

Sigmund Freud

## CONFERENZE SULLA PSICOANALISI

Freud tenne le cinque seguenti conferenze sulla psicoanalisi dal 6 al 10 settembre 1909 negli Stati Uniti, alla Clark University di Worcester (Boston)

### PRIMA CONFERENZA

Signore e signori, è per me un'esperienza nuova, direi quasi imbarazzante, tenere una conferenza davanti a un pubblico di studiosi del Nuovo Mondo.

Credo di dovere tale onore al fatto che il mio nome è associato al tema della psicoanalisi e, di conseguenza, è della psicoanalisi che vi parlerò. Cercherò, dunque, di darvi in forma succinta un panorama storico delle origini e dei successivi sviluppi di questo nuovo metodo di ricerca e di cura.

Posto che sia un merito l'aver creato la psicoanalisi, questo merito non è mio. Io ero solo uno studente, tutto preso a superare gli ultimi esami, quando un altro medico viennese, il dottor Joseph Breuer (1), applicò per la prima volta questo metodo al caso di una ragazza isterica (1880-1882). Dobbiamo perciò occuparci subito della storia e del trattamento di detto caso, che troverete descritto in dettaglio in *STUDI SULL'ISTERIA*, che Breuer e io pubblicammo in un secondo tempo (2).

Ma consentitemi prima un'osservazione. Ho notato con grande soddisfazione che la maggior parte degli ascoltatori non appartiene alla classe medica. Non preoccupatevi: per seguire la mia esposizione non occorre una preparazione medica specifica.

Anche se per un po' procederemo con i medici, ben presto li dovremo abbandonare, per seguire invece la strada del tutto personale indicata dal dottor Breuer.

La paziente del dottor Breuer era una ragazza ventunenne di notevole intelligenza che, nel corso della sua malattia durata due anni, aveva presentato una serie di disturbi fisici e mentali, i quali meritavano un'attenta considerazione. Essa soffriva di una grave paralisi con anestesia di entrambi gli arti di destra, che a volte interessava anche quelli del lato sinistro del corpo, di disturbi della motilità oculare, con notevole danno della vista, di difficoltà nella postura del corpo, di forte "tussis nervosa", di nausea ogni volta che cercava di alimentarsi e, una volta, di incapacità di bere, durata molte settimane, nonostante la sete tormentosa. Anche la sua capacità di linguaggio si era deteriorata, fino ad arrivare all'impossibilità di parlare e di capire la sua lingua madre; infine, la paziente andava soggetta a stati di "assenza", di confusione, di delirio, di alterazione dell'intera personalità. Su queste ultime condizioni dovremo in seguito fermare la nostra attenzione.

Sentendo parlare di un quadro del genere, non c'è bisogno di essere medici per orientarsi verso qualche grave lesione, probabilmente cerebrale, che lascia poche speranze di guarigione e che anzi condurrà rapidamente a morte la paziente. Tuttavia i dottori ci diranno che in una serie di casi, dai sintomi così sfavorevoli, è giustificata un'interpretazione diversa, molto più favorevole. Quando troviamo un quadro sintomatico, come quello descritto, in una ragazza i cui organi vitali (cuore, reni) risultano all'esame obiettivo perfettamente normali, ma che ha sofferto di intense turbe emotive, e quando i sintomi differiscono, per certi fini dettagli, da quanto ci si dovrebbe logicamente aspettare, allora, in un caso simile, i dottori non si mostrano eccessivamente preoccupati. Essi escludono che vi sia una lesione organica cerebrale, e propendono per quella misteriosa condizione, nota sin dall'epoca della medicina greca come isteria, che è in grado di simulare tutta una serie di sintomi di diverse malattie; in tal caso, la vita della paziente non corre alcun rischio, anzi è probabile che si verifichi una guarigione spontanea. La diagnosi differenziale tra una simile forma di isteria e una grave lesione organica non è sempre agevole.

Ma a noi non interessa sapere come si arrivi a tale diagnosi; potete essere certi che il caso della paziente di Breuer era di quelli che qualunque medico preparato poteva correttamente diagnosticare come isteria. A questo punto, possiamo anche aggiungere un'annotazione, tratta dalla storia clinica del caso.

Il disturbo della paziente era insorto mentre essa assisteva suo padre, da lei teneramente amato, nel corso di una malattia che lo portò alla morte, assistenza cui fu costretta a rinunciare dato che lei stessa si ammalò.

Finora ci è convenuto procedere di pari passo con i medici ma fra poco dovremo lasciarli. Non dovete infatti credere che, dato un qualche intervento medico, le prospettive per la paziente siano essenzialmente migliori se è stata diagnosticata un'isteria invece di un'affezione cerebrale organica. Se è vero che contro le gravi lesioni del cervello la scienza medica è quasi sempre impotente, è anche vero che nel caso di affezioni isteriche, il medico può fare poco o niente. Egli deve allora lasciare alla natura benigna della malattia il quando e il come si realizzerà la sua prognosi favorevole (3). Di conseguenza, una volta riconosciuto il quadro morboso come isterico, poco viene a cambiare per quanto riguarda la situazione del paziente, ma molto per quanto riguarda l'atteggiamento del medico. Possiamo infatti osservare che quest'ultimo si pone di fronte agli isterici in modo completamente diverso da quello in cui si pone di fronte ai pazienti affetti da malattie organiche. Egli non dedicherà agli isterici lo stesso interesse che ha per gli organici, dal momento che le sofferenze degli isterici sono molto meno gravi, e tuttavia esigono di essere considerate altrettanto seriamente. Ma c'è un altro motivo per tale atteggiamento. Il medico, che grazie ai suoi studi ha imparato tante cose ignote ai profani, può essersi fatto un'idea sulle cause e sulle alterazioni delle malattie cerebrali, per esempio nei pazienti affetti da apoplezia o da demenza, idea che, fino a un certo punto, può essere esatta dato che gli consente di comprendere la natura di ogni sintomo.

Ma di fronte al quadro peculiare dei sintomi isterici, tutta la scienza, tutta la sua preparazione di anatomo-fisiologo e di patologo, non lo soccorrono affatto. Egli non riesce a comprendere l'isteria: di fronte a essa, si trova nella stessa posizione del profano. Ora, per chi sia solito avere una grande opinione del proprio sapere, questo non è certo piacevole.

Chi soffre di isteria, perciò, tende a perdere le sue simpatie e viene considerato persona che osa trasgredire le leggi della sua scienza, proprio come un ortodosso può considerare gli eretici; ecco affibbiare agli isterici tutte le malvagità possibili, eccoli rimproverati per le loro esagerazioni e i loro inganni volontari, cioè per "simulazione"; eccoli puniti con la non concessione di alcun interesse per loro. Nessun appunto del genere può, ora, esser mosso al dottor Breuer; poiché egli dedicò alla sua paziente simpatia e interesse, anche se all'inizio non sapeva proprio come aiutarla. In questo Breuer fu forse agevolato dalle eccellenti doti di spirito e di carattere della paziente, come attesta la storia che egli ci dà del caso. Ad ogni modo, grazie alla sua affettuosa comprensione, egli trovò ben presto la strada che rese possibile un primo aiuto.

Si era notato che, quando cadeva nei suoi stati di "assenza" e di confusione psichica, la paziente soleva mormorare tra sé parecchie parole, che sembravano provenire da associazioni che occupavano i suoi pensieri.

Una volta afferrate queste parole, il medico mise la paziente in una specie di ipnosi e gliela ripeté in continuazione, in modo da far affiorare tutte le associazioni che potessero avere. La paziente si attenne alle istruzioni e fu in grado di riprodurre le creazioni psichiche che dominavano i suoi pensieri durante le "assenze" e che si tradivano nelle specifiche parole pronunciate.

Si trattava di fantasie, di una profonda tristezza, spesso di una bellezza poetica, sogni ad occhi aperti, potremmo definirle, che di solito prendevano lo spunto dalla situazione di una ragazza al capezzale del padre malato. Dopo aver riferito un certo numero di tali fantasie, la paziente era, per così dire, come liberata, e riportata alla sua vita psichica normale. Questo benessere soleva durare parecchie ore, per essere poi seguito, il giorno dopo, da una nuova "assenza" che poteva essere risolta allo stesso modo, col riferire cioè le fantasie più recenti.

Non ci si poteva sottrarre alla sensazione che l'alterazione psichica manifestata nell'"assenza" fosse una conseguenza delle eccitazioni provenienti da quelle immagini fantastiche dotate di intensa carica emotiva. La paziente stessa, che in quel periodo della malattia, cosa piuttosto strana, capiva e parlava solo l'inglese, battezzò questo nuovo tipo di trattamento col nome di "talking cure" (cura con le parole) e qualche volta lo chiamava scherzosamente "chimney sweeping" (spazzare il camino).

Ben presto il medico venne a scoprire che mediante tale "ripulitura" della psiche, si poteva realizzare qualcosa di più di una temporanea eliminazione dell'"offuscamento" mentale continuamente ricorrente. I sintomi della malattia cioè scomparivano allorché la paziente, sotto ipnosi, riusciva a ricordare in quale circostanza e con quali legami associativi essi si erano manifestati per la prima volta, a patto che venissero espresse le emozioni concomitanti.

"Si era d'estate, in un periodo di afa intensa, e la paziente aveva sofferto moltissimo la sete; sicché, senza ragioni plausibili, essa non era riuscita più a bere. Così, prendeva un bicchiere d'acqua, ma non appena lo portava alle labbra lo respingeva bruscamente come se fosse affetta da idrofobia.

Naturalmente, in quei brevi attimi, era in stato di "assenza". Per alleviare in qualche modo la sete che la torturava, la paziente mangiava solo frutta, meloni e roba del genere. Dopo circa sei settimane di un tale stato di cose, un giorno, mentre in ipnosi stava parlando della sua antipatica governante inglese, le uscì finalmente detto, con evidenti segni di ribrezzo, che una volta era entrata nella sua stanza e aveva visto il suo odioso cagnolino che beveva in un bicchiere. Per una forma di cortesia, la paziente non aveva detto nulla. Ora, dopo esser riuscita ad esprimere violentemente tutta la sua collera repressa, chiese di bere e trangugiò una grande quantità di acqua senza il minimo disturbo; si svegliò dall'ipnosi col bicchiere alle labbra. Da allora il sintomo scomparve definitivamente" (4).

