo vivesse piuttosto agiatamente. Quando avevo circa tre anni, vi fu un tracollo del settore industriale di cui mio padre si occupava. Egli perdette i suoi beni e, spinti dalla necessità, noi lasciammo quel luogo per trasferirsi in una grande città. Poi vennero lunghi anni duri, che credo non presentassero nulla che valga la pena di essere segnalato. In città non mi sono mai trovato a mio agio; a pensarci bene, la nostalgia dei bei boschi del mio paese, nei quali scappavo per sfuggire a mio padre fin da quando cominciai a camminare (così come mi attesta un ricordo che ho serbato), non mi ha mai abbandonato. Quelle di quando avevo diciassette anni erano le mie prime vacanze in campagna, ed ero ospite, come ho detto, di una famiglia amica la quale, dopo il nostro trasferimento in città, aveva fatto fortuna. Avevo modo di confrontare l'agiatezza che regnava là col modo di vivere di casa nostra in città. Ma è inutile tergiversare: devo confessarle che c'era ancora un'altra cosa che turbava fortemente il mio animo. Avevo diciassette anni e i signori che mi ospitavano avevano una figlia quindicenne di cui m'innamoraí subito. Era la mia prima cotta, assai forte ma mantenuta perfettamente nascosta. La ragazza ripartí pochi giorni dopo per il collegio dal quale lei pure era venuta per le vacanze, e questa separazione, dopo una conoscenza tanto breve, esasperò la mia passione. Mi diedi a fare lunghe passeggiate solitarie attraverso quegli splendidi boschi che avevo ritrovati, costruendo castelli in aria, fatto strano, non volti al futuro, ma al passato, che cercavano di migliorare. Ah, se non fosse avvenuto il tracollo, se io fossi rimasto al paese, se fossi cresciuto in campagna, se fossi diventato robusto come i giovanotti della casa, i fratelli dell'amata, e se poi avessi continuato il lavoro di mio padre e avessi infine sposato la ragazza, la quale in tutti quegli anni avrebbe pur dovuto prendere confidenza con me! Naturalmente, non dubitavo un solo istante che, nelle circostanze create dalla mia fantasia, io l'avrei amata con la stessa passione che provavo allora realmente. Strano, quando ora mi càpita di rivederla (per caso è venuta a sposarsi proprio qui) mi è del tutto indifferente; eppure ricordo ancora esattamente per quanto tempo, dopo di allora, ho continuato a turbarmi ogni qual volta rivedevo, non importa dove, il giallo del vestito che essa indossava la prima volta che ci incontrammo.

— Questa sua frase assomiglia a quella da Lei pronunciata a proposito dei comuni denti di leone, che oggi non le piacciono piú. Non

pensa che ci sia una relazione tra il giallo del vestito della ragazza e il giallo dei fiori, che era piú che mai vivido nella sua scena infantile?

— È possibile, quantunque non fosse lo stesso giallo. Il vestito era piú giallo-bruno, come una tinta d'oro; posso almeno dargliene un'idea intermedia, che le può forse risultare utile. Ho visto in seguito sulle Alpi come certi fiori, che in pianura hanno colori chiari, assumano in montagna toni piú scuri. Se non sbaglio, si trova spesso in montagna un fiore molto simile al dente di leone, che però è giallo scuro, e che corrisponderebbe quindi in tutto al colore del vestito della mia fiamma d'allora. Ma non ho ancora finito; le parlerò ora di una seconda circostanza, non lontana nel tempo dalla prima, e che ha ridestato in me le impressioni della mia infanzia. Dunque, a diciassette anni avevo rivisto il mio paese; tre anni dopo, durante le vacanze andai a trovare mio zio e, naturalmente, rividi i ragazzi che erano stati i miei primi compagni di giuoco, quello stesso cugino di un anno maggiore di me e quella stessa cugina mia coetanea che compaiono nella scena infantile del prato coi denti di leone. La loro famiglia aveva lasciato il mio paese contemporaneamente a noi e nella lontana città era riuscita a rifarsi una fortuna.

— E si è di nuovo innamorato, questa volta della cugina, facendo ancora delle fantasie?

— No, questa volta andò diversamente. Ero già all'università ed ero tutto dedito ai libri; per mia cugina non mi restava tempo. Che io sappia, quella volta non ho fatto fantasticherie di sorta. Credo però che mio padre e mio zio avessero architettato un piano secondo cui io avrei dovuto lasciare i miei astrusi studi per altri piú utili nella vita pratica; a studi ultimati, mi sarei dovuto stabilire dove abitava lo zio e avrei dovuto prendere in moglie mia cugina. Quando poi si resero conto di quanto fossero radicati i miei propositi personali, lasciarono cadere questo progetto; ma penso di averne avuto certamente sentore. Solo piú tardi, mentre ero un giovane scienziato, premuto dalle necessità della vita, in lunga attesa di un posto in questa città, devo avere talvolta pensato che mio padre s'era preoccupato del mio bene quando, con quel progetto di matrimonio, avrebbe voluto vedermi ripagato del danno che il primo tracollo aveva arrecato a tutta la mia vita.

— Io farei dunque risalire al periodo della Sua dura lotta per il pane il riaffiorare della scena infantile di cui stiamo parlando, se Lei mi può confermare che proprio in quegli anni è venuto per la prima volta in contatto col mondo alpino.

— È esatto; le gite in montagna erano l'unico svago che allora mi concedessi. Ma non la comprendo ancora bene.

— Ci arrivo subito. L'elemento piú intenso che Lei rileva nella Sua scena infantile è il fatto che il pane contadino le piaccia tanto. Non vede che questa rappresentazione, vissuta in maniera quasi allucinatoria, corrisponde all'idea della Sua fantasia? Se Lei fosse rimasto al suo paese, avrebbe sposato quella ragazza; come sarebbe stata confortevole la Sua vita! E cioè, espresso simbolicamente: come le sarebbe piaciuto quel pane per il quale Lei, piú tardi, ha dovuto lottare! E il giallo dei fiori allude a quella stessa ragazza. Per altro nella scena infantile Lei trova elementi che possono essere riferiti solo alla seconda fantasia, cioè al matrimonio con Sua cugina. Gettar via fiori per averne in cambio del pane non mi pare un cattivo mascheramento del progetto che Suo padre aveva fatto per Lei. Lei avrebbe dovuto rinunciare ai Suoi poco pratici ideali per seguire studi 'che dessero pane', vero?

— Cosicché io avrei fuso le due serie di fantasie sul modo con cui rendere piú piacevole la mia vita, prendendo dall'una il 'giallo' e il 'pane di campagna' e, dall'altra, il gettar via i fiori e i personaggi?

— Proprio cosí; le due fantasie sono state proiettate l'una sull'altra e ne è venuto fuori un ricordo d'infanzia. Il particolare dei fiori alpini è poi, in certo modo, il marchio del periodo in cui avvenne questa fabbricazione. Posso garantirle che molto spesso si fanno inconsciamente, o per cosí dire si compongono, cose simili, quasi opera di fantasia.

— Ma allora non si tratterebbe di un ricordo dell'infanzia, bensí di una fantasia relativa all'infanzia. Io però ho la sensazione che la scena sia autentica. Come si spiega il tutto?

— Per i dati della nostra memoria non v'è alcuna garanzia. Ma voglio concederle che la scena sia autentica; in tal caso Lei l'avrà scelta fra un'infinità di altre scene, simili o no, in quanto essa, grazie al suo contenuto, di per sé indifferente, si prestava a rappresentare le due fantasie per Lei tanto importanti. Chiamerei un tale ricordo, il cui valore consiste nel prendere nella memoria il posto di impressioni e pensieri che appartengono a un'epoca posteriore e che hanno un contenuto che si collega, mediante relazioni simboliche e di analogia, a quello della scena ricordata, ricordo di copertura. Ad ogni modo, Lei può smettere di meravigliarsi della frequenza con la quale questa scena ricorre nella Sua memoria. Non la si potrà infatti piú definire insignificante, dal momento che, come abbiamo veduto, ha

la funzione di illustrare sia le svolte decisive della Sua vita, sia l'influenza delle due piú poderose spinte pulsionali: la fame e l'amore.¹

– Già, la fame è ben descritta, ma l'amore?

– Dal giallo dei fiori, direi. Non posso tuttavia negare che la rappresentazione dell'amore, in questa sua scena infantile, è molto inferiore a quella che ho potuto rilevare in altri casi.

– Niente affatto. La raffigurazione dell'amore è invece proprio la cosa principale. Adesso capisco! Ci pensi un po'; togliere il fiore a una ragazza significa: deflorarla. Quale contrasto tra l'audacia di questa fantasia, la mia timidezza della prima volta e la mia indifferenza della seconda!

– Le posso garantire che tali fantasie temerarie costituiscono il normale completamento della timidezza giovanile.

– Ma allora non sarebbe una fantasia cosciente quella che io ricordo, bensí una fantasia inconscia trasformatasi in questi ricordi d'infanzia?

– Pensieri inconsci che continuano quelli coscienti. Lei pensa: 'Se avessi sposato questa, o quest'altra', e ne deriva un impulso a raffigurarsi quel matrimonio.

– Adesso posso andare avanti da solo. L'elemento piú seducente di tutto il tema è, per l'inesperto adolescente, la rappresentazione della prima notte di matrimonio; che ne sa, lui, di quello che succede! Ma questa rappresentazione non osa comparire alla luce; un predominante senso di ritegno e di rispetto verso la ragazza la tiene repressa. E cosí essa rimane inconscia...

– E devia in un ricordo infantile. Lei ha ragione; è proprio a causa del suo carattere grossolanamente sensuale che la fantasia non si sviluppa in fantasia cosciente, ma deve invece accontentarsi di trovare ricetto in una scena infantile sotto forma di allusione ai fiori.

– Ma perché proprio in una scena infantile, vorrei sapere?

– Forse proprio grazie al suo carattere d'innocenza. Riesce a immaginare qualcosa che piú della attività infantile stia in aperto contrasto con questi violenti propositi di aggressione sessuale? Del resto, la deviazione dei pensieri e dei desideri rimossi in ricordo infantile ha un fondamento piú generale, giacché Lei può osservare regolarmente tale comportamento in tutti i soggetti isterici. Sembra inoltre che il ricordarsi di un passato remoto sia, in quanto tale,

¹ [Allusione a una citazione, cara a Freud, da *Die Weltweisen* di Friedrich Schiller.]

favorito da un motivo di piacere. *Forsan et haec olim meminisse juvabit.*¹

— Se le cose stanno così, non c'è da aver più alcuna fiducia nell'autenticità della scena dei denti di leone. Debbo allora dire che i fatti sono i seguenti: Nelle due occasioni citate, è sorto in me, giustificato da motivi reali assai evidenti, il pensiero: 'Se avessi sposato questa o quella ragazza, la tua vita sarebbe stata molto più piacevole.' Il pensiero contenuto in questo periodo ipotetico viene, a opera della corrente sensuale, riprodotto con rappresentazioni atte a soddisfarla. Questa seconda versione di quello stesso pensiero, essendo incompatibile con l'atteggiamento dominante nei confronti della sessualità, resta inconscia, ma proprio per questo è posta in grado di perdurare nella vita psichica, anche quando la versione cosciente è stata da tempo eliminata per il mutare della realtà. La proposizione rimasta inconscia tende, obbedendo, come Lei dice, a una certa legge generale, a trasformarsi in una scena infantile, la quale può farsi cosciente grazie al suo carattere innocente. A tale scopo, questo periodo ipotetico deve subire una nuova trasformazione, o meglio, due: la prima che toglie alla ipotesi il suo carattere indecente coll'esprimerla per immagini, e la seconda che presenta la conclusione in una forma adatta alla raffigurazione visiva, utilizzando la rappresentazione intermedia pane - studi che danno pane. Mi rendo conto che, producendo una fantasia di questo genere, mi sono per così dire procurato l'appagamento di entrambi i desideri repressi: quello di deflorare e quello di possedere un benessere materiale. Ma dal momento che posso rendermi conto così bene dei motivi che hanno condotto alla fantasia dei denti di leone, devo supporre che si tratti di qualche cosa che non è mai accaduto, e che si è illegalmente inserito fra i miei ricordi d'infanzia.

— Sarò ora io a prendere le parti dell'autenticità. Lei va troppo lontano. Come ho già detto, ognuna di queste fantasie represses ha la tendenza a passare in una scena infantile; deve però sapere che ciò riesce soltanto se c'è una qualche traccia mnestica il cui contenuto presenti punti di contatto con quello della fantasia e, per così dire, le venga incontro. Trovato il punto di contatto (nel suo caso, la deflorazione e il portar via i fiori alla ragazza), gli altri elementi della fantasia verranno modificati mediante tutte le possibili rappresen-

¹ ["Forse un giorno dolce sarà ricordare"; Virgilio, *Eneide*, 1.203.]

tazioni intermedie (pensi al pane!), fino a che non si ottengano nuovi punti di contatto con il contenuto della scena infantile. È possibilissimo che, durante questo processo, la stessa scena infantile possa subire modificazioni, e sono anzi sicuro che per questa via si producono anche falsificazioni della memoria. Nel Suo caso, sembra che la scena infantile abbia solo subito un'azione di cesello (pensi all'eccessivo rilievo del giallo e all'esagerata bontà del pane). Ma la materia prima si prestava. Se così non fosse stato, questo particolare ricordo non avrebbe potuto pervenire alla coscienza a preferenza di tutti gli altri. Non le sarebbe capitata una scena così, come ricordo dell'infanzia, forse gliene sarebbe capitata un'altra, giacché Lei sa come ci sia facile, quando facciamo dello spirito, gettare ponti di comunicazione nelle più disparate direzioni. A favore dell'autenticità del ricordo della scena coi denti di leone, parla, oltre alla Sua personale sensazione di autenticità (sensazione che non vorrei sottovalutare), anche qualcos'altro. Ci sono qui elementi che non sono risolvibili con quanto Lei mi è venuto dicendo, e che nemmeno si accordano con il significato generale della fantasia. Così, ad esempio, il punto in cui Suo cugino l'aiuta a derubare la piccola dei suoi fiori. Saprebbe dare un senso a tale aiuto a deflorare? o al gruppo della contadina e della bambinaia davanti alla casa?

— Non credo.

— La fantasia non combacia dunque perfettamente con la scena infantile, ma aderisce solo ad alcune sue parti. E ciò parla a favore dell'autenticità del ricordo infantile.

— Ritiene che la possibilità di interpretare in questo modo un ricordo infantile, apparentemente banale, si verifichi con una certa frequenza?

— Stando alla mia esperienza, molto frequentemente. Vuol provare a vedere, tanto per scherzare, se i due esempi comunicati dagli Henri possano essere interpretati come ricordi di copertura per episodi e desideri riguardanti un'epoca successiva? Mi riferisco al ricordo di una tavola apparecchiata sulla quale è posata una scodella con del ghiaccio, ricordo che dovrebbe avere una connessione con la morte della nonna, e al ricordo del ramo che, durante una passeggiata, il bambino ha spezzato con l'aiuto di un altro.

Il mio interlocutore rifletté un poco: — Quanto al primo, non saprei proprio da che parte incominciare. Molto probabilmente, è in giuoco uno spostamento, ma non è possibile indovinare gli elementi

intermedi. Quanto al secondo, potrei fare un tentativo di interpretazione, se il soggetto che riferisce questo ricordo non fosse francese.

– Adesso sono io che non la capisco. Che differenza c'è?

– C'è una bella differenza, dal momento che probabilmente è l'espressione verbale che rende possibile il collegamento tra ricordo di copertura e ricordo coperto. In tedesco, "strapparsene uno" è un comunissimo e volgare modo di indicare la masturbazione.¹ La scena retrodaterebbe all'infanzia il ricordo di una istigazione all'onanismo avvenuta piú tardi; questo, dato che il soggetto risulta aiutato da qualcuno. Però no, non va, perché nella scena infantile ci sono troppe altre persone.

– Mentre un'istigazione all'onanismo dovrebbe avvenire in solitudine e in segreto. Proprio questo contrasto parla secondo me a favore della Sua tesi, poiché esso contribuisce a rendere la scena insignificante. Sa che cosa significa vedere in sogno "molte persone sconosciute", cosa che accade tanto spesso nei sogni di nudità, nei quali ci sentiamo terribilmente imbarazzati? Nient'altro che questo: segretezza, che viene dunque espressa proprio dal suo contrario.² Del resto, la nostra interpretazione è soltanto uno scherzo, dato che non sappiamo assolutamente se un francese sentirebbe un'allusione all'onanismo nella frase *casser une branche d'un arbre* [spezzare il ramo d'un albero] o in un'altra sua variante.

Questa analisi, che ho cercato di riportare con la massima fedeltà, dovrebbe aver reso sufficientemente chiaro il concetto dei ricordi di copertura, di quei ricordi cioè che devono la loro validità per la memoria non al proprio contenuto, bensì alla relazione esistente tra esso e un altro contenuto represso. A seconda della natura di tale relazione, è possibile distinguere diverse classi di ricordi di copertura. Di due di tali classi abbiamo trovato esempi tra i nostri cosiddetti primissimi ricordi infantili, naturalmente facendo rientrare nel concetto di ricordo di copertura anche quelle scene infantili incomplete che risultano insignificanti proprio per la loro incompletezza. Si può supporre che alcuni ricordi di copertura si formino anche con residui mnestici delle epoche successive. Tenendo presente che la loro principale caratteristica è quella di imprimersi for-

¹ [Vedi *L'interpretazione dei sogni* (1899) p. 320, n. 5.]

² [*Ibid.*, p. 229.]

temente nella memoria nonostante un contenuto del tutto indifferente, ognuno è senz'altro in grado di rintracciare nella propria memoria numerosi esempi. Una parte di questi ricordi di copertura, aventi per contenuto un episodio vissuto in epoca piú recente, trae il proprio significato dalla sua relazione con esperienze, rimaste represses, della prima giovinezza, al contrario dunque di quanto si osserva nel caso da me analizzato, in cui un ricordo infantile viene valorizzato da episodi vissuti piú tardi. Il ricordo di copertura si potrà quindi dire *regrediente* o *progrediente* a seconda del tipo di rapporto temporale che esiste tra ciò che copre e ciò che è coperto. Sotto un altro riguardo si possono distinguere dai ricordi di copertura positivi quelli negativi, se il contenuto ha un rapporto rovesciato rispetto al contenuto represso (cioè lo svela in luogo di coprirlo). Certo il tema meriterebbe un'indagine piú approfondita; per ora mi sono qui limitato a segnalare quanto siano complessi i processi — del resto assolutamente analoghi alla formazione dei sintomi isterici — che concorrono a costruire il nostro patrimonio mnestico.

I nostri primissimi ricordi infantili saranno sempre oggetto di particolare interesse, perché il problema cui abbiamo fatto cenno all'inizio, come cioè sia possibile che le impressioni piú importanti per tutto il nostro futuro non lascino di solito alcuna immagine mnestica, induce a riflettere sulla genesi dei ricordi coscienti in generale. Certamente si sarà anzitutto tentati di mettere da parte, tra i resti della memoria infantile, i ricordi di copertura di cui abbiamo ora trattato, in quanto elementi eterogenei; e, per le altre immagini, di farci l'idea semplicistica che esse si formino contemporaneamente all'episodio, come conseguenza immediata dell'esperienza vissuta, e che da quel momento in poi esse ritornino di tanto in tanto seguendo le ben note leggi della riproduzione. Ma a una piú attenta osservazione sarà possibile rilevare alcuni particolari che mal si accordano con questa tesi. Soprattutto il seguente: nella maggior parte delle scene infantili piú significative e per il resto ineccepibili, il soggetto vede nel ricordo sé stesso bambino, e sa che quel bambino è lui stesso, ma vede quel bambino così come lo vedrebbe un osservatore che stesse al di fuori della scena. Gli Henri non trascurano di far notare che molti dei soggetti da loro intervistati hanno espressamente accennato a tale particolarità delle scene infantili. Ora, è chiaro che una immagine mnestica di questo genere non può essere la riproduzione fedele dell'impressione a suo tempo avuta, perché allora il

soggetto, trovandosi al centro della situazione, non rivolgeva la sua attenzione su sé stesso, ma sul mondo esterno.

Se nel ricordo la propria persona compare come un oggetto tra gli oggetti, questa contrapposizione dell'Io attore e dell'Io evocatore può essere considerata una prova del fatto che l'impressione originaria ha subito una rielaborazione. Si direbbe che la traccia mnestica infantile sia stata ritradotta, in un'epoca successiva (cioè all'epoca della riattivazione mnestica), in una immagine plastica e figurativa, mentre alla nostra coscienza nulla è pervenuto della riproduzione dell'impressione originaria.

Vi è però ancora un secondo fatto che prova con ancor maggiore efficacia persuasiva la validità di quest'altra concezione delle scene infantili. Mescolati ai ricordi infantili di avvenimenti importanti si presentano, con un'uguale precisione e chiarezza, alcune scene che, una volta controllate (per esempio con i ricordi degli adulti) risultano falsificate. Non che siano state inventate del tutto; esse possono limitarsi ad alterare solo il luogo in cui una data situazione si è prodotta (come si nota anche in uno degli esempi citati dagli Henri), a fondere diverse persone in una sola o a scambiarle fra loro, o soprattutto a sovrapporre due episodi ben distinti. In questi casi non può trattarsi semplicemente di una infedeltà della memoria, data la forte intensità sensoriale delle immagini e l'efficienza della funzione mnestica giovanile; un'indagine approfondita mostra piuttosto come tali falsificazioni della memoria siano tendenziose, come cioè esse servano agli scopi della rimozione e della sostituzione delle impressioni perturbanti o spiacevoli. Anche questi ricordi falsificati devono quindi essersi formati in un'età in cui siffatti conflitti e spinte alla rimozione potevano già avere influenza sulla vita psichica, in un'epoca cioè assai posteriore a quella a cui si riferisce il loro contenuto. Ma, anche qui, il ricordo falsificato è ciò che noi primieramente sappiamo; il materiale col quale esso è stato foggato, cioè il materiale costituito dalle tracce mnestiche, ci rimane, nella sua forma originaria, del tutto ignoto.

In questo modo il distacco tra i ricordi di copertura e gli altri ricordi dell'infanzia risulta accorciato. Forse, va perfino messo in dubbio se abbiamo ricordi coscienti provenienti dall'infanzia o non piuttosto ricordi costruiti sull'infanzia. I nostri ricordi infantili ci mostrano i primi anni di vita non come essi sono stati, ma come ci sono apparsi più tardi, in un'epoca di risveglio della memoria.

In tale epoca i nostri ricordi infantili non emergono, come si è soliti dire, ma si formano, e una serie di motivi estranei al benché minimo proposito di fedeltà storica contribuisce a influenzare tanto la loro formazione, quanto la loro selezione.¹

¹ [Il tipo di ricordi di copertura qui descritto è connesso col "fantasticare retrospettivo" spesso discusso da Freud in seguito. Vedi Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (1909) § 1G, Dalla storia di una nevrosi infantile (1914) §§ 5 e 7, Introduzione alla psicoanalisi (1915-17) lezz. 21 e 23.]

NOTA AUTOBIOGRAFICA

1899

Avvertenza editoriale

È una nota (*Autobiographische Notiz*) scritta nell'autunno del 1899, come appare dall'accenno che *l'Interpretazione dei sogni* è in corso di stampa, per il *Biographisches Lexicon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts* (Dizionario biografico dei medici eminenti del secolo diciannovesimo) di J. L. Pagel (Berlino e Vienna 1901) col. 545. Non fu mai ripubblicata.

Nota autobiografica

FREUD, SIGM., Vienna. Nato il 6 maggio 1856 a Freiberg (Moravia), studiò a Vienna; allievo del fisiologo Brücke, laureatosi nel 1881, dal 1885 al 1886 fu allievo di Charcot, a Parigi. Libero docente [di neuropatologia] dal 1885, ha operato come medico e docente all'Università di Vienna dal 1886. Proposto come professore straordinario nel 1887, aveva, già prima, condotto alcune ricerche di istologia e anatomia cerebrale, e in seguito, di neuropatologia clinica. Ha tradotto opere di Charcot e di Bernheim. È del 1884 *Über Coca* [Sulla coca], uno scritto che introdusse la cocaina nella medicina; del 1891, *Zur Auffassung der Aphasien* [Sull'interpretazione delle afasie]. Nel 1891 e 1893, monografie sulla paralisi cerebrale infantile, culminate nel volume del medesimo argomento, nello "Handbuch" di Nothnagel. Nel 1895 *Studien über Hysterie* [Studi sull'isteria] (con il dottor Josef Breuer). Da allora, Freud si è volto allo studio delle psiconevrosi e in particolare dell'isteria, e in una serie di brevi lavori ha posto in rilievo il significato etiologico della vita sessuale per le nevrosi. Ha elaborato, inoltre, una nuova psicoterapia dell'isteria, di cui pochissimo è stato pubblicato. Un libro, *Die Traumdeutung* [L'interpretazione dei sogni], è in corso di stampa.

UN PRESENTIMENTO ONIRICO AVVERATOSI

1899

Avvertenza editoriale

L'analisi di questo presunto sogno profetico — *Eine erfüllte Traumhanung*, il cui manoscritto reca la data del 10 novembre 1899 — fu pubblicata soltanto nelle *Gesammelte Werke*, vol. 17 (1941) pp. 21-23. Traduzione di Ezio Luserna.

Freud aveva dato notizia di questa storiella a Fliess nella lettera del 5 novembre 1899, il giorno dopo la pubblicazione della *Interpretazione dei sogni*. Egli interpreta questa impressione, che un avvenimento realmente verificatosi sia stato preceduto da un sogno premonitore, come un falso ricordo, e dà qui per una simile situazione la stessa interpretazione che proporrà nella *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901) per le situazioni di *déjà vu*: l'impressione di una identica situazione precedente (sognata o reale) si riferirebbe a fantasie inconsce anziché a impressioni coscientemente vissute.

Come le osservazioni riguardanti la dimenticanza di un nome e i ricordi di copertura, nei due scritti sopra riportati, anche la presente breve osservazione rientra in quel materiale che Freud andava raccogliendo sopra di sé e sopra i propri pazienti in questi anni, e che lo porterà a comporre, subito dopo la pubblicazione della *Interpretazione dei sogni*, la *Psicopatologia della vita quotidiana*.

La signora B., una signora intelligente e dotata anche di spirito critico, racconta parlando d'altro, in modo nient'affatto tendenzioso, di aver sognato anni fa d'incontrare davanti al negozio di Hies nella Kärntnerstrasse il dottor K., suo medico di famiglia e amico d'un tempo. L'indomani mattina passa per quella strada e incontra effettivamente la persona indicata proprio nel luogo sognato. Fin qui la storia. Aggiungo che questo portentoso incontro non rivelò il suo significato attraverso alcun avvenimento successivo, non è dunque giustificabile ricorrendo al futuro.

Per l'analisi risulta utile l'esame, che accerta come non si possa provare che ella abbia ricordato questo sogno il mattino dopo la notte del sogno, in sostanza prima della passeggiata: ne sarebbe stata una prova la trascrizione o comunicazione del sogno prima del suo avverarsi. Piuttosto, la signora deve consentire senza obiezioni all'esposizione del fatto seguente, che ritengo più verosimile. È passata una mattina per la Kärntnerstrasse e ha incontrato davanti al negozio di Hies il suo vecchio medico di famiglia. Appena lo vede, ha la convinzione d'aver sognato la notte precedente proprio questo incontro nello stesso luogo. Secondo le regole valide per l'interpretazione di sintomi nevrotici, questa convinzione dev'essere una convinzione giustificata. Il suo contenuto può subire una reinterpretazione.

Nel passato della signora B. troviamo la storia seguente, con cui è in rapporto il dottor K. Giovane, non pienamente consenziente, ella era stata sposata a un uomo piuttosto anziano ma benestante che, pochi anni dopo, perse il suo patrimonio, si ammalò di tubercolosi e morì. Per parecchi anni la giovane moglie mantenne sé e l'infermo impartendo lezioni di musica. Nella disgrazia trovò degli amici, uno dei quali fu il medico di famiglia dottor K., che dedicò al marito le

sue cure e l'aiutò a trovare le prime lezioni. Un altro fu un avvocato, anche questo un certo dottor K., che mise ordine nella triste situazione del commerciante rovinato, ma aspirò contemporaneamente all'amore della giovane donna e accese inoltre in lei — per la prima e unica volta — la passione. Da questa relazione amorosa non nacque una vera felicità, gli scrupoli dettati dall'educazione e dal modo di pensare sciuparono alla signora, piú tardi vedova, la gioia dell'abbandono. Nello stesso contesto in cui si trova il sogno predetto, la signora B. racconta un avvenimento reale di quell'infelice periodo, in cui crede di ravvisare una singolare coincidenza. Si trovava nella sua stanza, in ginocchio per terra, la testa poggiata su una sedia, e singhiozzava struggendosi di passione per il suo amico e soccorritore, l'avvocato, quando nello stesso istante questi aprí la porta per renderle visita. Non troveremo nulla di singolare in questa coincidenza riflettendo a quante volte ella avrà pensato a lui in quel modo e quante volte egli le avrà reso visita. Inoltre simili casualità quasi convenute si ritrovano in tutte le storie d'amore. Eppure questa coincidenza è probabilmente il contenuto autentico del suo sogno e l'unico motivo del suo convincimento che quel sogno si sia avverato.

Tra quella scena di realizzazione del suo desiderio e il sogno intercorrono piú di venticinque anni. Nel frattempo la signora B. è diventata vedova di un secondo marito, che le ha lasciato un bambino e un patrimonio. L'anziana signora è tuttora affezionata al dottor K., ora suo consigliere e amministratore del suo patrimonio, ed è abituata a vederlo spesso. Supponiamo che nei giorni precedenti il sogno abbia atteso la sua visita, ma che il dottor K., che non ha piú la stessa urgenza di un tempo, non sia venuto. È facile allora che la signora abbia avuto nella notte un sogno di nostalgia che la trasferisce nel passato. Verosimilmente sogna un appuntamento di quel tempo di passione, e la catena dei pensieri onirici scorre all'indietro sino a quella volta in cui egli era venuto, senza preavviso, proprio nel momento in cui ella si struggeva per lui. È probabile che ora abbia spesso simili sogni; essi fanno parte della tardiva punizione che spetta alla donna per la sua crudeltà di gioventú. Ma, in quanto derivati di una corrente repressa, colmi di reminiscenze di appuntamenti, ai quali non pensa piú volentieri dall'epoca del suo secondo matrimonio, simili sogni vengono riallontanati dopo il risveglio. Sorte analoga sarà toccata anche al nostro sogno apparentemente profetico. Ella dunque esce e incontra in un punto di per sé indifferente della Kärntnerstrasse il suo vecchio medico di famiglia dottor K. Non lo vede da

moltissimo tempo, è collegato intimamente con le emozioni di quel felice-infelice periodo, anch'egli è stato un soccorritore: possiamo presumere che nei pensieri e fors'anche nei sogni di lei sia una persona di copertura, dietro la quale la signora cela quella piú amata dell'altro dottor K. Ora, questo incontro sta per destare il ricordo del sogno, che dovrebbe essere: "Giusto, proprio oggi ho sognato del mio appuntamento con il dottor K." Ma questo ricordo deve subire la stessa deformazione, alla quale il sogno è sfuggito soltanto perché non è stato nemmeno conservato nella memoria. Al posto dell'amato K. si insinua il K. indifferente, il quale le rammenta il sogno; il contenuto del sogno — l'appuntamento — si trasferisce nella persuasione di aver sognato quel determinato luogo, poiché un appuntamento consiste nel fatto che due persone si trovano nello stesso momento nello stesso luogo. Se poi in questo modo si crea l'impressione che un sogno si sia avverato, ella dà risalto con questa impressione unicamente al ricordo della scena in cui, piangente, desiderava ardentemente la presenza dell'amato e la sua nostalgia era stata subito realmente appagata.