Permettetemi di soffermarmi un momento su questa esperienza.

Mai nessuno, fino allora, aveva guarito un sintomo isterico con tali sistemi, né si era tanto avvicinato alla scoperta della sua causa. Una simile scoperta sarebbe stata particolarmente significativa, se fosse venuta a confermare l'ipotesi che anche gli altri sintomi, forse la maggior parte, fossero insorti nella paziente allo stesso modo e con lo stesso metodo potessero essere eliminati. Breuer non risparmiò fatica per convincersene e si mise a studiare la patogenesi degli altri sintomi più gravi, seguendo un piano più sistematico. Le cose stavano proprio così; quasi tutti i sintomi erano insorti esattamente allo stesso modo, come residui, come "precipitati" (se così si può dire) di esperienze effettivamente cariche, che, per tale motivo, denominammo in seguito "traumi psichici". La natura dei sintomi divenne chiara quando essi furono messi in rapporto con la scena che li aveva provocati. I sintomi erano cioè, tecnicamente parlando, "determinati" dalla scena, e ne rappresentavano le tracce mnestiche, per cui non potevano più essere descritti come attributi arbitrari o enigmatici della nevrosi.

Ma qui devo menzionare una sola variante: non sempre era un'esperienza unica a produrre il sintomo, ma di solito numerosi traumi ripetuti, forse molto simili, contribuivano a determinarlo.

Era necessario ripetere l'intera sequenza dei ricordi patogeni in ordine criminologico e, naturalmente, procedendo a ritroso, cioè gli ultimi per primi e i primi per ultimi. Era infatti impossibile risalire direttamente al primo, e spesso fondamentale, trauma, senza prima chiarificare quelli più recenti. Ora naturalmente, vi piacerebbe che io vi parlassi di altri esempi di produzione di sintomi isterici, oltre a quello dell'impossibilità di bere a causa del disgusto provocato dal cane che beveva nel bicchiere.

Ma, dovendo attenermi al programma, è giocoforza che mi limiti a pochissimi esempi. Breuer, per esempio, riferisce che i disturbi visivi della sua paziente si potevano far risalire a cause esterne, nel modo seguente: "La paziente, con gli occhi pieni di lacrime, era seduta al capezzale del padre malato, quando questi gli chiese improvvisamente l'ora. Lei non distingueva chiaramente, aguzzò gli occhi per vedere, avvicinò a sé l'orologio, col quadrante che appariva ingrandito (macropsia con strabismo convergente); oppure si sforzò al massimo di trattenere le lacrime affinché il malato non la vedesse piangere" (5). Del resto tutte le impressioni patogene risalivano al periodo in cui lei aveva prestato assistenza al padre malato.

"Una notte essa vegliava nella più grande ansia il malato che era in preda a una febbre altissima, tutta in tensione perché da Vienna doveva arrivare un chirurgo per operarlo. La madre era uscita, e Anna sedeva accanto al letto, col braccio destro penzolante lungo la spalliera della sedia. Cadde così in una 'rêverie', e vide un serpente nero come sbucare dalla parete e avvicinarsi al malato per morderlo. (E' molto probabile che la ragazza avesse visto realmente parecchi serpenti nel prato dietro casa e ne fosse rimasta spaventata, e che queste pregresse esperienze fornissero il materiale per l'allucinazione). Cercò di scacciare la bestia, ma sembrava paralizzata. Il braccio destro, che penzolava dietro la sedia, si era 'addormentato' diventando insensibile e paretico, e quando lei lo guardò, le dita si trasformarono in tanti serpentelli con teschi (le unghie). E' probabile che lei abbia cercato di allontanare il serpente con la mano destra paralizzata, così che l'anestesia e la paralisi dell'arto vennero ad associarsi con l'allucinazione del serpente.

Quando questa svanì, essa, in preda all'angoscia, cercò di parlare ma non vi riuscì. Non poteva esprimersi in nessuna lingua, finché non le vennero in mente le parole di una filastrocca inglese e da quel momento poté pensare e parlare solo in quella lingua" (6).

Allorché, in ipnosi, fu rivissuto il ricordo di questa scena, la paralisi del braccio destro, che esisteva fin dall'inizio della malattia, si risolse e il trattamento finì.

Quando, dopo qualche anno, io stesso cominciai ad applicare le indagini e la terapia di Breuer sui miei pazienti, mi accorsi che le mie esperienze coincidevano perfettamente con le sue. Ad esempio, nel caso di una donna sulla quarantina, si trattava di un tic, un caratteristico schiocco rumoroso, che si manifestava ogni volta

che la paziente si emozionava per qualche eccitazione, senza nessun apparente motivo. L'origine del tic risiedeva in due esperienze, il cui denominatore comune era il suo tentativo di non far rumore; ebbene, per una sorta di contro-volontà, proprio questo rumore veniva a rompere il silenzio. La prima volta era riuscita, a gran fatica, a fare addormentare il suo bambino ammalato, e si sforzava di restarsene nel più assoluto silenzio per non svegliarlo.

La seconda volta, mentre faceva una passeggiata in carrozza con i figlioli, scoppiò un temporale e i cavalli si imbezzarrirono, per cui lei evitò accuratamente di fare il minimo rumore per non spaventarli maggiormente (7). Ho voluto citarvi quest'esempio in luogo di molti altri che sono riportati in STUDI SULL'ISTERIA.

Signore e signori, se mi è permessa una generalizzazione, e ciò mi sembra indispensabile tenendo conto della sommaria presentazione, possiamo riassumere i risultati finora ottenuti nella formula: I NOSTRI PAZIENTI ISTERICI SOFFRONO DI REMINISCENZE. I loro sintomi sono i residui e i simboli mnestici di certe esperienze (traumatiche). Per comprendere meglio questo tipo di simbolismo può essere utile un paragone con altri simboli mnestici di origine diversa.

Le statue e i monumenti che abbelliscono le nostre grandi città sono in fondo simboli mnestici. Se fate una passeggiata per Londra, proprio di fronte a una delle più grandi stazioni ferroviarie della città, vi imbatterete in una colonna gotica ricca di fregi, la "Charing Cross". Uno degli antichi re Plantageneti, nel tredicesimo secolo, fece trasportare la salma della sua adorata moglie Eleonora a Westminster, e volle che si erigesse una croce gotica in ogni luogo dove la bara sostasse.

Charing Cross è appunto l'ultimo di questi monumenti che testimoniano il ricordo di quel triste viaggio (8).

In un altro punto della città si può vedere un'alta colonna, di costruzione più recente, chiamata semplicemente "il monumento".

Essa sta a ricordare il furioso incendio che divampò in quella zona nel 1666, e che distrusse gran parte della città.

Questi monumenti sono appunto simboli mnestici: e fin qui il paragone ci sembra giusto. Ma cosa pensereste di un londinese, oggi, che se ne stesse con aria triste davanti al monumento funebre della Regina Eleonora, invece di accudire ai suoi affari con quell'affaccendamento tipico della moderna condizione industriale o di spassarsela con la reginetta del suo cuore?

O di un altro, che davanti al "Monumento" gemesse sull'incendio della sua amata città, che da tempo è ormai ricostruita più splendente di prima? Ora, gli isterici e tutti i nevrotici si comportano proprio come questi due sprovveduti londinesi, non solo

perché ricordano le tristi esperienze di un passato ormai lontano, ma anche perché ne sono profondamente affetti. Essi non possono sottrarsi al passato e, per esso, trascurano la realtà del presente. Tale fissazione della vita psichica al trauma patogeno è una caratteristica essenziale, e in pratica la più significativa della nevrosi.

Accetterò ora volentieri l'obiezione che forse state formulando nel riflettere sulla storia della paziente di Breuer. Tutti i suoi traumi si produssero nel periodo in cui assisteva il padre malato, e quindi i suoi sintomi potevano benissimo considerarsi soltanto come simboli mnestici della malattia e della morte di lui. Essi corrispondevano cioè al lutto, e la fissazione al ricordo del defunto, a così breve distanza dalla sua scomparsa, non si può certo considerare patologica, ma corrisponde piuttosto a un normale comportamento emotivo.

Lo ammetto: nel caso della paziente di Breuer, la fissazione affettiva al trauma non è affatto anormale. Ma in altri casi, come quello del tic prima menzionato, le cui circostanze di insorgenza risalivano a dieci e quindici anni prima, la caratteristica di questo attaccamento al passato appare molto evidente, cosa che si sarebbe verificata anche per la paziente di Breuer se non fosse stata sottoposta al "trattamento catartico" a così breve distanza dalle esperienze traumatiche, e all'inizio della malattia. Fino adesso ci siamo limitati a chiarire il rapporto dei sintomi isterici con il passato biografico della paziente: ora, fermandoci a considerare due altri aspetti osservati da Breuer, possiamo ricavare qualche indicazione relativa ai meccanismi di insorgenza della malattia e a quelli della sua guarigione. Per quel che riguarda il primo, va particolarmente notato che in quasi tutte le situazioni patogene la paziente di Breuer doveva reprimere un'eccitazione intensa invece di esprimerla scaricandosi con parole e azioni appropriate. Nel piccolo incidente del cane della governante, essa represses, per una forma di educazione, tutte le manifestazioni del suo fortissimo ribrezzo. Quando, poi, era seduta al capezzale del padre malato, stava molto attenta a non lasciar trapelare il minimo segno della sua ansia e della sua penosa depressione. Quando, in seguito, riprodusse le stesse scene davanti al medico, le emozioni che erano state represses in quelle circostanze, esplosero con particolare violenza, come se nel frattempo fossero state imbottigliate. I sintomi che erano stati provocati dalle scene raggiunsero la massima intensità allorché il medico cercò di far rivivere il ricordo delle scene stesse, e sparirono dopo che esse furono completamente chiarificate.