Cosí anche la creazione onirica posteriore che, sola, rende possibili i sogni profetici, altro non è se non una forma di censura che permette al sogno di penetrare nella coscienza.

10 novembre 1899

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 piú 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.

- Beard, G. M.
 (1881): 153
 (1884): 153
- Breuer, J. e Freud, S.
 (1892): 10, 119 sg., 122
 (1892-95): vedi Freud
- Charcot, J.-M.
 (1887): 74*; 112*
- Erlenmeyer, F. A.
 (1885): 376
 (1886): 376
 (1887): 376
- Exner, S.
 (1894): 196
- Fleischl-Marxow, E., von
 (1893): 196
- Freud, S. (i riferimenti rimandano all'edizione Boringhieri delle Opere. Vedine l'elenco al fondo del presente volume)
 (1885): 364, 370
 (1886): 69*, 103, 374; 75*
 (1888): 75*, 80, 114, 377; 392*
 (1891): 72, 216, 459
 (1892): vedi Breuer e Freud; 13*, 93, 99, 153; 29*, 69, 106 sg., 112, 392; 69*, 84, 87, 97, 119 sg., 145, 202, 255
 (1892-95): 34, 37, 75, 83, 91, 93-95, 97 sg., 103, 120-26, 129, 131, 144, 156, 162, 168, 185, 190, 195, 201-03, 205, 241 sg., 247, 249, 251, 259, 297, 309, 323 sg., 340, 356 sg., 360, 404, 459
 (1892-97): 3, 7, 10, 17, 19, 29, 36, 42, 45, 49, 58, 121, 129, 146, 149-51, 164, 168, 170, 172 sg., 187, 195, 197, 202 sg., 212, 223, 226, 242, 288, 305, 312, 314, 326 sg., 358, 390, 409
 (1893): 69* sg., 137, 287; 83*, 87, 89, 124, 202, 279, 380, 414; 103*
 (1894): 8*, 19, 23, 149, 177, 203, 223, 296, 310, 397, 402; 25*; 40*, 97, 119, 137, 161, 288, 300 sg., 350; 359, 397; 137*, 160, 287, 316 sg., 397
 (1895): 3*, 5, 18, 21, 32, 34, 45, 50, 60, 65, 97 sg., 170, 186, 195, 197 sg., 210, 287, 305, 311; 7*, 11, 42, 150, 177, 349, 397, 404
 (1896): 4* sg., 51, 57, 197, 248, 255, 287, 300, 305, 331, 397, 404, 439; 7*, 114, 122, 137, 144, 151, 164, 287, 306, 331, 390, 397; 58*, 62, 288, 331, 397, 435
 (1897): 70, 72 sg., 103, 119, 137, 149-51, 196 sg., 287, 305, 331, 395
 (1898): 8*, 15, 137, 150, 156, 164, 166, 395; 421*
 (1899): 5*, 58, 60, 83, 186, 198, 203, 205, 213, 223, 225 sg., 231, 233, 236, 238-45, 249, 262 sg., 271, 288, 414, 426, 433 sg., 442, 450, 457, 459, 463; 433*; 457*; 463*
 (1901): 51* sg., 55, 173, 247, 250, 340; 279*, 421, 424, 427, 430, 433, 463
 (1903): 151
 (1904): 151
 (1905): 98*, 235; 170*, 226, 288, 312, 396
 (1906): 5, 332
 (1907): 5
 (1908): 63*; 66*, 294, 396, 405; 133*
 (1909): 126*, 313, 453; 150*
 (1910): 5
 (1911): 223
 (1912): 11
 (1912-13): 5, 271
 (1914): 58*; 255, 312, 453; 156*
 (1915): 5*, 64; 129*; 173*; 224*, 242; 263*, 358
 (1915-17): 84, 151, 249, 366, 371, 401, 442, 453
 (1920): 198, 202, 205, 210-12, 217, 220, 224

- (1922): 113*; 164*; 263*; 340*
 (1923): 133*
 (1924): 69*; 251, 371, 373; 133*; 205*,
 224, 236
 (1925): 21*, 51 sg., 55, 150, 156, 170,
 173, 212, 224, 301, 312; 233*
 (1927): 133
 (1929): 66, 164, 396, 405
 (1931): 226
 (1932): 21
 (1934-38): 271
 (1937): 8*, 346; 424*
 (1938): 11*; 133*; 238*, 263
- Gélineau, J.-B.-E.
 (1894): 139
- Hecker, E.
 (1893): 154, 177
- Henri, V. e C.
 (1897): 436
- Jackson, J. Hughlings
 (1881): 216, 239
- Janet, P.
 (1892-94): 122
 (1893): 122, 126
- Jones, E.
 (1962): 3, 69, 364, 369, 434
- Kaan, H.
 (1893): 154
- Löwenfeld, L.
 (1893): 179
 (1895): 179
 (1904): 146
- Ludwig, O.
 (1854): 324
- Meynert, T.
 (1884): 233, 239
- Moebius, P. J.
 (1894): 160
- Moll, A.
 (1898): 164
- Pagel, J. L.
 (1901): 457
- Parke
 (1885): 370
- Peyer, A.
 (1893): 160
- Rie, O. e Freud, S.
 (1891): 378
- Rosenberg, L.
 (1893): 392
- Rosenthal, E.
 (1892): 392
- Stekel, W.
 (1895): 348
- Strachey, J.
 (1966): 195
- Tuke, D. H.
 (1894): 139
- Waldeyer, W.
 (1891): 368
- Wenfeld, L. L.
 (1904): 146

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, 75
Abreazione, 66, 84n., 98-100, 123, 134, 381
Adolescenti, angoscia delle, vedi Angoscia
Afasia, 377 sg., 381n., 384, 423; isterica, 75 sg., 81, 263n.; organica, 79
98; ammontare di, 83, 134; come residuo dell'esperienza di dolore, 225-28; difensivo, nell'isteria, 250-52; disturbi dell', nella paranoia, 36, 40, 55; e ricordi "domati", 278 sg.; elemento essenziale delle ossessioni, 139 sg., 385 sg.; espresso da sintomi isterici, 113, 126n.; giustificato, nelle ossessioni, 140, 142, 315, 386; incastrato, 100; interferenze dell', con il pensiero, 256-58, 272 sg., 277 sg.; liberazione d., nell'isteria, 248, 255-58, 308, 310; nei sogni, 243; persistente nell'isteria, 96 sg., 99, 299, 333; persistente nelle ossessioni, 140, 142, 145; repressione degli, 8, 315; ricordo con, causa di scomparsa di sintomi, 96 sg., 380 sg.; separazione di un, dalla rappresentazione, nelle ossessioni e fobie, 126, 128, 132; sessuale, 21 sg., 45 sg.; trasformazione degli, 52-54; trasposizione d', 126 e n., 127-32, 134, 140-45, 159; valore affettivo, 82-84
Agents provocateurs (agenti provocatori), nelle malattie nervose, 114, 116, 289, 294 sg., 300, 333
Aggressioni, sessuali nell'infanzia, 300 sg., 309, 312, 348, 359
Agorafobia, 14, 63, 131n., 145, 159, 180, 253, 402
Alcolismo, 39, 53, 168, 184
Alessia, 79
Alienazione tra il somatico e lo psichico, 23 sg., 27
Allattamento, 232 sg., 240
Allucinatorio(a): carattere, dei ricordi, 278 sg.; carattere, dei sogni, 242, 244 sg.; carattere, degli stati di desiderio, 224, 229 e n., 231, 267; confusione, 36, 41 sg.; riproduzione, nei sintomi isterici, 354, 380; vivezza, dei ricordi, 443, 446
Allucinazioni, 93, 121, 124 sg., 132 sg., 161, 319-27, 385, 424n., 439 sg., 446; e percezione, 224, 243; visive o sensorie, 55
Altezze, vertigine delle, 14
Amenza allucinatoria, 49
Ammalato, desiderio di esser, 59 sg.
Ammocete, midollo spinale dell', 366
Ammontare affettivo, termine, 83n., 134n.
Amnesia: isterica, 250, 429, 435 sg.; dei primi anni dell'infanzia, 435-37; vedi anche Dimenticare
Amore, psichico, 21
Analisi, termine, 122n.
Analogie: Adamo che dà un nome agli esseri viventi, 107; albero genealogico, 338 sg.; bacillo della tubercolosi, 349; bellezza come manto, mitologia greca, 440; carica elettrica, 134; corpo estraneo e trauma psichico, 96, 380; emorragia interna, 34; ferita aperta, 34; giochi di pazienza, 346; moltiplicatore in un circuito elettrico, 7, 192, 293, 358; parallelogramma delle forze, 439; partenogenesi, 183; rana stricninizzata, 356; resti monumentali, 334, 338; ricerca macroscopica, 360; riproduzione plastica in alcuni quadri, 443; sifilide, 183, 333 sg.; tubercolosi polmonare, 190; vaiolo, 350; vicino all'oro, 439 e n.; vivisezione, 356
Anamnesi, 183, 298 sg.; 308 e n., 312n., 333 sg., 412
Anatomia: cerebrale, ignorata dall'isteria, 384; patologica, 108
Anemia, 80 sg.
Anestesia: isterica, 32, 75-82, 375; organica, 77; sessuale, 7, 14, 19-21, 29, 52 sg., 162, 164, 171; vedi anche Emianestesia

- Anguilla, testicoli dell', 365
 Analgesia isterica, 77
 Angoscia, attacchi d', 8, 14, 24-26, 45-48, 154, 156-58, 165, 185-87, 296, 342, 402; periodicità degli, 186; ricordo di, nell'agorafobia, 145 sg.; sintomi di, nel coito, 173; causata da accumulato di eccitamento sessuale somatico, 146, 168-72, 176, 296 sg.; come perturbazione del pensiero, 256 sg.; come reazione all'eccitamento endogeno, 173; come segnale, 231n.; come sintomo della nevrastenia, 154; etiologia sessuale dell', 7 sg., 14-17, 19-27, 31, 45, 51, 254; nella melanconia, 29, 31; nevrosi d', 13-17, 19-27, 51, 248n.; religiosa, 315; sociale, 315; trasformazione dell'autoaccusa in, 52 sg.; trasformazione della libido in, 66
 Angoscia delle adolescenti, 162; delle spose novelle, 162, 165, 171 sg.; dell'età senile, 164, 171; di coscienza (o angoscia morale), 156n.; morale, 156; vedi anche Colpa, senso di; Rimorso; verginale, 20, 22
 Angoscia morale, termine, 156n.
 Anna O., 75n.
 Anoressia: isterica, 32, 83n., 94, 354; nella melanconia, 30; nella paranoia, 320
 Antropologia sociale, 82 sg.
 Apoplessia, 181, 390
 Appagamento di desiderio: termine, 65, 243n.; vedi Desiderio, appagamento di
 Apparati nervosi terminali, 212, 218, 221, 224 sg.
 "Archives de Neurologie", 81
 Aristotele, 252n.
 Aritmomania, 152 sg., 386
 Arteriosclerosi, 153
 Assistenza a malati: nell'etiologia dell'isteria, 91, 93, 95, 123; nell'etiologia della nevrosi d'angoscia, 164, 172
 Associazione: capacità di, limitata nell'isteria, 122; di rappresentazioni che s'impongono nelle ossessioni, 139 sg.; vedi anche Associazione di rappresentazioni; esterna, 426n.; rappresentazione indebolita non ha bisogno di, 124; rielaborazione per via associativa, 125
 Associazione di rappresentazioni, 83 sg.; corso delle, 34 sg., 229 sg., 233 sg., 262-67, 270-73, 276-78, 281-84; e sogni, 241 sg., 244 sg.; limitata nelle nevrosi, 40, 82, 249; liquidazione di eccitamento per via di, 83 sg.; nel giudizio, 236-38; nella simbolizzazione, 254 sg.; per simultaneità, 223, 241 sg.; per somiglianza, 260 en.; vedi anche Associazioni libere
 Associazione verbale, 263-66, 270-73, 446 sg., 450
 Associazioni, catena di, 337-41, 342 sg.; convergenza e divergenza nella, 340n.
 Associazioni libere, 37n., 274n.; vedi anche Associazione di rappresentazioni
 Assuefazione alla masturbazione, 409
 Assurdità delle ossessioni, 129, 140-42
 Astasia, isterica, 75
 Astinenza, sessuale, 20-23, 28, 146, 163 sg., 171 sg., 174 sg., 178, 185, 296, 387, 402
 Attenzione, 423 sg.; e difesa, 228 sg., 257 sg., 279 sg.; e pensiero, 264-66, 272-83; e percezione, 49, 230, 239-41, 257 sg., 259-63, 274, 277 sg., 281-84; errori dovuti a mancanza di, 281; psichica, 259 sg.; regola biologica dell', 269-72, 279 sg., 283
 Attesa, 260, 267, 269 sg., 273 sg., 276, 280, 283
 Attesa angosciosa, 155 sg., 158-60, 180, 296, 402
 Attività analitica, 433
 Attività e passività, 51 sg., 56; vedi anche Maschile e femminile
 Aura: epilettica, 90; isterica, 90, 156, 160, 175
 Aussee, 421
 Autoaccusa: manifestazione di lutto, 64; nell'isteria, 357; nella paranoia, 37 sg., 56, 321, 325-27; nelle nevrosi ossessive, 49, 52-56, 313; vedi anche Ossessioni, come
 Autoanalisi (Freud), 395, 422, 433 sg., 463
 Autopunizione, 64 sg.
 Azione specifica, 21 sg., 202 sg., 209, 222 sg., 233, 264, 266 sg., 276, 280, 283 sg.
 Azioni ossessive, 20, 142-44, 316 sg.; come procedimenti protettivi, 142, 146, 159 sg., 315-17; sostituiscono rappresentazioni incompatibili, 142
 Bambini: aggressione sessuale su, 297, 308-10, 347-49, 354 sg.; comportamento psichico dei, e processi patologici, 435 sg., 440; e sonno, 240; enuresi, 240, 380 en.; immoralità dei, 313; nevrosi dei, 10; paralisi cerebrale dei, 376 en., 378 sg., 381-83, 391, 395; seduzione dei, 298, 300, 305, 309 sg., 312n., 312 sg., 331, 347-49, 354 sg., 389; rapporti sessuali tra, 298, 301, 309 sg., 321-25, 346-49, 355; vedi anche Infantile
 Barriere di contatto, 204-13, 215, 221-24, 228, 262, 267 sg., 272 sg.
 Beard, G. M., 153 en., 292-94
 Beato Angelico da Fiesole, 425
 Bell, paralisi di, 72 sg.
 Bernhardt, malattia di, 388 en.
 Bernheim, H., 116, 459
 Bestemmie, nei deliri isterici, 99
 Biologica(i): fattori, 207-11, 217, 227, 230-34, 239, 242, 260 sg., 264, 273 sg., 275