D'altra parte l'esperienza mostra che se le scene traumatiche vengono riprodotte davanti al medico senza la concomitante espressione affettiva, il procedimento terapeutico non sortisce alcun effetto. Sembra dunque che proprio da questi processi affettivi dipendano sia la malattia che la guarigione del paziente. Possiamo a buon diritto considerare l'"affetto" come una "quantità" che può essere aumentata, derivata o spostata. Siamo perciò portati a concludere che la paziente si ammalò poiché agli affetti sviluppatasi nella situazione patogena fu preclusa una via d'uscita normale e che l'essenza della malattia risiede nel fatto che questi affetti "bloccati" vanno incontro a

una serie di trasformazioni abnormi. Una parte, cioè, si mantiene come un carico permanente e come fonte costante di disturbi della vita psichica; un'altra parte subisce una trasformazione in disturbi dell'innervazione corporea e in inibizioni, che rappresentano i sintomi fisici del soggetto. Per questo ultimo processo abbiamo coniato il termine di "conversione isterica". Del resto, una parte della nostra energia psichica, in condizioni normali, viene incanalata attraverso la innervazione somatica e realizza ciò che definiamo "l'espressione delle emozioni". Ora la conversione isterica esagera tale parte del deflusso di un processo psichico affettivamente carico; essa corrisponde a un'espressione emotiva di gran lunga più intensa, che trova uno sbocco in nuove vie.

Se un corso d'acqua scorre in due alvei, uno di essi traboccherà non appena la corrente nell'altro si imbatte in un ostacolo.

Come vedete, ci troviamo sulla strada giusta per arrivare a una teoria puramente psicologica dell'isteria, in cui il primo posto spetta ai processi affettivi. Ma un'altra osservazione di Breuer ci induce ad attribuire all'alterazione dello stato di coscienza una parte di rilievo nel determinare le caratteristiche della malattia.

La sua paziente, infatti, accanto alle condizioni psichiche normali, presentava diversi tipi di disturbi mentali, come stati di "assenza", di confusione e di alterazione del carattere. In condizioni di normalità era assolutamente ignara delle scene patogene e del loro rapporto con i sintomi, poiché o le aveva dimenticate o comunque le aveva dissociate dal loro nesso patologico. Quando si trovava sotto ipnosi, era possibile, anche se con molte difficoltà, far riaffiorare alla memoria dette scene, e con tale sistema di rievocazione i sintomi potevano essere liquidati. Ora, sarebbe stato veramente problematico riuscire a interpretare questo fatto, se non ci fossero venute in aiuto la pratica e gli esperimenti dell'ipnotismo.

Lo studio dei fenomeni ipnotici ci ha ormai familiarizzati con l'idea, per quanto strano possa apparire a prima vista, che in un unico individuo possono esistere vari raggruppamenti psichici, in grado di mantenersi relativamente indipendenti tra loro, di "ignorarsi" a vicenda, i quali possono provocare una "scissione" della personalità lungo linee da essi fissate.

Casi di questo genere, noti come "doppia personalità" ("doppia coscienza"), qualche volta si manifestano spontaneamente. Ora, se in una tale scissione della personalità la coscienza rimane legata permanentemente a uno dei due stati psichici, quest'ultimo viene denominato "stato psichico conscio", mentre l'altro prende il nome di stato psichico "inconscio". Un ottimo esempio per comprendere come lo stato inconscio possa influenzare quello conscio, benché quest'ultimo ignori completamente l'esistenza dell'altro, ci è offerto dal ben noto fenomeno della suggestione post-ipnotica, in cui un comando impartito sotto ipnosi viene eseguito successivamente in condizioni normali, quasi sotto un impulso imperioso.



Proprio allo stesso modo è possibile spiegare i fatti che si svolgono nei casi di isteria: Breuer giunse infatti alla conclusione che i sintomi isterici si sviluppavano in stati psichici particolari che egli chiamò "STATI IPNOIDI". Esperienze affettive che si verificano in tali stati ipnoidi diventano facilmente patogene, poiché esse non consentono la normale scarica degli affetti legati ai processi eccitativi.

Come risultato, si ha allora la insorgenza di quel prodotto specifico del processo di eccitazione che è il sintomo, sintomo che penetra come un corpo estraneo nello stato psichico normale.

Quest'ultimo dunque, non ha idea dell'importanza della condizione ipnoide patogena. Dove insorge un sintomo, là troviamo anche un'amnesia, una lacuna mnemonica, e per riempire questa lacuna bisogna eliminare appunto le condizioni che diedero origine ai sintomi stessi.

Giunti a questo punto, temo che questa parte della mia esposizione non vi sia sembrata troppo chiara, ma dovete tener presente che si tratta di ipotesi nuove e difficili, e che forse non possono venir rese con chiarezza maggiore. Tutto ciò sta a dimostrare che le nostre conoscenze in questo campo non sono ancora molto progredite.

Per di più la teoria di Breuer degli stati ipnoidi si è rivelata non solo superflua, ma addirittura di ostacolo a ulteriori ricerche, per cui è stata abbandonata dall'attuale concezione della psicoanalisi. Cercherò in seguito di accennarvi almeno quali altri influssi e quali altri processi sono stati scoperti oltre quello degli stati ipnoidi, che rappresentano per Breuer l'unico momento etiologico.

Avete forse avuto l'impressione, e giustamente, che le ricerche di Breuer non potevano fornirvi che una teoria molto incompleta e una spiegazione insufficiente dei fenomeni osservati. Ma le teorie esatte non ci cascano dal cielo, e a maggior ragione avreste diffidato di qualcuno che vi avesse presentato fin dall'inizio delle sue osservazioni una bella teoria a tutto tondo, senza la minima lacuna; una siffatta teoria potrebbe essere solo il prodotto di speculazioni personali e non il frutto di un'imparziale ricerca dei fatti.

NOTE:

il dottor Joseph Breuer, nato nel 1842, membro corrispondente della "Kaiserliche Akademie der Wissenschaften", noto per i suoi lavori sulla respirazione e sulla fisiologia del senso di equilibrio.

"Studi sull'isteria", 1895, Deuticke, Vienna. Seconda edizione 1909. Brani di miei contributi al volume sono stati tradotti in inglese dal dottor A. A. Brill di New York ("Selected papers on Hysteria and Other Psychoneuroses" di Sigmund Freud).

So che questo punto di vista oggi non è più valido, ma, nella conferenza, io e i miei ascoltatori ci riportiamo al periodo anteriore al 1880. Se da allora le cose sono cambiate, ciò è in gran parte dovuto a tutto il lavoro di cui ora sto tracciando la storia. "Studi sull'isteria", seconda edizione, p. 26.

Ibidem, p. 31.

Ibidem, p. 30.

Ibidem, pp. 43-46. Ho sotto gli occhi brani di questo libro con l'aggiunta di parecchi scritti successivi sull'isteria nella traduzione inglese del dottor A. A. Brill di New York. Il titolo è "Selected papers on Hysteria and Other Psychoneuroses", 1909.

O meglio una tarda imitazione di quel monumento. Secondo il dottor E. Jones lo stesso nome "Charing" deriverebbe dalle parole "chère reine".

## SECONDA CONFERENZA

Signore e signori, più o meno nello stesso periodo in cui Breuer applicava la "talking cure" alla sua paziente, a Parigi il maestro Charcot iniziava, sulle isteriche della Salpêtrière, quelle ricerche che dovevano portare a una nuova comprensione della malattia. I risultati non erano ancora conosciuti a Vienna. Ma quando, circa dieci anni dopo, Breuer e io pubblicammo la nostra comunicazione preliminare sui meccanismi psichici dei fenomeni isterici, così com'erano scaturiti dal metodo catartico impiegato sulla prima paziente di Breuer, eravamo entrambi ancora affascinati dagli esperimenti di Charcot.

Equiparammo così le esperienze patogene dei nostri pazienti, esperienze che agivano come traumi psichici, a quei traumi fisici cui Charcot attribuiva un ruolo determinante nella genesi delle paralisi isteriche; e la stessa ipotesi breueriana degli stati ipnoidi altro non era che una eco del fatto che Charcot era riuscito a riprodurre artificialmente sotto ipnosi tali paralisi traumatiche.

Ma il grande ricercatore francese, del quale io fui allievo negli anni 1885-86, non era per natura portato alla creazione di teorie psicologiche. Fu il suo allievo P. Janet il primo che tentò di penetrare più in profondità nei meccanismi psichici dell'isteria; e noi seguimmo il suo esempio allorché ponemmo come cardini della nostra teoria la scissione psichica e la dissociazione della personalità.

Janet ci presenta una teoria sull'isteria che si inquadra in quelle dottrine sull'eredità e sulla degenerazione, dominanti in Francia. Secondo la sua ipotesi, l'isteria è una forma di alterazione degenerativa del sistema nervoso che si manifesta sotto l'aspetto di una "debolezza" congenita delle funzioni psichiche di sintesi. L'isterico è costituzionalmente incapace di stabilire una correlazione e un'unificazione delle diverse manifestazioni psichiche: ne consegue una tendenza alla dissociazione psichica. Se mi concedete di farvi un esempio chiaro anche se banale, l'isterica di Janet mi fa venire in mente una donna debiluccia che, dopo aver fatto la spesa, se ne torna a casa carica di pacchi e pacchettini di ogni tipo. Non riuscendo a trattenere con

le due braccia e le dieci dita tutto quel mucchio di fagotti, ecco che ne fa cadere uno. Si china allora per raccoglierlo, ma un altro gli sfugge e così via. Ora, con questa presunta debolezza psichica degli isterici si accorda male il fatto che in questi pazienti, oltre al fenomeno della riduzione del rendimento, si possono osservare, a mo' di compensazione, esempi di un incremento parziale di alcune capacità. Così, quando la paziente di Breuer aveva dimenticato la sua lingua madre e tutte le altre che conosceva, tranne l'inglese, la padronanza di questa lingua raggiunse un grado tale che se le si presentava un libro in tedesco, lei ne poteva dare una traduzione scorrevole e perfetta a prima vista.

Quando, in seguito, mi accinsi a proseguire per conto mio le ricerche iniziate da Breuer, ben presto approdai a un'altra teoria sull'origine della dissociazione isterica (o scissione della coscienza). Era inevitabile che le mie teorie dovessero divergere ampiamente e in modo radicale, poiché, a differenza di Janet, io non partivo da ricerche di laboratorio bensì da tentativi di terapia. Ma soprattutto io ero spinto da necessità di ordine pratico.

Il metodo catartico, così come lo applicava Breuer, supponeva che il paziente fosse messo in ipnosi profonda, dato che solo in ipnosi si potevano scoprire le sue associazioni patogene, di cui egli in condizioni normali non era cosciente. Ora, ben presto presi in antipatia l'ipnosi, che consideravo un sussidio immaginoso e, direi quasi, un po' mistico; e quando mi resi conto che, malgrado tutti miei sforzi, non riuscivo a ipnotizzare in alcun modo nessuno dei miei pazienti, indirizzai tutti i miei sforzi a lavorare con loro in stato normale, anche se ciò poteva sembrare a prima vista un'impresa insensata e inutile.

Il problema era: scoprire nel paziente qualcosa che né il medico né lui stesso conoscevano. Ma come si poteva sperare che un metodo simile funzionasse? A questo punto mi venne in aiuto il ricordo di un interessante e istruttivo procedimento che avevo osservato nella clinica di Bernheim a Nancy. Bernheim ci aveva dimostrato che individui messi in uno stato di sonnambulismo ipnotico e sottoposti a ogni genere di esperimento, avevano solo apparentemente perduto il ricordo di questi esperimenti sonnambulici, tant'è vero che il loro ricordo poteva essere risvegliato perfino in stato di normalità. Quando egli li interrogava sulle esperienze provate nello stato sonnambulico, lì per lì i soggetti dicevano di non ricordare nulla, ma se Bernheim insisteva, incalzava, affermava che essi invece "sapevano", ecco che i ricordi dimenticati riaffioravano immancabilmente. Ebbene, con i miei pazienti adoperai questo sistema.

Quando, nel corso del trattamento, si era raggiunto un punto in cui essi dichiaravano di non sapere più nulla, io solevo assicurarli che invece sapevano, che dovevano solo tirarlo fuori, e arrischiavo perfino di affermare che il ricordo che sarebbe emerso, nel momento in cui posavo la mano sulla fronte del paziente, era proprio quello che cercavamo.

In tal modo, senza ricorrere all'ipnosi, riuscii a sapere dal paziente tutto quanto occorre per la creazione dei legami associativi tra le scene patologiche dimenticate e i sintomi che ne erano residuati. Certo si trattava di un procedimento complicato e alla lunga estenuante, e per di più non si prestava a una tecnica precisa. Ma io non mi arresi finché non trassi conclusioni definitive dai dati che avevo ottenuto. Intanto avevo assodato che i ricordi dimenticati non erano affatto perduti. Essi erano patrimonio del paziente, pronti a riemergere e a formare associazioni con altri contenuti psichici, ma che una forza indeterminata impediva di diventare consci, per cui erano costretti a rimanere nell'inconscio. Che tale forza esistesse, si poteva arguire sicuramente, poiché quando si cercava di riportare i ricordi inconsci nella coscienza del paziente, opponendosi in tal modo a detta forza, si aveva la sensazione che il soggetto doveva fare un notevole sforzo per cercare di superarla. Si poteva avere un'idea di questa forza, responsabile del mantenimento della situazione patologica, dalla resistenza del paziente.

Ora, è su questo concetto di RESISTENZA che io ho basato la mia teoria dei processi psichici nell'isteria. Abbiamo visto che per guarire il paziente era necessario superare questa forza. Ora, prendendo come punto di partenza il meccanismo della guarigione, eravamo in grado di costruire una teoria abbastanza ben definita.

E cioè che le forze che attualmente si opponevano, sotto forma di resistenze, al riemergere nella coscienza delle idee dimenticate, erano le stesse che avevano provocato l'oblio, rimuovendo dalla coscienza le esperienze patologiche. Ho denominato questo ipotetico meccanismo "rimozione", e ritengo che sia provato dall'esistenza innegabile della resistenza.

Ma a questo punto, sorge una domanda: quali erano le forze e quali le condizioni che provocavano questa rimozione, in cui si poteva riconoscere il meccanismo patogenetico dell'isteria? Uno studio comparato delle situazioni patologiche, come si rivelano tramite il metodo catartico, ci consente di rispondere alla domanda. In tutte quelle esperienze era accaduto che venisse suscitato un desiderio il quale si trovava in netto contrasto con tutti gli altri desideri dell'individuo, e si dimostrava incompatibile con le esigenze etiche, estetiche e soggettive della personalità del paziente. Ci doveva essere stato un breve conflitto, e la conclusione di questa lotta interiore era appunto la rimozione dell'idea che si presentava alla coscienza come vettrice del desiderio incompatibile. Una volta avvenuta la rimozione dalla coscienza, si stabiliva l'oblio. L'incompatibilità della rappresentazione ideativa con l'Io del paziente costituiva dunque il motivo della rimozione; le componenti etiche e le altre esigenze dell'individuo erano le forze rimoventi. La presenza del desiderio inaccettabile, o la durata stessa del conflitto, avrebbero dunque indotto uno stato di intensa sofferenza psichica; tale sofferenza era appunto evitata dalla rimozione. In tal caso, un simile processo viene evidentemente a costituirsi come un meccanismo di difesa della personalità.

Vorrei astenermi dal fornirvi molti esempi, ma vi descriverò solo la storia di un caso, in cui la genesi e l'utilità dei meccanismi di rimozione si evidenziano con sufficiente chiarezza. Sarò costretto a presentarvi la storia in forma succinta, omettendo molte interessanti considerazioni teoriche.

Si trattava di una ragazza, profondamente attaccata al padre, morto poco tempo prima e che lei aveva assistito (situazione analoga a quella della paziente di Breuer). Dopo il matrimonio della sorella maggiore, cominciò a provare una particolare simpatia per il cognato, simpatia che veniva interpretata come normale affettuosità familiare. Ora, mentre la paziente e la madre erano assenti, la sorella, improvvisamente si ammalò e morì. Le due donne vennero urgentemente richiamate, senza che però venisse rivelata completamente la dolorosa circostanza.

Mentre la ragazza si trovava accanto al letto della sorella morta, per un attimo le balenò in mente un'idea, che potrebbe essere così espressa a parole: "Ora è libero e mi può sposare".

Possiamo senz'altro pensare che questa idea, proprio perché svelava alla sua coscienza il grande amore per il cognato, amore che non era mai stato coscientemente avvertito, fu immediatamente consegnata alla rimozione dalla rivolta dei suoi sentimenti. La ragazza si ammalò con gravi sintomi di isterismo e, quando mi accinsi a trattarla, sembrava che avesse completamente dimenticato la scena al capezzale della sorella e il desiderio egoistico e innaturale che era insorto. Nel corso della terapia ricordò tutto, riproducendo il momento patogeno con tutte le manifestazioni di un'intensa emozione, e così il trattamento la guarì (1).

Ma credo di potervi dare un'idea più concreta del meccanismo di rimozione e dei suoi inevitabili rapporti con la resistenza del paziente, ricorrendo a un esempio più spicciolo, tratto dalla situazione in cui appunto ci troviamo.

Supponete che qui, in questa sala e in questo uditorio, per la cui esemplare attenzione e compostezza la lode non sarà mai adeguata, vi sia un individuo che arrechi disturbo e, ridendo maleducatamente, vociando, strisciando i piedi, distraiga l'attenzione dal mio compito. Io vi comunico che, in queste condizioni, non posso procedere con la conferenza e allora, fra voi, si alzano parecchie persone robuste e, dopo una breve colluttazione, espellono dalla sala il perturbatore della quiete.

Costui è ora "rimosso" e io posso riprendere la conferenza. Ma, affinché il disturbo non si ripeta, nel caso cioè che l'individuo appena espulso cercasse di rientrare a forza nella sala, i signori che hanno raccolto il mio invito, mettono le loro sedie contro la porta e lì si piazzano come una "resistenza" che mantenga la rimozione.

Ora, se trasferite alla psiche i due ambienti, chiamando l'interno di questa stanza "conscio" e l'esterno "inconscio", avrete un esempio abbastanza eloquente del meccanismo di rimozione. Ecco che siamo così in grado di cogliere la differenza tra la nostra teoria e quella di Janet.

E cioè noi non facciamo derivare la scissione psichica da una mancanza congenita dell'apparato psichico a operare la sintesi delle esperienze, ma la spieghiamo dinamicamente con un conflitto di forze psichiche opposte, e vi ravvisiamo il risultato di una lotta attiva tra ogni complesso psichico.

Dalla nostra teoria scaturiscono immediatamente numerosi e nuovi problemi. La situazione di conflitto psichico è molto frequente; un tentativo dell'Io di difendersi da ricordi penosi è di osservazione comune, pur tuttavia non ne risulta una dissociazione psichica. Non possiamo quindi evitare l'assunto che affinché un conflitto sfoci in dissociazioni occorrono altre condizioni.

Ammetto senz'altro che con l'ipotesi della "rimozione" noi ci situiamo non alla fine ma addirittura all'inizio di una teoria psicologica. Ma possiamo procedere solo facendo un passo alla volta; esaurire le nostre conoscenze richiede ulteriore e più completo lavoro. Ora, non cercate di inquadrare il caso della paziente di Breuer nella teoria della rimozione: la sua storia mal si presta a tale inquadramento poiché fu ottenuta con l'aiuto dell'influsso ipnotico. Solo quando è esclusa l'ipnosi, sarete in grado di vedere le resistenze e le rimozioni, e di farvi un'idea precisa del meccanismo patogeno.

L'ipnosi infatti nasconde le resistenze, rendendo così accessibile una certa porzione di territorio psichico; ma, tramite lo stesso meccanismo, le resistenze situate ai confini di detto territorio, si stringono a formare un baluardo che rende inaccessibile tutto quanto è al di là di esso. La lezione più preziosa che abbiamo appreso dalle osservazioni di Breuer sono le sue conclusioni circa il rapporto dei sintomi con le esperienze patologiche o traumi psichici e non dobbiamo trascurare un'adeguata valutazione di questo risultato dal punto di vista della teoria della rimozione.