- sg., 281; regola, dell'attenzione, 269-72, 280, 283; regola, della difesa, 269, 279 sg., 283
- Bizet, G., 46n.
- Boltraffio, 425-28
- Bonaparte, Marie, 3, 195
- Bosnia, 424-26, 429n.
- Botticelli, 425-28
- Breuer, J., 69, 87, 89, 91 sg., 115, 120, 122, 125 sg., 126n., 145, 297, 318, 320, 334-37, 340, 360, 380, 414; collaborazione con Freud, 10, 37, 83, 84n., 201n.; e Anna O., 75 n.
- Broca, P., 377
- Brücke, E.W., von, 366n., 459
- Budapest, 27
- C, abbreviazione, 65n.
- Cachessia, 153
- Campo visivo, restrizione del, nell'isteria, 95
- Capacità di spostamento: di importo d'affetto o somma di eccitamento, 134; di intensità psichica, 440-42
- Cardiaci, disturbi: negli attacchi d'angoscia, 156-58, 166, 175, 180, 186; nelle nevrosi d'angoscia, 296
- Carica, vedi Investimento
- Carmen (di Bizet), 46
- Casi clinici: dell'ossessione di Pascal, 139; della signora Emmy von N., 83n., 93n.; della signora P.J., 45-48; di Anna O., 75, 91n., 93 sg.; di Cecilia M., 95n.; di E., 60; di Elisabetta von R., 123; di Emma, 253-55; di K., 25-27; di Katharina, 162; di Lucy R., 123; di von F., 27 sg.; dimenticanza del nome proprio (Freud), 423-27, 429 sg.
- Casi, senza nome: di embolismo in una donna alla Salpêtrière, 378; di epilessia di riflesso in un granatiere prussiano, 115; di guarigione ipnotica, 93n., 379; di infezione nelle cavità nasali, 403; di isteria, 93-95, 335-38, 355, 357, 375, 379; di nevralgia, 405-08; di nevrosi d'angoscia, 166 sg., 180-83; di nevrosi ossessiva, 129-31, 141-44, 146, 316n., 385; di nevrosi pseudoereditaria, 309 sg.; di paranoia cronica, 318-27, 389, 439 sg.; di psicosi allucinatoria, 132, 385; di ricordi di copertura, 441-50; neurologici, 108, 370, 372, 376, 378 sg., 383, 389, 397 sg.
- Cause ausiliari della nevrosi, vedi Etiologia, tipi di causalità
- Cavità nasale, 403
- Cefalea, 143, 390; vedi anche Nevralgia, sintomi della
- Cefaloastenia, 167; vedi anche Nevralgia, cerebroastenia
- Censura, 324 sg., 327, 467
- Cerebrale: eccitamento, 201n., 259n.; emorragia, 370; paralisi, 71-80, 84; paralisi infantile, 376n., 378 sg., 381-83, 391, 395; vedi anche Cervello
- Cerimoniale ossessivo, 53
- Certezza, 65, 236, 242
- Cervello, anatomia del, 208 sg.; vedi anche Cerebrale
- Charcot, J.-M., 69 sg., 89-93, 289 sg., 300, 333, 336, 340, 459; ammirazione di Freud per, 103; influenza di, su Freud, 87, 119, 384; necrologio, 103, 105-16, 379; punti di vista di, sulle paralisi organiche e isteriche, 71-73, 74n., 75, 78, 80, 83 sg.; studi di Freud sotto, 29n., 71; traduzione di Freud, delle opere di, 107n., 112n., 392
- Cherubino (nelle Nozze di Figaro), 46n.
- Chrobak, R., 47
- Civiltà, 66; e nevrosi, 294, 396, 405n., 405 sg., 411; parola, surrogato dell'azione, 98
- Claus, K., 365n.
- Claustrofobia, 14
- Climaterio, angoscia del, 163 sg., 171 sg.
- Coazione, 247-53; vedi anche Nevrosi ossessiva; Ossessive, rappresentazioni
- Cocaina, 370n., 370 sg., 376, 459
- Coito e sintomi nell'attacco d'angoscia, 172 sg.
- Coitus interruptus, 12, 14 sg., 19-21, 23, 27, 32, 43, 60, 162 sg., 165-69, 172, 174 sg., 178, 181-83, 185, 387, 402, 406
- Coitus reservatus, 7, 23, 146, 162, 171, 174
- Collera, ossessiva, 140-42
- Colpa, senso di, 52, 58, 386; facoltà critica soffocata dal, 129; vedi anche Angoscia morale; Autoaccusa
- Complesso, 275, 280 sg.; edipico, 64n.; uso del termine, 121n., 255
- Compromesso: rappresentazioni ossessive, come, 52, 54; ricordi, come, 439 sg.; sintomi, come, 53 sg., 55-57, 305, 313-15, 325-27, 440
- Concezione dinamica, 198
- Condom, 7, 12 sg., 15, 26-28, 59
- Confessione, 98
- Conflitto, 36, 49
- Conservare ossessivo, 53
- Contraccettivi, 12-16, 59, 162, 409 sg.; vedi anche Coitus interruptus; Condom
- Contraddizione, 277, 283
- Contratture, isteriche, 73-76, 91, 93, 114
- Controsuggestione, 379
- Controvolontà, isterica, 93, 379; vedi anche Rappresentazioni di contrasto
- Conversione, 124; isterica, 24, 40 sg., 119, 124-26, 129, 132, 175, 201, 249n., 318,

- 386; nelle nevrosi d'angoscia, 24, 161, 175; termine, 124n.
- Convulsioni epilettiformi, nell'isteria, 95
- Corca, 181, 390; cronica, 191; di Huntington, 291
- Coscienza: campo di, 122, 145; come "appendice", teoria, 216n.; come funzione della percezione, 215; dissociazione della, nell'isteria, 113, 121-26, 381, 385; e certezza, 65; e correzioni cronologiche, 62; e memoria, incompatibilità tra loro, 205n.; e sogni, 242-46; esclusione dalla, nella rimozione, 52 sg., 249-51; esclusione dalla, nelle nevrosi, 83 sg., 40 sg., 255 sg.; inammissibilità delle rappresentazioni contrastanti alla, 52 sg., 360; irruzione nella, 249 sg., 271, 273 sg.; rapporto con l'inconscio, 213, 216 sg., 271, 273; sdoppiata, 100; teoria della, 212-17, 223 sg., 263-65, 270 sg., 272 sg., 276 sg.
- Costanza, principio di, 18, 49, 97n., 192n., 202n., 203, 217n.
- Creazione onirica posteriore, 467
- Creazione poetica, 65; e fantasie isteriche, 65; meccanismo della, 5
- Credenza, vedi Certezza
- Critica, potere della, e senso di colpa, 129
- Cuvier, G., 107
- Darkschewitsch (Darkševič), L.*, 374
- Darwin, C., 209
- Defecazione, 354
- Deformazione del ricordo, 467
- Degenerazione, 18, 26, 114, 122-24, 126n., 139, 153, 342, 385, 412; vedi anche Ereditarietà
- Deliri, 36-41, 53, 55, 64, 323 sg.; allucinatori, 119; combinatori, 327; di assimilazione, 327n.; di attenzione, 37 sg., 315; di gelosia, 39; di grandezza, 39 sg., 55; di interpretazione, 327; di persecuzione, 37, 39, 53, 64, 318-27; paranoici, 36-41, 55 sg., 64
- Delirio e poesia, 65
- Demenza precoce, 323n.
- Demenza paranoide, 318n.; vedi anche Paranoia
- Dentizione, seconda, e maturità sessuale, 310, 311n., 352; vedi anche Età massima, fattore di nevrosi
- Depressione, 7 sg., 11, 21n., 25 sg., 318 sg., 322, 408; periodica, 7 sg., 14; vedi anche Melanconia
- Dermatologia, diagnosi, 334
- Desiderio: appagamento di, ricordi di copertura quale, 448 sg.; di essere ammalato, 59 sg.; di morte, 64; realizzazione di, 466; sintomo di appagamento di, 65; sogno di appagamento di, 65, 243-45; stato di, 224, 226-36, 260, 264-71, 273-75, 279-82; carattere allucinatorio dello stato di, 224, 229n., 231, 267
- Diabete, 294
- Diarrea, 157, 160, 296
- Difesa, 119, 125, 128 sg., 163, 175, 305, 385, 440; concetto di, 119; contro la sessualità, 22; e rimozione, 318; fallimento della, 313, 315, 325; Io e la, 38-41, 51, 53-55, 57, 65, 250-53, 257 sg., 268 sg., 278-80; meccanismo della, 58-60, 65 sg.; nell'isteria, 122-26, 307-12, 351, 353, 385, 389; nella paranoia, 317-27, 389; nella psicosi allucinatoria, 132 sg.; nelle ossessioni e fobie, 126-32, 144 sg., 312-17, 385, 389; neuropsicosi da, 36-41, 49-57, 62, 119-34, 299 sg., 305-27, 359, 385, 389; normale, 49 sg., 251 sg.; primaria, 53-56, 226, 229, 250 sg., 268-70; primaria, nelle nevrosi ossessive, 313-17, 389; regola biologica della, 269, 279 sg., 283; secondaria, 53, 55 sg., 315 sg., 389; teoria della, 226 sg., 229-31, 277 sg.; termine, 123n.
- Diffidenza, sintomo della paranoia, 55
- Dimenticanza, meccanismo psichico della, 423-30
- Dimenticare, 242, 257, 279; vedi anche Amnesia
- Dipsomania, 39, 53, 317
- Disgusto, 50 sg.
- Dispepsia, 12, 28
- Dispiacere: e nevrosi da difesa, 49-57; esperienza di, 224-26, 228-31, 234, 237, 250-52, 257-59, 264 sg., 271, 277-80, 283; vedi anche Dolore
- Dispnea e angoscia, 24
- Disposizione ereditaria per le nevrosi, 7, 10, 14-16, 18, 25-28, 49 sg.
- Disposizione nevropatica, 124, 126, 133, 165, 167 sg., 352, 412 sg.
- Dissociazione nelle paralisi, 74 sg., 82-84
- Distorsione: nella formazione di sintomi, 52, 55; nelle fantasie, 62
- Disturbi gastro-intestinali: nell'isteria, 354; nella nevrastenia, 161; nella nevrosi d'angoscia, 160
- Disturbi vasomotori: negli attacchi d'angoscia, 156-58; nelle nevrosi d'angoscia, 160 sg., 296
- Dolore(i): come ripetizione di fissazione, 59; esperienza di, 211 sg., 218, 221, 234 sg., 237, 239, 250, 257 sg., 264 sg., 277-79; fuga dal, 212; isterici, 91, 95, 175; nella nevrosi d'angoscia, 175
- Don Giovanni Tenorio, 39
- Donne: coitus interruptus, causa di angoscia nelle, 19 sg., 23; fantasie sulle ragazze di servizio delle, 58 sg.; isteria nelle, 13 sg., 56 sg.; nevrastenia nelle, 8,

- 12 sg., 15 sg.; nevrosi mista nelle, 13, 17; passività sessuale delle, 56
- Double conscience** (coscienza doppia), 100; vedi anche **Coscienza**, dissociazione della
- Dubbio**, mania del, o *Folie du doute*, 14, 20, 53, 65, 143 sg., 156, 158, 160, 316, 386
- Dubbio ossessivo**, 140 sg., 143 sg., 386
- Duchenne, G.**, 108
- E.**, caso di, 60
- Eccitamento**: accumulo di, 155, 168-71, 175 sg., 185-87; cerebrale, 201, 360; distribuzione dell', nelle nevrosi, 18; endogeno, vedi **Stimoli endogeni**; importo di, 385, vedi anche **Eccitamento**, somma di; impoverimento di, 175; incremento di, 84n.; neuronico, 201, 203-06, 212, 215-20, 224n., vedi anche **Investimento**; **Quantità**; **Scarica**; propagazione dell', labile nell'isteria, 125; psichico, 21, 24, 30, 32-35, 62, 87; quantità di, 185 sg.; somministrazione, 119 sg., 221 sg., 226
- Eccitamento sessuale**, 18-27, 30-35, 150; frustranco, 146, 149, 163, 167, 171, 296, 387, 402; somatico, 146, 149 sg., 169-73, 176, 185-87, 191, 311n.; somatico, distolto dalla sfera psichica, 171, 178, 180, 183, 187, 296, 387
- Eccitamento**, somma di, 97; indebolimento dell', da parte dell'io, 124; staccata, trasformata in innervazione somatica, 124-26; termine, 97n., 124n., 134n.
- Edema**, 80 sg.
- Eiaculatio praecox**, 20, 162, 172
- Emianestesia**: isterica, 95, 375; organica, 77
- Emianopsia**, 77, 79, 81
- Emicrania**, 42-44, 187
- Emilia Galotti** (di Lessing), 36n.
- Emiplegia**: isterica, 74n.; organica, 75, 77, 79
- Emma**, caso di, 253-56
- Emmy, N.**, von, 83n.
- Emorragia cerebrale**, 370
- Eneide**, 448n.
- Energia(e)**: carica di, 317; psichica, 170, 317; sessuali pulsionali, al servizio di fini culturali (*Fliess*), 413
- Enuresi**, 240, 380en.
- Epilessia**, 185 sg., 291, 294, 390
- Erb, W.**, 290
- Ereditarietà**: dissimulare, 291, 390; importanza dell', nell'etiologia delle nevrosi, 114, 116, 161, 163, 179 sg., 182, 184, 188, 190-92, 287, 289-302, 308, 333, 342, 350, 388, 390, 405; pseudo, 309, 349; simile, 144, 291, 390; vedi anche **Degenerazione**
- Errore**, 280-83
- Erzegovina**, vedi **Herzegovina**
- Esaurimento organico** nell'etiologia delle nevrosi, 293, 405 sg.
- Esperienza sessuale**, attiva e passiva, 297 sg., 300 sg., 306, 308-10, 310 sg.n., 312 sg., 359; precoce, 50-57, 288, 297
- Età-massima**, fattore di nevrosi, 297 sg., 305, 308, 310, 311n.
- Etat secondaire**, 40
- Etiologia**: del vaiolo, 350; dell'isteria, 89-100, 121-26, 145, 297-302, 308-12, 331-60, 380, 385 sg., 389; della nevrastenia, 170, 177, 296, 402, 409; della tubercolosi, 349; della tubercolosi polmonare, 190; delle nevrosi d'angoscia, 146, 161-92, 296 sg., 387 sg., 409-12; delle nevrosi "miste", vedi **Nevrosi "miste"**; delle nevrosi ossessive, 126-32, 139-45, 297, 300 sg., 312-17, 385 sg., 389; delle psiconevrosi, 411-17; fattori banali, 161, 165-68, 181 sg., 184 sg., 187, 190, 293 sg.; fattori specifici, 165-67, 181, 183-85, 188-91, 291-96, 301, 308-12, 349 sg., 388 sg., 404 sg.; somministrazione, 165, 168, 184; tipi di causalità nell', 96, 167 sg., 189-92, 291-93, 349 sg., 388; vedi anche **Ereditarietà**, importanza dell', nell'etiologia delle nevrosi
- Etiologia**, sessuale: dell'isteria, 56 sg., 123 sg., 247-56, 296-300, 305, 308-12, 340-60, 389; della nevrastenia, 177, 311 sg., 401-06; della nevrosi "attuale" e della psiconevrosi, 294-302, 397-417, 459; della nevrosi d'angoscia, 161-73, 177-92, 311 sg., 387 sg., 402 sg.; della nevrosi ossessiva, 126-31, 140-42, 300-02, 305, 312-18, 358 sg., 389; della paranoia, 305, 318-27, 358 sg., 389; delle fobie, 145 sg., 187
- Etiologia**, traumatica, delle nevrosi, 89-100, 123-25, 296-302, 308-13, 315 sg., 334-39, 389; emendamento della teoria sull', 312n., 344 sg.n.; teoria sull', smentita, 396
- Etiologia**: equazione, 189-91; serie, 350, 404
- Exner, S.**, 196
- F.**, von, caso di, 27 sg.
- Facilitazione**, termine, 206n.
- Facilitazioni** tra i neuroni, 206 sg., 209 sg., 213-15, 221-28, 231, 233 sg., 237-39, 242-44, 257 sg., 261-64, 268-82
- Falso nesso**, 46, 126, 128, 140n., 255, 357; termine, 126n.; vedi anche **Mésalliance**
- Falso ricordo**, 433, 463
- Fame**, 18, 21, 202, 240; negli attacchi d'angoscia, 156 sg., nella nevrosi d'angoscia, 160
- Fantasie**, 58-66, 444-50; distorsione di, 62; importanza delle, riconosciuta da Freud,