Certo, lì per lì, non ci appare chiaro come dalla rimozione si arrivi alla formazione dei sintomi. Invece di presentarvi una complicata discussione teorica preferisco a questo punto ritornare sull'esempio che ho fatto per illustrare la rimozione. Badate bene che con l'espulsione del disturbatore e con l'installazione dei sorveglianti alla porta, non è detto che la faccenda si sia risolta. Può succedere che l'espulso, furioso e incurante delle conseguenze, ci dia ancora filo da torcere.

D'accordo, egli non è più in mezzo a noi, noi ci siamo liberati della sua presenza, del suo riso sprezzante, delle sue critiche borbottate, eppure, per un certo verso, la rimozione è fallita perché quello fuori fa un baccano d'inferno, anzi con le sue urla e il suo tempestare di pugni la porta, disturba più di prima la mia conferenza. In questo

frangente sarebbe accolto entusiasticamente l'eventuale intervento del nostro onorevole rettore, Stanley Hall, nelle vesti di paciere e di mediatore. Egli parlerebbe fuori con quell'agitato e quindi si rivolgerebbe a noi pregando di riammetterlo dietro sua promessa di comportarsi più decorosamente.

Data l'autorità del dottor Hall, decidiamo di interrompere la rimozione ed ecco di nuovo la pace e la tranquillità. Ci sembra di aver dato così una discreta illustrazione del compito che spetta al medico nella terapia psicoanalitica delle nevrosi. Per dirla più esplicitamente: lavorando con pazienti isterici e altri nevrotici, siamo arrivati alla conclusione che essi non sono riusciti a rimuovere completamente l'idea cui è legato il desiderio incompatibile. E' vero che essi l'hanno estromessa dalla coscienza e dalla memoria, risparmiandosi, apparentemente, una bella dose di sofferenza psichica, MA NELL'INCONSCIO IL DESIDERIO RIMOSSO CONTINUA A ESISTERE, aspettando solo un'occasione per riattivarsi, e alla fine riesce a inviare alla coscienza, invece dell'idea rimossa, una formazione sostitutiva, deformata e irriconoscibile, a cui si legano quelle stesse sensazioni spiacevoli che il paziente credeva di aver liquidato per mezzo della rimozione.

Questo "sostituto" dell'idea rimossa - il sintomo - è al riparo da ogni ulteriore attacco da parte delle difese dell'Io e invece di un conflitto acuto si stabilisce una sofferenza durevole. Noi possiamo rintracciare nel sintomo, oltre ai segni della trasformazione, certe analogie residue con l'idea originariamente rimossa; durante il trattamento psicoanalitico del paziente è possibile scoprire il modo con cui è stata costruita la forma sostitutiva; e per la guarigione del paziente è necessario che il sintomo sia ricondotto, per la stessa strada, all'idea rimossa. Se questo materiale rimosso viene reintegrato nelle funzioni psichiche coscienti - un processo, questo, che presuppone il superamento di notevoli resistenze - il conflitto psichico che ne scaturisce, quello stesso che il paziente desiderava evitare, può essere, con la guida del medico, risolto più felicemente che non ricorrendo alla rimozione.

Esistono varie modalità di soluzione che pongono brillantemente fine al conflitto e alla nevrosi; in casi particolari si può tentare di applicarne parecchie contemporaneamente. A questo punto o si può convincere il paziente di aver sbagliato a rifiutare il desiderio patogeno, che viene fatto accettare, in tutto o in parte; o si dirige il desiderio stesso verso uno scopo più elevato, esente da qualsiasi censura, per mezzo della cosiddetta sublimazione; o ancora si riconosce che il rifiuto era giustamente motivato, e il meccanismo automatico - e quindi insufficiente - della rimozione viene rinforzato dalle facoltà psichiche più elevate dell'uomo; in tal caso il paziente riesce a dominare i suoi desideri col pensiero cosciente.

E ora perdonatemi se non sono riuscito a presentarvi in modo più chiaro questi principali aspetti del trattamento oggi noto come "psicoanalisi"; il fatto è che le difficoltà non risiedono solo nella novità dell'argomento. Forniremo in seguito altri dettagli sulla natura dei desideri incompatibili, che riescono a esercitare il loro

influsso dall'inconscio, nonostante la rimozione, e sul problema dei fattori soggettivi e costituzionali che intervengono nel fallimento della rimozione, per cui si vengono a creare le trasformazioni sostitutive o sintomi.

NOTE:

Questo caso è stato tradotto dal dottor Brill in "Selected papers on Hysteria...", pp. 31-40.

### TERZA CONFERENZA

Signore e signori, non è sempre facile dire la verità, specialmente quando si deve essere brevi, e così oggi devo correggere un'affermazione inesatta che ho fatto nella conferenza precedente.

Vi ho già detto come, una volta abbandonata l'ipnosi, io esortassi i pazienti a riferirmi tutto ciò che veniva loro in mente in rapporto al problema su cui stavamo lavorando, dicendo loro che avrebbero ricordato ciò che sembrava avessero dimenticato e che l'idea che affiorava nella coscienza avrebbe certamente contenuto il ricordo che stavamo cercando. Ho inoltre affermato di aver dimostrato che la prima idea dei pazienti contenesse l'indicazione esatta, dimostrando così di essere la propaggine dimenticata del ricordo.

In effetti, le cose non stanno così; io ho dovuto semplificarle al massimo per ragioni di brevità. Infatti solo le prime volte soleva accadere che il vero materiale dimenticato emergesse semplicemente grazie alle insistenze da parte mia. Se si proseguiva l'esperienza, emergevano sì idee, ma non erano quelle pertinenti, non servivano ai nostri fini, e gli stessi pazienti le respingevano come inesatte. In tal caso, insistere non serviva a niente e quasi ci si pentiva di aver abbandonato l'ipnosi. In queste condizioni di perplessità, io mi aggrappai allora a un pregiudizio, che in seguito l'amico C. G. Jung dell'Università di Zurigo e i suoi allievi dimostrarono possedere un fondamento scientifico. Devo confessare che avere pregiudizi spesso si dimostra cosa molto utile. Io avevo attribuito grande importanza al rigoroso determinismo dei processi psichici e non potevo ammettere che una qualche idea che si presentasse al paziente in uno stato di attenzione concentrata, potesse essere del tutto arbitraria e priva di ogni rapporto con l'idea dimenticata che stavamo cercando. Che poi essa non fosse proprio identica, può essere soddisfacentemente spiegato con la condizione psicologica ipotizzata. Nei pazienti che io trattavo, esistevano due forze contrastanti: da una parte lo sforzo cosciente di richiamare nella coscienza l'esperienza dimenticata rimasta nell'inconscio; dall'altra la nota resistenza che si opponeva all'affiorare dell'idea rimossa o delle sue associazioni nella coscienza. Se tale resistenza era nulla o molto leggera, il materiale dimenticato poteva diventare conscio senza deformazioni. Era dunque lecito supporre che la deformazione era tanto più completa quanto più grande era la resistenza all'affiorare dell'idea. Di



conseguenza, i pensieri che affioravano alla coscienza del paziente in luogo delle idee cercate erano costituite esattamente come sintomi; erano cioè formazioni sostitutive, nuove, artificiali, effimere, delle idee rimosse, e ne differivano, esattamente nella misura in cui erano state più o meno deformate ad opera delle resistenze. Per la loro natura di sintomi, tali formazioni sostitutive devono comunque presentare una certa analogia con le idee che formano l'oggetto della nostra ricerca; e quando la resistenza non è eccessiva, è possibile scoprire, in base alla natura di queste idee affioranti, l'elemento nascosto.

Si tratta cioè di una specie di allusione che si riferisce all'idea rimossa, come una rappresentazione della stessa cosa, in termini INDIRETTI.

In psicologia normale, ci sono noti casi in cui situazioni analoghe a quelle da noi presunte danno origine a esperienze simili, come avviene, ad esempio, per il motto di spirito. Nel mio studio della tecnica psicoanalitica sono stato costretto a occuparmi del problema della natura del motto di spirito. Ve ne darò un esempio, raccontandovi una storiella, che circolò per prima in Inghilterra (1).

Dice l'aneddoto: due uomini d'affari privi di scrupoli, che per certe fortunate speculazioni erano riusciti ad accumulare un'ingente ricchezza, cercavano in tutti i modi di entrare nell'alta società. Fra i vari mezzi escogitati, pensarono fosse molto opportuno farsi ritrarre dal più famoso (e caro) pittore della città, un artista i cui dipinti venivano salutati come avvenimenti. Le preziose tele vennero dunque esposte per la prima volta in una serata di gala e i padroni di casa pilotarono il più autorevole critico d'arte verso la parete del salone dove erano appesi i ritratti, perché esprimesse il suo lusinghiero parere. Il critico osservò a lungo, si guardò intorno come se cercasse qualcosa, finché indicando lo spazio vuoto fra i due quadri, chiese: "E Gesù dove sta?" ("And where is the Saviour?").

Vedo che ve la ridete tutti a questo esempio di motto di spirito; ora cercheremo di analizzarlo. E' chiaro che il critico intendeva dire: "Siete una bella coppia di ladroni, come quelli fra i quali fu crocefisso Gesù". Ma egli non dice proprio così, e si esprime invece in un modo che lì per lì non sembrava né pertinente, né riferibile in qualche modo al soggetto in discussione, ma che, subito dopo, noi riconosciamo come una ALLUSIONE all'insolenza che aveva in mente, e quindi come una perfetta formazione sostitutiva.