- tardi, 306, 312n., 345n.; isteriche, 58, 60 sg., 63, 66; paranoiche, 63; "retrospettive", 453n., rimosse, 61-63, 65 sg.
- Fattore quantitativo, causa concorrente nelle nevrosi, 167, 184 sg., 189-91, 202-94, 350, 388
- Fattori chimici, 43, 63, 225 sg., 245; tossici, 43
- Fattori economici, 238n.; vedi anche **Quantità**
- Fechner, G.T., 217n., 220en.
- Fissazione: di un sintomo, 32 sg., 32n., 59, 84, 317; di una rappresentazione al ricordo, 84
- Flechsig, P.E., 108
- Fleischl-Marxow, E., von, 196
- Fliess, W., 3-5, 195-97, 256n., 413; interesse per l'emicrania, 42n., 44n.; rapporti con Freud, 226n., 245
- Fobie, 8, 20, 62, 121, 126, 128, 131en., 137, 139-46, 385 sg., 416; comuni, 145; con aggiunta di ossessione, 146; eventuali, 145 sg.; isteriche, 131, 310, 415; occasionali, 145; parte della nevrosi d'angoscia, 146, 158 sg.; parte della nevrosi ossessiva, 159, 317; primarie, 128; tipiche, 131n., 159; traumatiche, 139; vedi anche **Agorafobia**; **Claustrofobia**; **Paura**
- Folie du doute, vedi **Dubbio**, mania del
- Formes frustes, 106en., 107, 146n.
- Fournier, A., 290
- Freud, Sigmund: autoanalisi, 395, 433; disturbi di Bernhardt, osservazioni su sé stesso, 388en.; ferita al viso, 434, 442 en.; interesse trasferito dalla neurologia alla psicologia, 119, 344, 371n., 381 n., 459; lavori scientifici di, 363-92, 459; nomina a professore straordinario, 363; note autobiografiche, 457, 459; rapporti con Fliess, 226n., 245; ricordo di copertura, 433, 440-51; viaggio sulle coste dell'Adriatico, 421, 424; visita a Parigi, 103, 459; visita a Trieste, 365
- Friedreich, malattia di, 291, 383
- Frigidità sessuale, 7
- Fritsch, G., 108
- Frontiera, rappresentazione di, 57
- "Fuga nella malattia", 133n.
- "Fuga nella psicosi", 119, 133
- Funghi, come simbolo, 59
- Funzionamento psichico, teoria del, 196
- Funzioni primarie del sistema nervoso, 203, 206, 208, 236
- Funzioni secondarie del sistema nervoso, 203 sg., 227, 236
- Gambetta, L., 110
- Gelosia, delirio di, 39
- Genitori: desiderio della loro morte, 64; simbolizzati da personaggi reali, 64; vedi anche **Romanzo familiare**
- Ginecologico, trattamento, 165
- Giudizio, 232, 235-37, 264 sg., 280 sg.
- Giudizio universale, 424-26
- Goethe, W., 65
- Golgi, C., 71
- Gonorrea, 8, 15
- Gotta, 181
- Granchio, d'acqua dolce, struttura del sistema nervoso del, 368
- "Grande" attacco, vedi **Isterico**, attacco
- Gravidanza: e scomparsa della nevrosi, 166, 406; emicrania, scomparsa dell', durante la, 43; paura di, 19
- Grida, 222, 223n., 235, 264 sg.
- "Gruppi psichici", 22, 121
- Guinon, G., 289
- Hecker, E., 387
- Heiterethei e il suo opposto (di O. Ludwig), 324en., 439
- Herz, M., 252n.
- Herzegovina, 424en., 426 sg., 429n.
- Hitzig, E., 108
- Idea fissa, isterica, 414
- Idee rimosse, vedi **Rappresentazioni**, rimosse
- Identificazione, 58, 64 sg.
- Identità, stato di, 233 sg., 236, 260, 275, 280-82, 284
- Idrofobia, isterica, 94
- Idroterapia, 166, 319, 400 sg., 407 sg., 416
- Immagini: motorie, 284; sonore, 263-66; verbali, 263, 284; visive e sonore nei sogni, 58
- Importo d'affetto, vedi **Ammontare affettivo**
- Impotenza, vedi **Sessuale**, impotenza
- Impulsi, 62, 64-66; omosessuali, 62
- Inc, abbreviazione, 65en.
- Incesto, 66
- Inconscio, l', 5, 65 sg., 321, 358; "attrazione nell'", 288; credere o dubitare non riguarda l', 65; mancanza del senso temporale nell', 62n., 358n.; rapporto con il preconsciouso, 63, 263n.; rapporto con la coscienza, 213, 216n., 271, 273; rimozione nell', 63, 65 sg.
- Incremento di eccitamento, termine, 21n., 84n.
- Inerzia, principio d', 202-04, 210, 217, 240
- Infantile(i): esperienze, sessuali, 306; fattori, nell'etiologia delle nevrosi, 297-301, 305 sg., 308-13, 325 sg., 332, 343-55, 358 sg., 389, 413; fattori, nell'etiologia della paranoia, 321-25; paralisi, 197, 395; poliomielite, 72; sessualità, 255n.;

- sessualità polimorfa, 354 sg.; sessualità spontanea, 312n., 395; vedi anche Bambini
- Infanzia, ricordi, normali, 435-41, 451-53; vedi anche Ricordi di copertura
- Infezione, paura d', 27
- Inibizione: delle funzioni sessuali, e angoscia, 7-9; nella malinconia, 34; provenienti dall'Io, 227-33, 236, 243, 258, 279
- Innervazione somatica, nella conversione, 124-26, 129, 318, 385
- Insonnia, 27 sg.
- Intensità, psichica, 184, 317, 440; vedi anche Energia, psichica
- Interpretazione psicoanalitica, 421 sg.
- Intossicazione nell'etiologia della nevrosi, 293 sg.
- Investimento, 203, 206, 214, 217, 220, 223-46, 250-52, 257-84, 317; termine, 124n., 203n.; vedi anche Eccitamento, neuronico; Energia, psichica; Intensità psichica; Quantità; Scarica, neuronica
- Io, 227 sg., 240, 244, 259-61, 266-68, 284; alterazione dell', 49, 51, 55, 66, 227 sg., 327; credere, funzione dell', 65; distacco dell', dalla realtà, 133en.; e difesa, 38-43, 51, 53-55, 57, 66, 124, 129, 132 sg., 250-52, 257 sg., 268 sg., 278-80, 315 sg., 350 sg., 385; e pensiero, 262-69, 279-81; e sonno, 240, 242; esaurimento dell', 317; impotenza dell', nell'isteria, 113; inaccessibile all'associazione nell'isteria, 83 sg.; inibizione proveniente dall', 227-33, 236, 243, 258, 279; nella psicosi, 132; nucleo dell', 232, 268-72, 274 sg.; rappresentazione incompatibile e, 123, 132 sg., 144 sg., 307, 385; rimozione, attribuita all', 314; sopraffazione dell', 51, 53, 55-57, 129en.
- Iperanemia, 80
- Iperestesia, 175; nelle nevrosi d'angoscia, 296, 402; uditiva, 155
- Ipnoidi: isteria, 123; stato, 91, 100en., 122, 336, 380
- Ipnosi, 83, 125, 379; auto-, 99; concentrazione ipnotica, 37; non necessaria nella cura delle ossessioni e fobie, 129; teoria dell', 116, 241; uso dell', da parte di Breuer, 92-97, 100, 132, 379; uso dell', da parte di Charcot, 90, 115, 132, 380; uso dell', da parte di Freud, 92-97, 100, 132, 379
- Ipnosica, concentrazione, vedi Ipnosi, concentrazione
- Ipocondria, 14 sg., 39, 53, 143, 155, 156n., 160, 164, 315
- Ipospermia, 8
- Irma, 243n., 245n.
- Irritabilità, 155, 296
- Isteria, 287; acquisita, 121, 123, 168; cacciata dalla psicosi, 132; come autopunizione, 64; come modo di difesa, 36, 41 sg., 49, 251; connessione col sesso femminile, 301en., 308; contributo allo studio dell', di Charcot, 89, 112-16; da difesa, 123; da ritenzione, 123; da spavento, 56 sg.; di conversione, 119, 249; disposizione all', 126, 311; dissociazione della coscienza nell', 113, 121-26, 126n., 385; e nevrastenia, 13 sg., 15 sg.; etiologia sessuale dell', 56 sg., 247-56; in relazione alla masturbazione, 256; ipnoide, 123; meccanismo dell', 87-100; nei maschi, 56, 114-16, 308, 342, 348, 350, 375; nelle classi più basse, 347, 350 sg.; nelle donne, 56; paragonata alla nevrosi d'angoscia, 175 sg., 179; paragonata alla nevrosi ossessiva, 292; paragonata alla paranoia, 322 sg., 326; precedente la nevrosi d'angoscia congenita, 182 sg.; reazione apparentemente esagerata nell', 356-58; repressione degli affetti nell', 8; rimozione nell', 56 sg.; sessuale, 176; simulazione e, 89, 112; suscettibilità, 357; struttura dell', 58-63; terapia, 100, 414-16; traumatica, 10, 57, 83 sg., 90-93, 168; vedi anche Difesa, neuropsicosi della; Etiologia; Etiologia, sessuale; Nevrosi "miste"; Psiconevrosi
- Isteria da ritenzione, termine, 123n.
- Isterici, sintomi, vedi Sintomi
- Isterico(a-i): attacco, 125, 357 sg.; "grande" attacco, 114; "piccolo" attacco, 114; aura, 90; confusionale, stato, 415; controvolontà, 93, 379; conversione, 119, 125 sg., 129, 132, 318; deliri, 99; fantasie, 58, 60 sg., 63, 65; paralisi, 89-91, 114 sg., 380, 384; "proton pseudos", 252-58; psicosi, 40 sg.; rimozione, 251-56
- Isteronevrastenia, 400
- Istituto di Anatomia comparata, 365n.
- Istituto di Fisiologia, 366
- Janet, P., 81 sg., 115, 121, 126en., 131, 289, 300, 385
- "Jardin des plantes", in Parigi, 107
- Jerusalem (nel Werther di Goethe), 65
- K., signor, caso del, 25-27
- Kassowitz, M., 376n., 378, 381
- Kästner, Lotte, 65
- Kneipp, Parroco, 166, 406en.
- Koller, K., 371
- Kölliker, A., 71
- Königstein, L., 375, 383
- Krafft-Ebing, R., von, 331, 363
- Kris, E., 3, 195
- Kundrat, H., 373n.

- Lacuna: nella memoria, 47; psichica, 57
 Lavarsi, mania di, 144, 386
 Lavoro intellettuale, 12, 20, 36
 Legale, medicina, 334
 Lessing, G. E., 36n.
 Libidico(a): impulso, 413; rappresentazione, 187; tensione, 170
 Libido: come motivo della formazione dei sintomi, 59 sg., 65 sg.; di Inc, 66; e angoscia, 150, 164, 169-72, 180, 387, 402; "moralità" e, 54 sg.; perdita della, nelle nevrosi, 30; psichica, 22; risveglio precoce della, 309, 349; sviluppo della, 33, 313; termine, 22n., 150, 164n.; trasformazione della, in angoscia, 66; trasformazione della, in autoaccusa, 54; vedi anche Sessuale, stimolo
 Lichtenberg, G. C., von, 98n.
 Liébeault, A., 116
 Linguaggio: disturbi isterici del, 91, 93, 95, vedi anche Afasia; e pensiero, 263-66, 270-73
 Lisl (governante nella famiglia di Freud), 64
 Little, W. J., 381; morbo di, 381 sg., 391
 Localizzazione, 108 sg.
 Locomozione, fobia della, 145
 Logica, regole della, 283
 Löwenfeld, L., 150 sg., 161n., 388
 Ludwig, O., 324 en., 439
 Lutto, 29 sg., 49, 64
 Madre, desiderio di morte verso la, 64
 Malattie organiche: causa di emicrania, 43; e nevralgia, 11; nell'etiologia delle nevrosi, 293 sg., 388, 405, 413
 Malthusianismo, 15, 410
 Mania, 17, 35, 316, 415; vedi anche Dubbio, mania del; Lavarsi, mania di; Rimuginare, mania di
 Marie, P., 384n.
 Maschile e femminile, 62; vedi anche Attività e passività; Donne; Ragazze; Ragazzi; Uomini
 Masturbazione, 129, 141, 170, 172, 174 sg., 296, 309, 387, 402 sg., 407-09, 409 n., 411, 450; da parte di altra persona, 7, 12, 15; e predisposizione alla nevrosi, 7, 11 sg., 20, 23, 26-30, 32
 Melanconia, 5, 29-35, 153, 173, 317, 415; anestesia sessuale nella, 14, 21, 29, 32 sg., ciclica, 29, 53; collegamento con le nevrosi ossessive, 66; come manifestazione di lutto, 29 sg., 64; con angoscia, 29, 32; disposizione ereditaria alla, 25 sg., 29; etiologia della, 14, 17, 28; impoverimento pulsionale nella, 29, 34 sg.; nevralgica, 28-30; "periodica", 315; rapporto tra, e anoressia, 5; vedi anche Depressione
 Memoria: anomalie nel funzionamento della, 433; dei sogni, 243 sg.; distorsione della, 325-27, 448 sg., 451 sg.; ed etiologia delle nevrosi, 50-57, 84, 253-58; incompatibilità con la percezione, 205n.; lacune nella, 47; meccanismo della, 204-07, 213-15, 224 sg., 228-35, 236 sg., 251-58, 262-66, 275-80, 282; natura tendenziosa della, 429 sg.; spostamento della, 439 sg., 442; tendenziosa mancanza di, nella paranoia, 327; vedi anche Amnesia; Dimenticare
 Menopausa, vedi Climaterio
 Merck, preparato cocainico di, 370n.
 Mésalliance, 140; vedi anche Falso nesso
 Mestruazioni, ed emicrania, 42; processo eccitante delle, 186
 Metodo catartico, 94 sg., 125, 130 sg.n., 335, 380, 414
 Meynert, T., 377
 Midollo allungato, 371 en., 374 sg.
 Miopatie, 291
 Misofobia, 144 en.
 Misure di penitenza, ossessive, 316 sg.
 Mnestiche, tracce, 256
 Moebius, P. J., 39, 153
 Momento, "traumatico in via ausiliare", 125
 Monache, deliri isterici delle, 99
 Mondo esterno: contatti col, 208-15, 218, 222 sg., 259, 264, 269 sg., 284; distacco dal, nella psicosi, 40
 Monoplegia: isterica, 75; organica, 76, 78 sg.
 Moralità, 50 sg., 54, 223
 Moravia, 459
 Morte, desiderio di, 64
 Morte e sessualità, 425, 427
 Mortificazione (paranoia), 49
 Motoria(i): fenomeni, e teoria dei neuroni, 201 sg., 215 sg., 218 sg., 222 sg., 225, 231-33, 236-38, 241-44, 262-66, 267 sg., 281-84; paralisi durante il sonno, 240 sg., 243 sg.
 Mozart, 46n.
 Narcosi, 399
 Nascita di un bambino, causa di nevrosi, 15
 Nausea nella nevrosi d'angoscia, 160
 Necessità della vita, vedi Urgenza vitale
 Neurologia: base, della psicologia, 150, 356; interesse di Freud, trasferito dalla, alla psicologia, 119, 344, 371n., 381n., 450; lavori di Freud sulla, 365-79, 381-83, 389, 391 sg., 459
 Neurone: concetto di, 196, 368n.; distinzione tra diverse specie di, 198
 Neuroni, 34 sg., 71; "chiave", 225, 228, 237; del pallio, 220, 223, 226, 232, 240

- sg., 269; eccitati durante la percezione, 199; impermeabili, 199; motori, 225, 237; nucleari, 220, 222-24, 226-28, 241, 267 sg.; permeabili, sistema dei, 199; secretori, 225
- Neuropatologia, 71-73, 80 sg.; contributo di Charcot alla, 105-07, 109-13
- Neuropsicosi da difesa, 119-34, 305-27, 385, 389; storia del termine, 119, 389n.
- Nevralgia, 43; facciale, 143, 390; isterica, 95
- Nevrastenia, 10 sg., 100n., 131 sg., 139, 146, 149, 153-56, 290, 294, 385, 401-00; "cerebroastenia", 16n., 181; combinata con l'isteria, 15 sg.; confronto con l'isteria, 13 sg., 175 sg., 179; disposizione ereditaria alla, 10; e angoscia nevrotica, 20, 248n.; etiologia sessuale della, 7-17, 20, 23, 29, 43; impoverimento pulsionale nella, 35; masturbazione, causa di, 164, 170, 172, 174, 296, 387, 402, 408-11; melanconica, 28-30; negli uomini, 8, 11-13, 15 sg., 19 sg.; nelle donne, 8, 12 sg., 15 sg.; nevrosi d'angoscia, distinta dalla, 149-92, 292, 296 sg., 387, 402; periodica, 315; pseudo-, 153; rapporto fra, e la civiltà, 396, vedi Civiltà; sintomi, 153, 154n., 296, 402, 406 sg.; terapia, 407-09; vedi anche Etiologia; Etiologia, sessuale; Nevrosi attuali; Nevrosi miste
- Nevrite acuta multipla, caso di, 373 n.
- Nevrosi: disposizione ereditaria per le le, vedi Disposizione, ereditaria; e malattie nervose organiche, 116; esclusione dalla coscienza nelle, 40 sg., 83 sg., 255 sg.; etiologia sessuale delle, vedi Sessuale, etiologia; fattori occasionali delle, 11; grande, 89, 289, 292, 295, vedi anche Isteria; importanza etiologica della sessualità per le, 396; impoverimento pulsionale nelle, 29 sg., 34 sg.; nei bambini, 10; paragonate con i sogni, 239, 244-46; prevenibilità e incurabilità delle, 14 sg.; rapporto delle, con la psicosi, 18; scelta delle, 40, 301 sg., 310n., 312 sg., 358 sg., 390; semplice, 248, 311; vedi anche Difesa, neuropsicosi da; Isteria; Melanconia; Nevrastenia
- "Nevrosi attuali", 10n., 137, 311n., 404, 411; differenziazione tra, e psiconevrosi, 400-04, 411-13; mancanza di meccanismo psichico nelle, 132, 146, 168-70, 175 sg., 178-80; termine, 137, 149, 156, 311n., 404n., vedi anche Angoscia, accessi d'; Etiologia, sessuale; Ipocondria; Nevrastenia; Nevrosi d'angoscia
- Nevrosi d'angoscia, 4, 150, 287; come reazione all'eccitamento endogeno, 173; congenita, 182 sg., 190; discordanze con l'isteria, 175 sg.; distinzione della, dalla nevrastenia, 149-92, 292 sg., 296 sg., 402; negli uomini, 163 sg.; nelle donne, 162-64, 310n.; sintomi, 154-61, 172 sg., 296, 402; teoria della, 149, 168-73, 387; terapia, 409 sg.; termine, 7n., 146n., 154n.; vedi anche Etiologia; Etiologia, sessuale; "Nevrosi attuali"; Nevrosi "miste"
- Nevrosi "miste", 12-14, 17, 131, 133, 146, 155, 161-63, 173-76, 182, 301 sg., 310n., 387, 401-03, 411 sg.
- Nevrosi nasale riflessa, 153
- Nevrosi ossessiva, 126-32, 139-45, 287, 292, 312-18, 385, 389; affetto spostato nella, 126-32, 140-45, 315 sg., 318; autoaccusa nella, 49, 52-56, 58; comparsa della, di preferenza negli uomini, 301 e n., 312, 359; e paranoia, 325-27; etiologia sessuale della, 17, 51-54; meccanismo della, 126-32, 159, 305, 312-18, 326; metodi di cura, 414-16; modo di difesa, 36, 49, 52-55, 62 sg., 252; rapporto tra, e isteria, 56, 65, 248n., 292; rapporto tra, e melanconia, 66; rappresentazioni distorte nella, 314 sg., 318; rimozione nella, 56 sg., 252; stato emotivo giustificato nella, 140, 315, 386; substrato di sintomi isterici nella, 300 sg., 312, 359; termine, 159n.; vedi anche Difesa, neuropsicosi da; Etiologia; Etiologia sessuale; Nevrosi "miste"; Psiconevrosi
- Nevrosi semplice, termine, 248n.
- Nevrotici, sintomi, vedi Sintomi
- Normale(i): difesa, 49, 251 sg.; processi, meccanismo dei, 250-84; processi mentali nevrotici, 8, 11, 49 sg.
- Nothnagel, H., 363, 391n.
- Nozze di Figaro (di Mozart), 46
- Nutrizione, stimolo alla, 202, 222
- Oberon (nel Sogno di una notte d'estate), 65
- Oblío, ottenuto solo in apparenza, 123 sg.; vedi anche Dimenticare; Memoria; Usura del tempo
- Olfatto, senso dell', ed emicrania, 43
- Olfattivo, impulso, vedi Olfatto
- Onanismus coniugalis, 12
- Oppenheim, H., 126 n.
- Organon aristotelico, 252n.
- Orgasmo, 46 sg.
- Orvieto, 424 sg.
- Ossessione, termine, 121n.
- Ossessioni, 119, 121, 124, 126-29, 131, 137, 139-46, 385 sg., 414, 416; assurdità delle, 129, 140 sg., 314; autoaccusa, 300, 313-15, 317, 321, 326, 359, 386, 389; combinazione di, e altre nevrosi, vedi Nevrosi "miste"; combinazione di, e fobie, 146; compromesso tra fattori rimossi e fattori rimoventi, 305, 313-16; credito

- negato alle, 317; eredità simile nelle, 144; inattaccabilità delle, 315, 317 sg.; sostituzione della rappresentazione incompatibile, 127-29, 140, 142-45, 159, 385; termine, 137; traumatiche, 139; vere, 139-45
- Ossessivo(a-e-i): azioni, vedi Azioni ossessive; cerimoniale, 53; conservare, 53; follia, 36; nevrosi, vedi Ossessiva, nevrosi; pulizia, 20; rappresentazioni, 22, 36-41, 52-54, 64, 201; rimuginare, 14, 53
- P. J., signora, caso della, 45-48
- Padre: desiderio della morte del, 64; seduzione del bambino da parte del, 309n.
- Palpitazione, nelle nevrosi d'angoscia, 24 sg.
- Paralisi: cerebrale, 71-80, 84; dissociazione nella, 73-76, 82-84; ed emicrania, 43; isterica, 69, 71-84, 89-91, 114 sg., 380; organica, 69, 71-84; periferico-spinale, 71-75, 77, 81; progressiva, 290, 403; radiale, 73; studio comparato delle paralisi organiche e isteriche, 384
- Paralisi agitans, 181
- Paralisi di Bell, 72 sg.
- Paralisi progressiva, 153, 181
- Paralysie choréiforme (Duchenne), 108
- Paranoia, 5, 318-27, 389, 439; alterazione dell'io nella, 55, 66; autoaccusa nella, 37 sg., 56; modo di difesa, 36-41, 49, 54-56; proiezione nella, 38, 40 sg., 54-56; rimozione nella, 56
- Paranoica(o-e): delirio, 36-41, 55, 64; fantasie, 58, 63; mortificazione, 49
- Paraplegia, isterica, 355
- Parestesia, 155-57, 160, 175, 296, 354
- Parke, cocaina di, 370n.
- Parkinson, morbo di, 294; vedi anche Paralisi, agitans
- Parola, vedi Verbale
- Partenogenesi, 183
- Pascal, B., 139
- Paschkis, H., 331
- Passività, sessuale, 52, 56
- Patofobia, 143
- Paura: comprensibile, 248; della pazzia, 45, 47 sg.; di entrare in un negozio da sola, 253-56; di gravidanza, 19; di infezione, 27; di prostituzione, 58, 63; di un uomo sotto il letto, 59; notturna, 25; vedi anche Agorafobia; Claustrofobia; Fobie
- Pavor nocturnus, 157
- Pazienti, numero di, curati da Freud, 298, 300, 308, 340 sg., 406
- Pazzia, 291; paura della, 45, 47; vedi anche Psicosi
- Pedanteria, ossessiva, 317
- Pelizaeus, F., 383
- Pensiero: conoscitivo, 231 sg., 234-38, 262-65, 273-77, 280, 282 sg.; critico, 280, 283; osservante, 231n., 262 sg., 271; pratico, 231n., 236, 273-77, 279-82, 284; riproduttivo, 231n., 232-34, 236, 239, 277; teoretico, 231n., 280, 283
- Pensiero, processi di, 231-39, 250 sg., 256-58, 260, 262-67, 271-82; come difesa, 49 sg., 55, 279 sg.; inibiti dall'affetto, 257 sg., 272 sg., 277 sg.; inibiti dall'angoscia, 256 sg.
- Percezione: coscienza come funzione della, 214 sg.; e allucinazione, 224, 243; incompatibilità con la memoria, 205n.; meccanismo della, 214 sg., 223-27, 229-37, 240 sg., 259-78, 280-82; valore imitativo della, 237, 265; valore simpatetico della, 237
- Periodicità ed emicrania, 42
- Periodo del movimento neuronico, 215, 217-19
- Persecuzione, deliri di, 37, 39, 53, 64
- Personaggi reali, simbolo dei genitori, 64
- Perversione, 8; relazione tra, e nevrosi, 50en.; sessuale, 354 sg., 389
- Petromyzon, gangli spinali del, 366 sg.
- Piacere: ed esperienza primaria, 51 sg., 54; esperienza di, 217, 243; principio di, 217n.
- "Piccolo" attacco, vedi Isterico, attacco
- Pinel, P., 111en., 112
- Pitres, A., 109
- Poliomielite infantile, 72
- Polluzione, eccitamento in seguito a, 186 sg.; spontanea, 170, 172, 296, 387, 402
- Popoli primitivi, 82
- Prec, abbreviazione, 65n.
- Preconscio, sistema, 5, 63, 65en., 262n., 263n.
- Predisposizione, vedi Disposizione
- Pressione alla cervice, 25, 27 sg.
- Pressione, punti di, 175
- Pressione, tecnica della, 46-48, 320
- "Primi analitici" (Aristotele), 252n.
- "Primo Istituto pediatrico pubblico", 376 n., 378
- Processi di pensiero, vedi Pensiero, processi di
- Processi mentali inconsci: accesso ai, 360, 386; espulsione della rappresentazione incompatibile, 145; ipotesi circa i, 314; probabile natura fisica dei, 127 sg.; trasformazione di rappresentazioni incompatibili, 300
- Processo primario, 229-31, 237-43, 250-53, 256-58, 278 sg.
- Processo secondario, 229-31, 238, 246, 259
- Processo sessuale, meccanismo del, 150, 169 sg.

- Professione medica, atteggiamento della, verso i problemi sessuali, 178 sg., 397-400, 403, 409-11, 416 sg.
- Proiezione, 38, 40 sg., 55 sg., 326 n.; termine, 38 n., 326 n.
- Prostituzione: paura della, 58, 63; romanzo di, 63
- Proton pseudos, 252-58
- "Prova di realtà", 210 n., 230 n.
- Psichico(a-i): apparato, 218-20; e somatico, alienazione fra, 170-72, 178, 180, 183, 187, 296, 387; energia, vedi Energia, psichica; forze, azione opposta delle, 438 sg.; gruppi, 121 n., 125, 129; incapacità, 173, 175 sg., 190 sg., 342; intensità, vedi Intensità psichica; meccanismo, assente nelle fobie "tipiche", 131 n.; meccanismo, assente nelle nevrosi attuali, 131 sg., 146, 169, 175 sg., 178-80; meccanismo, dell'isteria, 87-100, processo, vedi Processo primario; Processo secondario; stato, di riposo, 186 n.; stimoli, reazione isterica agli, 356-58
- Psicoanalisi, 288; aspetto terapeutico della, 84; tecnica della, 274 n.; termine, 297 n., 307 n.; vedi Associazioni libere; Pressione, tecnica della
- Psicoastenia (Janet), 126 n.
- "Psicoastenici", sintomi, 131
- Psicologia, l'interesse di Freud dalla neurologia passa alla, vedi Neurologia, interesse di Freud
- Psiconevrosi, 40, 119, 150, 287 sg., 301, 389, 401-18; atteggiamento del profano verso la, 416 sg.; distinzione fra le, e le nevrosi "attuali", 137, 149, 400-04, 411-13; termine, 40 n., 301 n., 389 n., 401 n.; vedi anche Isteria; Nevrosi ossessiva
- Psicosi, 90, 358; allucinatoria, 121, 132 sg., 385; da difesa, irrompe nel decorso di una nevrosi, 133; da difesa, paranoica, 318; d'angoscia, 154 n.; da sopraffazione, 129; isterica, 40 sg.; rapporto con la nevrosi, 18; scissione della coscienza nella, 126 n.; vedi anche Mania; Ossessiva, follia; Paranoia
- Psicosi da sopraffazione, termine, 129 n.
- Ptosi corticale, 72
- Pubertà, 11, 15, 50, 237, 253-56
- Pulizia, ossessiva, 20
- Pulsione: termine, 21 n.; vedi anche Sessuale, pulsione
- Pudichi(e), angoscia dei, delle, 20, 22
- Punti di pressione, 175
- Punti isterogeni, 357 n.
- Punti nodali, 340; termine, 340 n.
- Qualità: dei processi normali, 259-61, 263-65, 269-73, 275-77, 280, 282-84; del dolore, 224 sg.; e segno di realtà, 230 sg.; nei sogni, 242-45; problema della, 213-18
- Quantità, 199, 201-46, 250-84; dell'energia interneurona, 199; vedi anche Intensità psichica
- Ragazze di servizio, fantasie intorno alle, 58 sg.
- Ragazze(i), stimolo sessuale prematuro, 51
- Ragusa, 421, 424, 426
- Ramón y Cajal, S., 71
- Ranvier, L., 366
- Rapporti sessuali: forme dannose di, 399, 409; incompleti, 186, 296; vedi anche Coitus interruptus; Coitus reservatus; Sessuale, potenza, diminuzione della
- Rappresentanza, significato del termine, 73 n.
- Rappresentazione, significato del termine, 82 n.
- Rappresentazioni: di contrasto, 13, 53, 57, 379, vedi anche Controvolontà; di frontiera, 57; erotiche, nei deliri isterici, 99; incompatibili, 123-29, 132 sg., 140, 142, 144 sg., 172, 308, 351, 353, 385 sg.; inconsce, nella paranoia, 320, vedi anche Ricordo, inconscio; rimosse, 129, 131, 313, 317, 324, 385 sg.; rimosse, assenza di, nelle fobie tipiche, 131 n., 159; sovraintense, 201, 247-50; verbali, vedi Verbali, immagini; vedi anche Associazione; Ossessioni
- Ratisbona, 47
- Realtà: Io, distacco dalla realtà, e fuga nella psicosi dell', 133 n.; "psichica" e "fattuale", 271 n.; segno di, 230-34, 236, 238 sg., 269-72, 275 sg., 280 sg.
- Regole logiche, 283
- Regressione, concetto di, 242 n., 243 n.; termine, 60 n.
- Reichenau, 25
- Reichert, K., 367
- Reissner, E., 366 sg.
- Repressione sessuale, 5
- Resistenza, 314, 320, 325, 427, 438 sg.
- Respirazione, disturbi della: negli attacchi d'angoscia, 157 sg., 175, 186; nella nevrosi d'angoscia, 296, 407
- Ricambio, alterazioni isteriche del, 114
- Ricordi di copertura, 434-53, 463; diverse classi di, 450-53, 453 n.
- Ricordo(i): carattere allucinatorio dei, 278-80; catena di, 435, 437, vedi anche Associazioni, catena di; come origine delle fantasie, 62, 64-66; con sviluppo di affetto, causa la scomparsa del sintomo, 96 sg., 380; dell'infanzia, 435-41, 451-53; domati, 277-80, 283; inconscio, 254, 297, 299 sg., 308-10, 351-53, 358, 381, 389, 413; meccanismo dei, 32, vedi Memoria, meccanismo; nitidissimo, 424 sg., 424 n., 430, 443 sg.; 446; patogeni, 99,