Ora, nel caso del motto di spirito, noi non possiamo pretendere di trovare tutti quei rapporti che la nostra teoria presume all'origine delle idee affioranti nei nostri pazienti, ma io desideravo sottolineare l'importanza dell'identità dei motivi presenti nel motto di spirito e nell'idea che affiora di improvviso. Come mai il critico non dice direttamente ciò che ha da dire ai due manigoldi? Perché, accanto al desiderio di parlare francamente, agiscono in lui potenti motivi contrastanti. Potrebbe intanto essere pericoloso offendere persone di cui si è ospiti e che potrebbero chiamare in

aiuto robusti domestici. Si potrebbe fare cioè la stessa fine dell'intruso che ho citato nella precedente conferenza per spiegarvi la rimozione. Per tale motivo, il critico non pronuncia direttamente la sua frase offensiva, ma in modo deformato, come "un'allusione con omissione". Lo stesso meccanismo entra in gioco, secondo l'ipotesi che avanziamo, quando il nostro paziente presenta l'idea affiorante come formazione sostitutiva dell'idea dimenticata che stiamo cercando.

Signore e signori, ci sembra molto utile, a questo punto, sulla scia della scuola di Zurigo (Bleuler, Jung e altri) designare come "complesso" un gruppo di idee tra loro collegate e dotate della stessa carica affettiva. Possiamo dunque affermare che quando noi partiamo dai ricordi più recenti del paziente alla ricerca di un complesso rimosso, con tutta probabilità riusciremo a scoprirlo, a patto che il paziente ci comunichi un numero sufficiente di idee così come gli vengono in mente (2). Perciò noi lasciamo parlare liberamente il paziente su qualsiasi argomento, attenendoci appunto all'ipotesi che niente gli verrà in mente che non abbia un qualche rapporto indiretto con il complesso che cerchiamo. E se questo metodo per scoprire i complessi rimossi vi sembra troppo elaborato, permettetemi almeno che vi assicuri che è l'unico che abbiamo a disposizione. Adoperando tale tecnica, possiamo però ancora essere disturbati dal fatto che spesso il paziente si ferma, si trova cioè a un punto morto, ed è convinto di non aver più niente da dire: niente infatti gli viene in mente.

Se le cose stessero realmente così e il paziente avesse ragione, il nostro metodo si dimostrerebbe ancora una volta inapplicabile.

Ma da una indagine più acuta si scopre che una simile mancanza di idee in realtà non si verifica mai, e che invece essa compare solo quando il paziente, per effetto della resistenza - mascherata come giudizio critico della validità dell'idea che gli è venuta in mente - non la comunica o la respinge. Si può risparmiare al paziente questo inconveniente mettendolo preventivamente in guardia, e consigliandolo di non tenere assolutamente conto del suo atteggiamento critico. Abbandonando completamente ogni selezione critica, egli deve dire tutto ciò che gli viene in mente, anche se lo considera non essenziale, non pertinente, o addirittura privo di senso; a maggior ragione quando si tratta di un'idea su cui è spiacevole soffermarsi. Se vengono seguite queste istruzioni, saremo in grado di assicurarci il materiale che ci condurrà sulla strada del complesso rimosso. Queste idee affioranti alla coscienza, che il paziente ritiene di scarsa importanza, quando si trovi sotto l'influsso della resistenza e non sotto quello del medico, sono per lo psicologo come un minerale che, con il semplice metodo dell'interpretazione, egli trasforma dallo stato grezzo a nobile metallo. Se poi ci si vuol fare rapidamente un'idea sui complessi rimossi del paziente, senza affrontare il problema di come sono disposti e associati, si può condurre l'indagine avvalendosi dell'esperimento associativo, messo a punto da Jung (3) e dai suoi allievi. Questo metodo è per lo psicologo ciò che è per il chimico l'analisi qualitativa; e se può essere trascurato nella terapia di pazienti nevrotici, esso è invece indispensabile

nelle indagini sulle psicosi, intraprese dalla scuola di Zurigo con brillanti risultati. Ma l'elaborazione sistematica di tutto ciò che viene in mente al paziente quando si sottopone al trattamento psicoanalitico, non è il solo mezzo tecnico a nostra disposizione per l'ampliamento della coscienza.

Per lo stesso scopo, ci serviamo di due altri metodi di indagine, e cioè l'interpretazione dei sogni e la valutazione degli atti mancati e degli atti casuali del paziente.

A questo punto, miei pregiati ascoltatori, dovrei dirvi che ho a lungo esitato se invece di questa frettolosa rassegna di tutto il campo della psicoanalisi non sarebbe stato meglio presentarvi piuttosto una descrizione completa ed esauriente dell'analisi dei sogni; ma contro quest'ultima scelta mi ha trattenuto un motivo squisitamente soggettivo e, in apparenza, secondario. Non mi è sembrato infatti adatto, in questo paese tutto dedito a realizzazioni pratiche, atteggiarmi a "interprete di sogni", almeno prima che vi si presentasse il modo di scoprire quanta importanza meriti quest'arte, antica e disprezzata. In realtà l'interpretazione dei sogni è la "via regia" per l'interpretazione dell'inconscio, il terreno più solido della psicoanalisi e un campo in cui ogni operatore deve raggiungere certe convinzioni e formarsi una preparazione. E se mi si chiedesse come si fa a diventare psicoanalisti, risponderei: con lo studio dei propri sogni. Fino ad ora gli avversari della psicoanalisi si sono, con molto tatto, astenuti da qualsiasi critica al mio libro *L'INTERPRETAZIONE DEI SOGNI* o hanno tentato di trascurarlo servendosi delle più superficiali obiezioni.

Se voi, invece, vorrete dedicarvi alla soluzione del problema dei sogni, vedrete che le novità che la psicoanalisi presenta al vostro pensiero non costituiranno più alcuna difficoltà. Dovreste ricordare che le nostre produzioni oniriche notturne presentano notevolissime analogie di forma e affinità di contenuto con le creazioni dello psicotico, pur essendo perfettamente compatibili con la più assoluta normalità nella vita di veglia. Non ci sembra allora assurdo affermare che chiunque consideri queste normali illusioni sensoriali, questi deliri e alterazioni della personalità, motivo di meraviglia anziché di considerazione, non ha la minima probabilità in più di un profano di comprendere le creazioni abnormi degli stati mentali patologici. E state pur sicuri che oggi nel gruppo dei profani potete includere tutti gli psichiatri.

Vogliate ora seguirmi in una breve incursione nel dominio della problematica onirica. Allo stato di veglia siamo abituati a tenere i sogni nella stessa scarsa considerazione in cui i pazienti tengono le associazioni di idee richiestegli dallo psicoanalista.

E' evidente che noi li rifiutiamo dato che li dimentichiamo subito e completamente.

La scarsa importanza che noi attribuiamo ai sogni è basata, per quelli che non sono confusi e privi di senso, sulla sensazione che essi siano estranei alla nostra personalità; per tutti gli altri, appunto sulla loro assurdità e insensatezza. Il nostro

rifiuto è poi sostenuto dalla completa assenza di ogni senso di vergogna e sui desideri immorali che appaiono chiaramente in molti sogni.

Com'è noto, gli antichi non condividevano la scarsa importanza che noi attribuiamo ai sogni: e ancora oggi le classi inferiori del popolo sono molto attaccate al valore che danno ai sogni, attendendosi comunque da essi, così come facevano gli antichi, la rivelazione del futuro.

Vi confesso che io non vedo nessuna necessità di ricorrere a ipotesi mistiche per colmare le lacune delle nostre attuali conoscenze, e del resto non sono mai riuscito a trovare niente che convalidasse l'ipotesi della natura profetica dei sogni. Ma su di essi si possono dire molte altre cose, piuttosto sorprendenti.

Per cominciare, non tutti i sogni sono così incomprensibili, confusi ed estranei alla personalità del sognatore. Se appena vi prendeste la briga di riflettere sui sogni dei bambini dall'età di un anno e mezzo in poi, li trovereste molto semplici e facilmente analizzabili. Il bambino sogna sempre l'appagamento di desideri che erano sorti in lui il giorno prima e che non erano stati soddisfatti. La soluzione è così semplice che non vi serve nessuna arte di interpretazione, vi basta solo indagare sulle esperienze fatte dal bambino il giorno precedente ("il giorno del sogno").

Ora, l'enigma del sogno potrebbe essere brillantemente risolto se anche i sogni degli adulti fossero come quelli dei bambini, appagamenti cioè di desideri che erano insorti durante "il giorno del sogno".

E le cose stanno proprio così; le difficoltà che si ergono sulla nostra strada possono esser gradualmente liquidate con un'analisi profonda del sogno.

A questo punto, si potrebbe muovere, innanzi tutto, una seria obiezione: in generale i sogni degli adulti hanno un contenuto talmente incomprensibile che l'appagamento di desiderio è l'ultima cosa che vi si manifesta. Ma noi replichiamo: questi sogni hanno subito un processo di deformazione, nel senso che il contenuto psichico che ne è alla base era destinato originariamente a un'espressione verbale completamente diversa. E' perciò d'uopo distinguere tra il **CONTENUTO ONIRICO MANIFESTO**, quello che solo confusamente ricordiamo al mattino e che cerchiamo di esprimere con parole in apparenza arbitrarie, e i **PENSIERI ONIRICI LATENTI** la cui esistenza dobbiamo ammettere nell'inconscio.

Tale deformazione onirica è lo stesso processo che vi ho illustrato nell'indagine sulle produzioni (sintomi) dei soggetti isterici; e sta a indicare che nella formazione dei sogni e nella formazione dei sintomi interviene lo stesso conflitto di forze psichiche. Il contenuto onirico manifesto è la formazione sostitutiva, deformata, dei pensieri onirici inconsci, e la deformazione è dovuta al lavoro delle forze di difesa dell'Io, cioè delle resistenze. Queste, infatti, allo stato di veglia, bloccano l'accesso alla coscienza

dei desideri rimossi: e perfino nell'abbandono del sonno sono ancora abbastanza intense da costringere i desideri stessi a nascondersi dietro una sorta di travestimento.

Perciò chi sogna conosce così poco il significato dei suoi sogni, proprio come l'isterico così poco sa sui rapporti e il significato dei suoi sintomi.

Che esistano pensieri onirici latenti e che tra essi e contenuto onirico manifesto del sogno intercorrano i rapporti descritti, potete convincervi con l'analisi dei sogni, procedimento questo la cui tecnica è esattamente quella della psicoanalisi. Voi dovete prescindere completamente dalle connessioni apparenti che intercorrono fra gli elementi del sogno manifesto e cercare invece le idee affioranti, quelle cioè che emergono per mezzo delle associazioni libere, secondo le regole della psicoanalisi, da ogni singolo frammento onirico. E' da questo materiale che si possono individuare i pensieri onirici latenti, proprio come dalle fantasie connesse con i sintomi e i ricordi si scoprono i complessi latenti del paziente. Dai pensieri onirici latenti, in tal modo svelati, vi accorgerete subito come sia perfettamente legittimo interpretare i sogni degli adulti con lo stesso metro usato per quelli dei bambini.

Ciò che ora viene a prendere il posto del contenuto onirico manifesto è il significato reale del sogno chiaramente comprensibile, collegato con le impressioni del giorno precedente, e che appare come l'appagamento di un desiderio insoddisfatto.

Il sogno manifesto che ricordiamo al risveglio può dunque essere definito un appagamento DEFORMATO di desideri rimossi.

Con un certo lavoro di sintesi, è anche possibile farsi un'idea sul processo che ha provocato la trasformazione dei pensieri onirici inconsci nel contenuto onirico manifesto: definiamo "lavoro onirico" tale processo. Ebbene, questo lavoro merita il massimo interesse teorico, in quanto è qui, e meglio che altrove, che possiamo studiare quegli insospettabili processi psichici esistenti nell'inconscio, o per essere più esatti, tra quei due sistemi distinti che sono il conscio e l'inconscio.

Ora, fra questi processi psichici, di recente scoperta, due occupano una posizione di maggior rilievo: la CONDENSAZIONE e lo SPOSTAMENTO, il cambiamento cioè di accento psichico. Il lavoro onirico è un caso particolare di inter-reazione tra raggruppamenti psichici diversi, e come tale è la risultanza di una dissociazione psichica; e in tutti i suoi aspetti essenziali sembra identico a quel lavoro di deformazione che trasforma i complessi rimossi in sintomi, allorché la rimozione non è riuscita. E c'è di più:

dall'analisi dei sogni, specialmente dei vostri, potrete scoprire l'importanza, del tutto insospettata, del ruolo esercitato dalle impressioni e dalle esperienze della primissima infanzia sullo sviluppo dell'uomo. E' come se, nella vita onirica, il bambino che è nell'adulto continuasse a vivere la sua esistenza, conservando tutte le sue

caratteristiche e i suoi desideri, compresi quelli che fu costretto ad abbandonare, inutilizzabili, negli anni successivi.

Con forza irresistibile, potrete così rendervi conto attraverso quali processi di sviluppo, di rimozione, di sublimazione, di reazione, emerga dal bambino, dalle sue peculiari attitudini e tendenze, il cosiddetto uomo normale, campione, ma in parte anche vittima, della nostra civiltà faticosamente conquistata.

Vorrei inoltre richiamare la vostra attenzione sul fatto che con l'analisi dei sogni abbiamo scoperto che l'inconscio si serve di una sorta di simbolismo, specialmente quando si tratta di rappresentare dei simboli sessuali. Tale simbolismo, variabile da individuo a individuo, possiede in parte una sua natura specifica, che sembra identica al simbolismo che riteniamo si celi nei miti e nelle leggende. E non è impossibile che tali creazioni delle genti possano essere spiegate con lo studio dei sogni. Infine, devo ricordarvi di non lasciarvi fuorviare dall'obiezione che l'insorgenza di sogni d'angoscia verrebbe a contraddire la nostra teoria del sogno come appagamento di desiderio.

A prescindere dalla considerazione che anche i sogni angosciosi, per poter essere valutati, devono prima essere interpretati, si può in generale affermare che l'angoscia non dipende in modo semplice dal contenuto onirico, come si potrebbe supporre senza una maggiore conoscenza dei fatti, e senza un approfondimento delle condizioni che producono l'angoscia nevrotica. L'angoscia è una delle modalità con cui l'Io si libera dai desideri rimossi divenuti eccessivamente intensi e così si spiega facilmente la sua presenza nel sogno, quando quest'ultimo si sia spinto un po' troppo nell'appagamento di desideri inaccettabili.

Vedete dunque che l'indagine sui sogni sarebbe già più che legittima per le conclusioni che ci ha permesso di ottenere su cose un tempo ardue a capirsi. Ma ci siamo arrivati sempre in relazione con la terapia psicoanalitica dei nevrotici. Da quanto abbiamo detto, è facile comprendere come l'interpretazione dei sogni, quando non sia resa troppo difficile dalla resistenza del paziente, possa portare alla conoscenza dei suoi desideri nascosti e rimossi e dei complessi che ne vengono alimentati. E ora possiamo passare a quel gruppo di fenomeni psichici della vita quotidiana il cui studio è entrato a far parte delle tecniche psicoanalitiche. Si tratta di quegli atti mancati che si verificano sia nelle persone normali che nei nevrotici, e a cui di solito non si attribuisce alcuna importanza; dimenticanze di cose che si dovrebbero sapere e che in altre circostanze si fanno (ad esempio, l'oblio momentaneo di nomi propri); lapsus verbali, che tanto spesso si verificano; analoghi lapsus di scrittura e di lettura; esecuzione automatica di atti intenzionali in circostanze indebite, smarrimento o rottura di oggetti, eccetera.

Piccolezze, per le quali nessuno ha mai cercato un determinismo psicologico e che sono sempre attribuite al caso, o alla distrazione, alla disattenzione, e condizioni simili.

Vi rientrano anche atti e gesti eseguiti senza rendersi conto, ai quali il soggetto non si sogna di attribuire la minima importanza psicologica, come giocherellare e trastullarsi con qualche oggetto, canticchiare ritornelli, cincischiare parti del corpo o del vestito e così via (5).

Queste cosucce, questi atti mancati, come gli atti sintomatici o casuali, non sono affatto così prive di senso come si è soliti supporre generalmente, quasi per un tacito accordo. Esse hanno invece un significato di solito facilmente e sicuramente rilevabile dal contesto in cui si verificano; possiamo cioè dimostrare che o esprimono impulsi e scopi che sono stati rimossi, celati, per quanto possibile, alla coscienza dell'individuo, o scaturiscono esattamente da quella sorte di desideri e complessi rimossi che ci sono già noti come creatori dei sintomi e dei sogni. Ne consegue che esse meritano la dignità di sintomi, e il loro studio, al pari di quello dei sogni, può guidare alla scoperta dei complessi nascosti della vita psichica.

Per loro tramite, infatti, si possono tradire abitualmente i segreti più intimi. Che esse si verificano così facilmente e così spesso nelle persone normali in cui la rimozione, tutto sommato, è riuscita abbastanza bene, è dovuto al fatto che si tratta di cose insignificanti e di scarso rilievo. Ciò nonostante esse possono a buon diritto aspirare a un altissimo valore teorico, dato che dimostrano l'esistenza della rimozione e delle formazioni sostitutive anche in condizioni di normalità.

Avrete già notato come il tratto distintivo dello psicoanalista sia la rigorosa convinzione del determinismo della vita psichica.

Per lui, nelle manifestazioni della psiche, non esiste nulla di insignificante, nulla di arbitrario e casuale; laddove gli altri, di solito, ne escludono la presenza, egli vede dappertutto una diffusa motivazione; e, se ciò non bastasse, egli è disposto perfino a trovare una motivazione plurima delle stesse manifestazioni psichiche, mentre il nostro bisogno di causalità, che si presume congenito, si accontenterebbe di un'unica determinante psichica.

A questo punto, se tenete presente i mezzi di cui disponiamo per la scoperta di quanto è nascosto, dimenticato o rimosso nella vita psichica: lo studio delle idee che affiorano nel paziente evocate dalle associazioni libere, i suoi sogni, e i suoi atti mancati e sintomatici; e se vi aggiungete la valutazione di altri fenomeni che emergono nel corso del trattamento psicoanalitico (fenomeni su cui farò in seguito qualche osservazione riassumendoli nel termine "transfert") approderete con me alla conclusione che la nostra tecnica è già abbastanza efficace per risolvere il problema di come ricondurre alla conoscenza il materiale psichico patogeno e liquidare così le

sofferenze arrecate dalla produzione di quelle formazioni sostitutive che sono i sintomi.

E il fatto che i nostri sforzi terapeutici ci permettono di ampliare e approfondire la conoscenza della vita psichica normale e patologica, non può non conferire al nostro metodo un fascino particolare e una sua superiorità.

Non so se avete avuto l'impressione che la tecnica, nel cui arsenale vi ho guidato, sia particolarmente difficile. Io credo, invece, che una volta padroneggiata, essa sia perfettamente adatta allo scopo. Comunque una cosa è certa: la tecnica non è banale, la tecnica si deve imparare con la stessa serietà con cui si studiano le tecniche istologiche o chirurgiche. Sarete perciò sorpresi di sapere che in Europa abbiamo frequentemente udito dei giudizi sulla psicoanalisi espressi da persone che non conoscevano assolutamente nulla della sua tecnica e che tanto meno l'avevano applicata, e che pure pretendevano, sprezzantemente, che dimostrassimo l'esattezza dei nostri risultati. Fra queste persone ve ne sono alcune non prive di dimestichezza, in altri campi, coi metodi dell'operare scientifico, persone che, per esempio, non rifiuterebbero il reperto di un esame microscopico solo perché non può essere verificato a occhio nudo sul preparato anatomico e che non emetterebbero un giudizio finché non avessero usato il microscopio.

Ma le cose si presentano davvero poco propizie per ottenere un riconoscimento, quando si tratta di psicoanalisi. E' compito della psicoanalisi portare il materiale rimosso della vita psichica al riconoscimento della coscienza, e chiunque la giudichi, reca in sé tali rimoszioni, forse solo a stento trattenute. Essa quindi mobilerà in lui le stesse resistenze che operano nel paziente; la resistenza in questione riuscirà facilmente a camuffarsi sotto le vesti di un rifiuto razionale, e a suscitare argomentazioni simili a quelle da cui noi cerchiamo di salvaguardare i pazienti, applicando le regole fondamentali della psicoanalisi. Il fatto è che non è difficile ravvisare nei nostri avversari lo stesso affievolimento del giudizio, prodotto dalla emotività, che possiamo quotidianamente osservare nei nostri pazienti.