- 207-302, 308-10, 313-15, 317 sg., 320 sg., 323-25, 337-40, 343, 351-53, 357 sg., 381, 435; rimossi, 314 sg., 318, 320-23, 326 sg., 389, 446-51, vedi anche Ricordi, domati; Rimosso, ritorno del, usura dei, 97, 381; vivacità del, connesso con il ricordo rimosso, 424n., 424 sg., 429 sg., 440, 443 sg., 446; vivido nell'isteria, 96 sg., 99, 380; vivido, nelle ossessioni traumatiche, 139, 158 sg.; vedi anche Ricordi di copertura
- Rie, O., 378n.
- "Riflessione", 258
- Rimorso, ossessivo, 140 sg., 144
- Rimosso, ritorno del, 5, 51-56, 305, 313-17, 323-27, 389
- Rimozione, 125, 127, 172, 305, 307, 310, 313 sg., 322, 324-27, 351, 389, 426-28, 439 sg., 450-52; come esclusione dalla coscienza, 52 sg., 249-51; degli impulsi, 66; delle fantasie, 62 sg., 66; e nevrosi da difesa, 37 sg., 49-57, 64 sg., 249-52, 255 sg.; materiale infantile, parte del, nella, 421; momento in cui si verifica la, 55 sg., 252; nell'inconscio, 63, 66; origine sessuale della, 250, 252, 256; sessuale, 62; teoria della, 311n.; termine, 125n.; vedi anche Difesa
- Rimuginare: mania di, 160; ossessivo, 14, 53, 143, 316
- "Ritorno del rimosso": termine, 52n., 314 n.; vedi Rimosso, ritorno del
- Romanzo familiare, 63
- Sachs, B., 369n.
- Sacro, 66
- Salpêtrière, 71, 105-12, 384n.; "scuola della", 109, 115 sg.; visita di Freud alla, 91 sg., 103
- Scarica, neuronica, 201-04, 207, 211-17, 222-27, 229-38, 241-44, 256-60, 263-71, 278 sg., 284
- Scena primaria o scena sessuale, termine, 58n., 345n.
- Scene traumatiche, realtà delle, 345-47
- Schiller, F., 447n.
- Scholz, F., 370n.
- Scirocco, 43
- Sclerosi multipla, 107
- Scrupolosità, 52 sg.; sintomo primario di difesa, 313, 317, 326
- Seduzione, vedi Sessuale, seduzione
- Senilità, 23, 25
- Sessuale: anestesia, 7, 14, 19-21, 29, 32 sg.; astinenza, 20, 22 sg.; eccitamento, 18-27, 30-35, vedi anche Eccitamento, sessuale; emozione, 8 sg., 22, 46; esaurimento, 9-11; esperienza, vedi Esperienza sessuale; vedi anche Sessuale, seduzione; Sessuale, trauma; etiologia, vedi Etiologia, sessuale; etiologia, delle nevrosi, 7-30, 32, 42 sg., 45, 49-52, 56 sg., 151, 250-57; impotenza, 7 sg., 12 sg., 20, 23, 28, 33; libido, vedi Libido; moralità, 400; potenza, diminuzione della, 162, 164, 182, 354, 402; pulsione, 21, 202n., 255n., 395, vedi anche Libido; rapporto, normale, 12 sg., 15 sg., 22, 24, 240; rappresentazioni, vedi Rappresentazioni, incompatibili; scarica, 225, 254-57; seduzione, 11, 37, vedi anche Sessuale, esperienza; Sessuale, trauma; sostanza, 18, 43; tensione, 21-24, 54, 146, 170, 178, 180, 183, 187, 296; trauma, 7 sg., 12 sg., 15, 51, 253-56
- Sessualità: infantile, vedi Infantile, sessualità; schema della, 18, 30 sg.
- Sete, 21
- Sfiducia in sé stessi, 313; come sintomo primario di difesa, 326; ossessiva, 315
- Shakespeare, W., 65
- Sherrington, C. S., 206n.
- Sifilide, 15, 116, 183, 290, 390
- Signorelli, L., 424-28
- Simbolizzazione: dei sogni, 249n., 252 sg.; nella formazione dei sintomi isterici, 249 sg., 252-55; normale, 249; spostamento nella, 349n.; verbale, nei sintomi isterici, 95
- Simbolo: funghi come, 59; ragazze di servizio come, 58 sg.
- Simbolo mnestico, 125, 326, 334, 380, 389; termine, 125n.
- Sinapsi, 204n.
- Sintesi, psichica, deficienza della capacità di, nell'isteria (Janet), 122
- Sintomi: appagamento di desiderio nei, 65; associazione di rappresentazioni nella formazione dei, 254 sg.; compromesso tra fattori rimossi e fattori rimoventi, 305, 313-16, 325-27; di compromesso, 53, 55-57; di contrasto, 52; difensivi, 60; distorsione nella formazione dei, 55, 58; isterici, vedi Isterici, sintomi; meccanismo dei, 427 sg.; meccanismo dei, e dei ricordi di copertura, 447 sg., 451 sg.; paragonati ai sogni, 239, 244; "partecipazione al discorso", 323n.; primari, 51, 53-57; rimozione e formazione dei, 50-52, 61 sg.; secondari, 53, 56; sostituzione nella formazione dei, 38-41, 46, 52-54, 201; spostamento nella formazione dei, 52 sg.; vedi anche Fobie; Isterici, sintomi; Nevrastenia, sintomi; Nevrosi d'angoscia, sintomi; Ossessioni
- Sintomi di contrasto, 52
- Sintomi isterici, 37, 64, 75 sg., 90 sg., 95, 112-14, 145n., 334 sg., 342, 351-54, 389, 465; sovradeterminati, 356; vedi anche Abasia; Afasia; Allucinazioni; Amne-

- sia; Analgesia; Anestesia; Angoscia; Anorexia; Astasia; Contratture; Controvolontà; Convulsioni epilettoidi; Deliri; Depressione; Emianestesia; Eemicrania; Emiplegia; *Folie du doute*; Idea fissa; Insonnia; Iperestesia; Nevralgia; Olfatto; Palpitazione; Paralisi; Paraplegia; Parestesia; Spasmo clonico; Stanchezza; Tic; Tremore; Vertigine; Vista, disturbi della; Vomito
- Siringomielia, caso di, 372
- Sistema nervoso: preparazione anatomica del, 366 sg., 369; struttura del, 365-68, 368n.
- Società medica viennese, 87, 89n.
- Soddisfaccimento, esperienza di, 223 en., 224, 226 sg., 229, 236, 243, 250, 259, 267, 269, 283 sg.
- Sogni: appagamento di desiderio nei, 65, 243-45; assenza di scarica motoria, 240 sg.; carattere illogico dei, 242, 257; come formazioni psicopatologiche, 413 sg.; e coscienza, 242-46; e processi mentali inconsci, 244 sg.; e veglia, 241-45; fonte visiva dei, 58; natura allucinatoria dei, 242, 244 sg.; oblio nei, 242, 257; paragonati a fantasie, 60; paragonati a sintomi, 239, 244; paragonati a sintomi nevrotici, 239 sg., 245 sg.; qualità nei, 242-45; rappresentazione per mezzo del contrario nei, 449 sg.; simbolismo dei, 249n., 252; sonno e, 239-43; spostamento nei, 245, 250; vivezza dei, 243, 245
- Sogno: contenuto del, manifesto, 244; di nostalgia, 466; premonitore, 463, 465-67
- Sogno di E., di essere arrestato per l'omicidio di un bambino, 60; di Freud, dell' "iniezione a Irma", 243n., 245
- Somma di eccitamento: termine, 97n., 124 n., 134n.; vedi Eccitamento, somma d'
- Sommazione, neuronica, 221 sg., 226
- Sonno, disturbato, nell'isteria, 94; disturbato nella nevrosi d'angoscia, 155, 157, 296, 402, 407; sogno e, 239-43
- Sopraffazione dell'Io, 129 en.
- Sostituzione nella formazione dei sintomi, 38-41, 46, 52-54, 201
- Sovraccarica, 234, 161 sg., 265-69
- Sovradeterminazione: degli eventi psichici, 427; dei sintomi isterici, 356; delle nevrosi, 185
- Sovraffaticamento, 8, ...; intellettuale nell'etiologia delle nevrosi, 293 sg., 405 sg.; intellettuale, nell'etiologia delle nevrosi d'angoscia, 164, 167, 172, 180 sg., 388, 405 sg.
- Spasmo clonico, 44
- Spavento, nell'etiologia delle nevrosi, 168, 179-83, 335, 348
- Spiegazione meccanica e teoria dei neuroni, 210 sg., 227, 238, 259-61, 266-69, 272 sg.
- Spose novelle, angoscia delle, 162, 165, 171 sg.
- Spostamento, 252, 266-71, 277, 282; di affetto, 126-32, 134, 140-45; di ricordi, 324 sg., 439 sg.; nei sogni, 245, 250; nella formazione di sintomi, 52 sg.; nella simbolizzazione, 249 en.
- "Spugnette di Parigi", 59
- Stabilimenti termali, 416
- Stanchezza, 43
- Stati quantitativi di legame e liberi, 22, 32, 34, 238, 266 sg., 275 sg., 278 sg., 283 sg.
- Stato di desiderio, vedi Desiderio, stato di
- Status nervosi, 153, 155
- Stekel, W., 348 en.
- Sterilità, 15
- Stigma psichico, 122, 190, 334
- Stimolazioni percettive e stimolazioni endogene, 197
- Stimoli: base chimica degli, 226n.; e volontà, 222; endogeni (interni), 18, 21, 202 sg., 202n., 208-10, 220-27, 239 sg., 267 sg.; esogeni (esterni), 18, 202, 208-12, 215, 218 sg., 240; fuga dagli, 202 sg.; impoverimento degli, nella nevrosi, 30, 34 sg.; olfattivi, vedi Olfatto, senso dell'; vedi anche Impulsi, istintuali inconsci; Nutrizione, stimolo alla; Sessuale, stimolo
- Strachey, J., 69, 195
- Strümpell, A., von., 126 en., 379
- Subconscio, 83 sg.
- Sudorazione nella nevrosi d'angoscia, 156 sg., 186, 296
- Suggestione e ipnosi, 90 sg., 116, 414
- Suicidio, 427 n.
- Superstizione ossessiva, 316 sg.
- Suscettibilità dell'isterico, 357 sg.
- Syrski, S., 365
- Tabè, 107, 181, 290
- Terapia, vedi Ginecologico, trattamento; Kneipp, parroco; Pressione, tecnica della; Psicoanalisi, aspetto terapeutico della; Stabilimenti (termali); Terapia psicoanalitica; Weir Mitchell, trattamento di
- Terapia psicoanalitica, 92, 100, 131, 297 sg., 300, 307-10, 318, 320, 334-44, 346-48, 359 sg., 386, 390, 413-17, 428 sg., 441 sg., 459
- Terminologia: vedi alle rispettive voci (sotto voce Termine) la prima comparsa o altre osservazioni sui termini: Ammontare affettivo; Analisi; Angoscia morale; Appagamento di desiderio; Complesso; Conversione; Difesa; Facilitazione; Falso nesso; Incremento di eccitamento; Isteria

- da ritenzione; Investimento o carica; Libido; Nevrosi attuali; Nevrosi d'angoscia; Nevrosi ossessiva; Nevrosi semplice; Ossessione; Proiezione; Psicoanalisi; Psiconevrosi; Psicosi da sopraffazione; Pulsione; Punto nodale; Rappresentazione; Regressione; Rimozione; Ritorno del rimosso; Scena primaria o scena sessuale; Simbolo mnestico; Somma di eccitamento
- Terrori notturni, 25
- Thomsen, malattia di, 191, 291
- Tic, 93 sg., 379; convulsivo, 144
- Tifo, 405
- Titania (nel Sogno di una notte d'estate), 65
- Tossici, fattori, 43
- Tourette, G. de la, 289
- Trafoi (Bolzano), 427 en.
- Trauma: azione differita del, 255 sg., 255 n., 258; azione postuma di un, 299, 310 sg., 311 n., 338, 352 sg., 413; fisico, 90, 92 sg., 181, 293 sg.; psichico, 83 sg.; psichico, nell'etiologia dell'isteria, 87, 92-100, 125, 308, 380; rimosso, 288; sessuale, 7, 9, 12 sg., 15, 51, 197, 253-56, 306; sessuale precoce, 331, 395; sessuale specifico, 396; sommazione di, 168 en.; vedi anche Etiologia traumatica
- Tremore, nella nevrosi d'angoscia, 157, 180, 186, 296
- Trieste, 365 en.
- Turbe emotive nell'etiologia delle nevrosi, 293-95, 388, 405 sg., 412
- Türck, L., 108 en.
- Tubercolosi, 349; polmonare, 190
- Uomini: isteria negli, 56 sg.; nevrastenia negli, 8, 11-13, 15 sg.; nevrosi d'angoscia negli, 14 sg., 20; nevrosi ossessiva negli, 56; rimozione, 62
- Urgenza vitale, 202 sg., 206, 208
- Urinare, stimolo a: nell'isteria, 354; nella nevrosi d'angoscia, 160; ossessivo, 130 e n., 142
- Urogallo, 93 en.
- Usura del tempo, per i ricordi, 97, 381
- Vaiolo, 350
- Vedove, angoscia delle, 163, 172
- Verbale(i): associazione, vedi Associazione verbale; immagini, 263, 281, 284; simbolizzazione, nell'isteria, 95
- Vergogna, 50, 53; come sintomo primario di difesa, 313; ossessiva, 315, 321
- Vertigine, 157 sg., 160 sg., 164 sg., 186, 296, 402, 407
- Vertigine delle altezze, 14
- Viaggi, angoscia dei, 416
- Vienna, 429; Ospedale generale di, 110, 370 n.
- Virgilio, 448 en.
- Virginale, angoscia, 20, 22, 162, 171, 174, 176, 310 n.
- Vista, disturbi della, isterici, 91, 375
- Volontà: derivazione della, 222, 240 sg.; sforzo di, nelle neuropsicosi da difesa, 122-25, 127; vedi anche Controvolontà
- Vomito: nell'isteria, 94, 335, 337, 354; nelle nevrosi d'angoscia, 160
- Waldeyer, W., 196
- Weir Mitchell, trattamento di, 131 n.
- Weltweisen, Die (di Schiller), 447 n.
- Wernicke, K., 370, 377
- Werther (Goethe), 65
- Wörishofen, 406
- Young-Helmholtz, teoria di, 107
- Zona genitale, posizione della, disgusto, 50
- Zone isterogene, 95, 114, 357 n.
- Zurigo, 255 n.

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. | <p>Relazione sui miei viaggi di studio a Parigi e a Berlino. (1960)</p> <p>Prefazione alla traduzione delle "Lezioni sulle malattie del sistema nervoso" di J.-M. Charcot.</p> <p>Osservazione di un caso grave di emi-anestesia in un paziente isterico.</p> | <p>Bericht über meine Studienreise nach Paris und Berlin. (1960)</p> <p>Vorwort des Übersetzers zu "Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie" von J.-M. Charcot.</p> <p>Beobachtung einer hochgradigen Hemi-anästhesie bei einem hysterischen Manne.</p> |
| 1887. | <p>Due brevi recensioni (a Averbeck e a Weir Mitchell).</p> | <p>Referate: Averbeck und Weir Mitchell.</p> |
| 1888. | <p>Isteria. (In appendice: Isteroepilessia.)</p> | <p>Hysterie. - (Hysteroepilepsie.)</p> |
| 1888-92. | <p>Ipnatismo e suggestione.</p> <p>Prefazione alla traduzione di "Della suggestione" di Hippolyte Bernheim. (1888)</p> <p>Recensione a "L'ipnotismo" di August Forel. (1889)</p> <p>Trattamento psichico (trattamento dell'anima). (1890)</p> <p>Ipnosi. (1891)</p> <p>Un caso di guarigione ipnotica. (1892-93)</p> | <p>Hypnotismus und Suggestion:</p> <p>Vorrede des Übersetzers zu "Die Suggestion und ihre Heilwirkung" von Hippolyte Bernheim. (1888)</p> <p>Referat über "Der Hypnotismus" von August Forel. (1889)</p> <p>Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). (1890)</p> <p>Hypnose. (1891)</p> <p>Ein Fall von hypnotischer Heilung. (1892-93)</p> |
| 1892. | <p>Abbozzi per la "Comunicazione preliminare" [poi divenuta primo capitolo degli "Studi sull'isteria"]. (1940-41)</p> | <p>Beiträge zu "Vorläufige Mitteilung". (1940-41)</p> |
| 1892-94. | <p>Prefazione e note alla traduzione delle "Lezioni del martedì della Salpêtrière" di J.-M. Charcot.</p> | <p>Vorwort und Anmerkungen des Übersetzers zu "Poliklinische Vorträge" von J.-M. Charcot.</p> |
| 1892-95. | <p>Studi sull'isteria. (In collaborazione con Josef Breuer.) (1893-95)</p> | <p>Studien über Hysterie. (1893-95)</p> |

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)
1892. *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.
- Osessioni e fobie. (1895)* Obsessions et phobies. (1895)
- Legittimità di separare dalla nevra- stenia 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)

- 1903-04. *Noterelle nella "Neue freie Presse"*. Aufzeichnungen über "Neue freie Presse".
1904. *Recensione a "I fenomeni psichici di coazione" di Leopold Löwenfeld. Psicoterapia. (1905)* Referat über "Die psychischen Zwangserscheinungen" von Leopold Löwenfeld. 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)

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 köreből, írta 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 psychoanalytischen 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 più comune degradazione della vita amorosa. (1912)
 2. Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens. (1912)
 3. Il tabù della verginità. (1918)
 3. Das Tabu der Virginität. (1918)
1911. Precisazioni sui due principi 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)

- | | | |
|-------|--|---|
| | <i>Dinamica della traslazione.</i> (1912) | Zur Dynamik der Übertragung. (1912) |
| | <i>Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico.</i> (1912) | Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. (1912) |
| 1912. | <i>Modi tipici di ammalarsi nervosamente.</i> | Über neurotische Erkrankungstypen. |
| | <i>Contributi a una discussione sull'onanismo.</i> | Zur Einleitung der Onanie-Diskussion. Schlusswort. |
| | <i>Nota sull'inconscio in psicoanalisi.</i> | A Note on the Unconscious in Psychoanalysis. |

VOLUME 7: 1912-1914

- | | | |
|----------|---|--|
| 1912-13. | <i>Totem e tabù.</i> | Totem und Tabu. |
| 1913. | <i>Un sogno come mezzo di prova.</i> | Ein Traum als Beweismittel. |
| | <i>Prefazione a "Il metodo psicoanalitico" di Oskar Pfister.</i> | Geleitwort zu "Die psychoanalytische Methode" von Dr. Oskar Pfister, Zürich. |
| | <i>Prefazione alla traduzione di "Riti scatologici di tutti i popoli" di J.G. Bourke.</i> | Geleitwort zu "Der Unrat in Sitte, Brauch, Glauben und Gewohnheitsrecht der Völker" von John Gregory Bourke. |
| | <i>Prefazione a "I disturbi psichici della potenza virile" di Maxim. Steiner.</i> | Vorwort zu "Die psychischen Störungen der männlichen Potenz" von Dr. Maxim. Steiner. |
| | <i>Materiale fiabesco nei sogni.</i> | Märchenstoffe in Träumen. |
| | <i>Il motivo della scelta degli scrigni.</i> | Das Motiv der Kästchenwahl. |
| | <i>Le bugie di due bambine.</i> | Zwei Kinderlügen. |
| | <i>La disposizione alla nevrosi ossessiva.</i> | Die Disposition zur Zwangsneurose. |
| | <i>L'interesse per la psicoanalisi.</i> | Das Interesse an der Psychoanalyse. |
| | <i>Esperienze ed esempi tratti dalla pratica dell'analisi.</i> | Erfahrungen und Beispiele aus der analytischen Praxis. |
| | <i>Falso riconoscimento ("già raccontato") durante il lavoro psicoanalitico.</i> (1914) | Über fausse reconnaissance ("déjà raconté") während der psychoanalytischen Arbeit. (1914) |
| | <i>Il Mosè di Michelangelo.</i> (1914) | Der Moses des Michelangelo. (1914) |
| 1913-14. | <i>Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi:</i> | Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: |
| | 1. <i>Inizio del trattamento.</i> (1913) | 1. Zur Einleitung der Behandlung. (1913) |
| | 2. <i>Ricordare, ripetere e rielaborare.</i> (1914) | 2. <i>Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten.</i> (1914) |
| | 3. <i>Osservazioni sull'amore di traslazione.</i> (1915) | 3. <i>Bemerkungen über die Übertragungsliebe.</i> (1915) |
| 1914. | <i>Per la storia del movimento psicoanalitico.</i> | Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. |
| | <i>Introduzione al narcisismo.</i> | Zur Einführung des Narzissmus. |
| | <i>Psicologia del ginnasiale.</i> | Zur Psychologie des Gymnasiasten. |
| | <i>Dalla storia di una nevrosi infantile. (Caso clinico dell'uomo dei lupi.)</i> (1918) | Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. (1918) |

VOLUME 8: 1915-1917

- | | |
|--|---|
| <p>1915. Metapsicologia:
 <i>Pulsioni e loro destini.</i>
 <i>La rimozione.</i>
 <i>L'inconscio.</i>
 <i>Supplemento metapsicologico alla teoria del sogno. (1917)</i>
 <i>Lutto e melanconia. (1917)</i>
 <i>Considerazioni attuali sulla guerra e la morte.</i>
 <i>Lettera alla dottoressa Hermine von Hug-Hellmuth. (1919)</i>
 <i>Comunicazione di un caso di paranoia in contrasto con la teoria psicoanalitica.</i>
 <i>Caducità. (1916)</i>
 <i>Trasformazioni pulsionali, particolarmente dell'erotismo anale. (1917)</i></p> <p>1915-17. <i>Introduzione alla psicoanalisi. (1916-17)</i></p> <p>1916. <i>Parallelo mitologico con una rappresentazione ossessiva plastica.</i>
 <i>Una relazione fra un simbolo e un sintomo.</i>
 <i>Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico.</i>
 <i>Una difficoltà della psicoanalisi. (1917)</i></p> | <p>Metapsychologie:
 <i>Triebe und Triebchicksale.</i>
 <i>Die Verdrängung.</i>
 <i>Das Unbewusste.</i>
 <i>Metapsychologische Ergänzung zur Traumlehre. (1917)</i>
 <i>Trauer und Melancholie. (1917)</i>
 <i>Zeitgemässes über Krieg und Tod.</i>
 <i>Brief an Frau Dr. Hermine von Hug-Hellmuth. (1919)</i>
 <i>Mitteilung eines der psychoanalytischen Theorie widersprechenden Falles von Paranoia.</i>
 <i>Vergänglichkeit. (1916)</i>
 <i>Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik. (1917)</i>
 <i>Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. (1916-17)</i>
 <i>Mythologische Parallele zu einer plastischen Zwangsvorstellung.</i>
 <i>Eine Beziehung zwischen einem Symbol und einem Symptom.</i>
 <i>Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit.</i>
 <i>Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse. (1917)</i></p> |
|--|---|

VOLUME 9: 1917-1923

- | | |
|--|--|
| <p>1917. <i>Un ricordo d'infanzia tratto da "Poesia e verità" di Goethe.</i></p> <p>1918. <i>Vie della terapia psicoanalitica. (1919)</i>
 <i>Bisogna insegnare la psicoanalisi nell'università? (1919)</i></p> <p>1919. <i>"Un bambino viene picchiato".</i>
 <i>Introduzione al libro "Psicoanalisi delle nevrosi di guerra".</i>
 <i>Il perturbante.</i>
 <i>Prefazione a "Il rito religioso: studi psicoanalitici" di Theodor Reik.</i>
 <i>Pubblicazione e premiazione di lavori psicoanalitici.</i>

 <i>Necrologio di J. J. Putnam.</i>
 <i>Necrologio di Victor Tausk.</i></p> <p>1920. <i>Psicogenesi di un caso di omosessualità femminile.</i></p> | <p><i>Eine Kindheitserinnerung aus "Dichtung und Wahrheit".</i></p> <p><i>Wege der psychoanalytischen Therapie. (1919)</i>
 <i>Kell-e az egyetemen a psychoanalysis tanitani? (1919)</i>
 <i>"Ein Kind wird geschlagen".</i>
 <i>Einleitung zu "Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen".</i>
 <i>Das Unheimliche.</i>
 <i>Vorrede zu "Probleme der Religionspsychologie" von Dr. Theodor Reik.</i>
 <i>Internationaler Psychoanalytischer Verlag und Preiszuteilungen für psychoanalytische Arbeiten.</i>
 <i>James J. Putnam †.</i>
 <i>Victor Tausk †.</i>
 <i>Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität.</i></p> |
|--|--|

- 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".*

- Il tramonto del complesso edipico.*
La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi.
Le resistenze alla psicoanalisi. (1925)
Nota sul "notes magico". (1925)
Autobiografia. (1925)
Comunicazione del direttore sui mutamenti nella direzione della "Zeitschrift".
1925. *Alcune aggiunte d'insieme alla "Interpretazione dei sogni".*
Lettera al direttore del periodico "Jüdische Presszentrale Zürich".
In occasione dell'inaugurazione dell'Università ebraica.
Prefazione a "Gioventù travolta" di August Aichhorn.
Necrologio di Josef Breuer.
La negazione.
Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi.
Psicoanalisi. (1926)
Inibizione, sintomo e angoscia. (1926)
1926. *Necrologio di Karl Abraham.*
A Romain Rolland.
Premessa a un articolo di E. Pickworth Farrow.
- Discorso ai membri della Associazione B'nai B'rith.* (1941)
Il problema dell'analisi condotta da non medici.
Il dottor Reik e il problema dei guaritori empirici.
1927. *L'avvenire di un'illusione.*
Feticismo.
L'umorismo.
Un'esperienza religiosa. (1928)
Dostoevskij e il parricidio. (1928)
1929. *Il dottor Ernest Jones (per il cinquantesimo compleanno).*
Un sogno di Cartesio: lettera a Maxime Leroy.
Il disagio della civiltà. (1930)
- Der Untergang des Ödipuskomplexes.*
Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose.
Die Widerstände gegen die Psychoanalyse. (1925)
Notiz über den "Wunderblock". (1925)
Selbstdarstellung. (1925)
Mitteilung des Herausgebers.
- Einige Nachträge zum Ganzen der Traumdeutung.*
Brief an den Herausgeber der "Jüdischen Presszentrale Zürich".
To the Opening of the Hebrew University.
Geleitwort zu "Verwahrloste Jugend" von August Aichhorn.
Josef Breuer †.
Die Verneinung.
Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds.
Psycho-Analysis. (1926)
Hemmung, Symptom und Angst. (1926)
Karl Abraham †.
An Romain Rolland.
Bemerkung zu E. Pickworth Farrow's "Eine Kindheitserinnerung aus dem 6. Lebensmonat".
Ansprache an die Mitglieder des Vereins B'nai B'rith. (1941)
Die Frage der Laienanalyse.
Dr. Reik und die Kurpfuschereifrage.
Die Zukunft einer Illusion.
Fetischismus.
Der Humor.
Ein religiöses Erlebnis. (1928)
Dostojewski und die Vätertötung. (1928)
Dr. Ernest Jones (Zum 50. Geburtstag).
Brief an Maxime Leroy über einen Traum des Cartesius.
Das Unbehagen in der Kultur. (1930)

VOLUME 11: 1930-1938

1930. *Premio Goethe 1930.*
Prefazione a un numero speciale di "The Medical Review of Reviews".
- Goethe-Preis 1930.*
Geleitwort zu "The Medical Review of Reviews", vol. 36, 1930.

- 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 principi 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 Pribor.* Brief an den Bürgermeister der Stadt Pribor.
- 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 psychanalytique", von Marie Bonaparte.
- 1934-38. *L'uomo Mosè e la religione mono-teistica: 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 Psychoanalysis. (1941)
- Una parola sull'antisemitismo.* Ein Wort zum Antisemitismus.
- Antisemitismo in Inghilterra.* Anti-semitism in England.

**Stampato in Italia
dalla tipografia Gravinese
di Torino
Giugno 1982**

Volume di 517 pp., 10 figg.