L'orgoglio della conoscenza, che ad esempio rifiuta i sogni, così alla leggera, fa parte, generalmente, del potentissimo sistema difensivo che vigila contro ogni infiltrazione di complessi inconsci; ecco perché è così difficile convincere l'uomo della realtà dell'inconscio, e insegnargli daccapo ciò che è in contrasto col suo patrimonio cosciente.

NOTE:

"Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten", Deuticke, Vienna, 1905, p. 59 (trad. it., "Il motto di spirito").  
Cioè di "libere associazioni".



C. G. Jung, "Diagnostische Assoziationstudien", B. 1, 1906 (trad. it. "Psicologia, linguaggio e associazione verbale").

"Die Traumdeutung" (trad. it: "L'interpretazione dei sogni").

"Zur Psychopathologie des Alltagslebens" (trad. it.: "Psicopatologia della vita quotidiana").

#### QUARTA CONFERENZA

Signore e signori, a questo punto vi starete chiedendo che cosa ci ha insegnato la tecnica che vi ho descritto sulla natura dei complessi patogeni e dei desideri rimossi dei nevrotici. Una cosa in particolare: le indagini psicoanalitiche fanno risalire, con sorprendente regolarità, i sintomi della malattia a impressioni della vita sessuale, ci mostrano che i desideri patogeni hanno la natura di componenti pulsionali erotiche e ci obbligano a postulare che, tra i fattori etiologici della malattia, sono particolarmente significativi i disturbi della sfera sessuale. E ciò vale per entrambi i sessi.

So già che questa affermazione non sarà accolta volentieri.

Perfino quei ricercatori che seguono con simpatia i miei lavori psicologici sono piuttosto inclini a pensare che io dia una eccessiva importanza etiologica al momento sessuale e mi domandano come mai altre eccitazioni psichiche non producano quei fenomeni di rimozione e di formazione sostitutiva che io ho descritto.

Ebbene, a costoro posso rispondere così: che potrebbero benissimo farlo e che non avrei nulla in contrario se lo facessero, ma l'esperienza ci insegna che esse non possiedono una simile gravidanza, per cui possono solo rinforzare l'effetto dei fattori sessuali, senza mai riuscire a sostituirli.

Tale conclusione non è un postulato teorico: negli STUDI SULL'ISTERIA, pubblicati col dottor Breuer nel 1905 io non ero di quest'idea. Mi ci convertii solo dopo che una più vasta esperienza mi ebbe portato a uno studio più approfondito della questione.

Signori, ci sono fra voi alcuni dei miei amici e dei miei seguaci più intimi, i quali mi hanno accompagnato in questo viaggio a Worcester. Interrogateli pure: essi vi diranno che all'inizio erano tutti assolutamente scettici circa le mie affermazioni del significato determinante che ha l'etiologia sessuale, finché il loro lavoro analitico personale non li costrinse a giungere alle stesse conclusioni. Quanto al comportamento dei pazienti, non è che esso aiuti poi molto a convincerci che la teoria da me formulata sia esatta. Invece di fornirci di buon grado notizie sulla loro vita sessuale, essi cercano di occultarle con tutti i mezzi a disposizione. Generalmente gli uomini non sono sinceri quando si tratta di argomenti sessuali.

Essi non rivelano volentieri la loro sessualità, ma indossano un pesante cappotto (vera fabbrica di menzogne) per nasconderla, come se nel mondo del sesso facesse sempre brutto tempo. E non hanno torto; nella società civile sole e vento non sono propizi a nessuna manifestazione di vita sessuale. Invero nessuno può svelare liberamente la propria vita erotica al suo vicino. Ma appena i vostri pazienti nel corso del trattamento si accorgeranno che possono abbandonare le remore convenzionali, essi allontaneranno questo velo di bugie, e solo allora sarete in grado di esprimere un giudizio sull'argomento in questione.

Sfortunatamente anche i medici non sono al di sopra degli altri umani quando sono implicati personalmente in questioni di vita sessuale: molti di loro sono dominati da quel miscuglio di "pruderie" e sessualità che regola il comportamento della maggior parte degli intellettuali in materia di sesso. Ma procediamo nella comunicazione dei nostri risultati. E' pur vero che in un'altra serie di casi la psicoanalisi fa risalire i sintomi non a esperienze sessuali, ma a banali avvenimenti traumatici.

Ma tale distinzione perde valore per altre constatazioni. Il lavoro analitico necessario per l'esauriente comprensione e la guarigione completa di un caso clinico non si arresta mai al periodo di insorgenza della malattia, ma risale sempre all'adolescenza e alla prima infanzia del paziente: solo qui è dato rinvenire quelle impressioni e quegli eventi che appaiono determinanti per la malattia successiva. Soltanto le esperienze infantili ci consentono di capire la sensibilità ai traumi che si verificano in epoche seguenti. E solo quando vengono scoperte e riportate a coscienza queste tracce mnestiche, quasi sempre dimenticate, possederemo l'arma per liquidare i sintomi. Arriviamo qui alle stesse conclusioni raggiunte nelle indagini sui sogni, che cioè sono i desideri infantili inaccettabili e rimossi a fornire l'energia per la formazione dei sintomi, ché, altrimenti, le reazioni ai traumi successivi assumerebbero un normale decorso.

Ma questi potenti desideri dell'infanzia dobbiamo ritenerli generalmente di natura sessuale.

A questo punto sono più che certo della vostra meraviglia: allora c'è una sessualità infantile?, vi chiederete. Non è forse l'infanzia quell'epoca della vita contraddistinta proprio dall'assenza della pulsione sessuale? No, signori miei; non è affatto vero che la pulsione sessuale penetri nel bambino all'epoca della pubertà come, nel vangelo, il diavolo entrò nei porci.

Il bambino possiede fin dalla nascita le sue pulsioni e le sue attività sessuali, se le porta con sé nel mondo, ed è proprio da esse che, mediante un importante processo evolutivo che attraversa varie fasi, deriva la cosiddetta sessualità adulta normale. Non è difficile osservare queste manifestazioni dell'attività sessuale infantile: anzi mi sembra che occorra una certa dose di abilità a non vederle e a non interpretarle (1).

Bontà sua, devo alla sorte la possibilità di citare, a testimone delle mie affermazioni, proprio uno del vostro ambiente.

Ho sotto gli occhi il lavoro di un certo dottor Sanford Bell, pubblicato nel 1902 nell'"American Journal of Psychology":

l'autore era docente alla Clark University, proprio l'istituto che ci sta ora ospitando.

Ebbene, nella tesi dal titolo "A preliminary study of the emotion of love between the sexes" ("Osservazioni preliminari sull'emozione erotica nei due sessi"), apparsa tre anni prima dei miei "Tre saggi sulla sessualità", l'autore afferma precisamente ciò che vi stavo dicendo prima e cioè: "l'emozione sessuale erotica..., contrariamente a quello che si crede, non fa la sua prima apparizione all'epoca dell'adolescenza". Bell ha lavorato, come diremmo in Europa, all'americana, raccogliendo in un periodo di quindici anni un numero di 2500 osservazioni probanti, tra cui 800 personali.

Circa i segni con cui tale condizione erotica si manifesta, egli dice: "Una mente imparziale, allorché osserva tali manifestazioni in centinaia di coppie di bambini non può esimersi dal riferirle a un'origine sessuale. Anche lo spirito più esigente sarà soddisfatto quando a tali osservazioni si aggiungono le confessioni di coloro che da bambini hanno provato questa emozione in forma intensa e i cui ricordi di infanzia sono relativamente precisi". E coloro che non vogliono credere alla sessualità infantile saranno molto stupiti di apprendere che fra i bambini precocemente innamorati se ne annoverano non pochi in tenera età, cioè di tre, quattro e cinque anni.

A questo punto non mi sorprenderebbe se voi prestaste più fede alle osservazioni di un vostro connazionale che alle mie. Per fortuna, dalla recente analisi di un bambino di cinque anni sofferente di angoscia, analisi per altro egregiamente condotta dal padre, sono riuscito a ottenere un quadro abbastanza completo sia delle manifestazioni somatiche della pulsione che delle produzioni psichiche in una fase precoce della vita sessuale infantile (2).

E dovrei anche rammentarvi che l'amico dottor C. G. Jung, proprio in quest'aula, vi ha riferito poche ore fa di un'osservazione fatta su una bambina ancora più piccola, la quale, per lo stesso motivo del mio paziente, la nascita cioè di una sorellina, tradì certamente quasi lo stesso segreto eccitamento, le stesse formazioni di desiderio e di complessi. Di conseguenza, comincio a sperare che vi abituerete all'idea, sulle prime così strana, della sessualità infantile. Potrei inoltre citarvi l'esempio veramente notevole dello psichiatra di Zurigo E. Bleuler, che appena qualche anno fa dichiarava apertamente di essere incredulo e sconcertato di fronte alle mie teorie sessuali in che in seguito, con le sue osservazioni personali, le ha sostanzialmente confermate in tutto il loro significato (3).

Che poi, in verità, la maggior parte degli uomini, siano essi medici o no, non vogliono saper nulla della vita sessuale del bambino, si spiega fin troppo facilmente. Repressi dall'educazione a diventare persone civili, essi hanno dimenticato la loro attività sessuale infantile, e non desiderano affatto che adesso gli venga ricordato il materiale rimosso. D'altronde, ve ne potreste convincere voi stessi se voleste cominciare l'analisi con un'autoanalisi, con un'interpretazione dei vostri ricordi di infanzia. Abbandonate, dunque, ogni dubbio, e cerchiamo invece di valutare la sessualità infantile dei primissimi anni (4).

La pulsione sessuale del bambino, oltre a presentarsi molto complessa, ci permette un'analisi delle numerose componenti che scaturiscono da fonti diverse. Intanto, essa è completamente indipendente dalla funzione riproduttiva, al cui servizio è destinata a porsi solo più tardi.

Essa permette al bambino di ricavare vari tipi di sensazioni piacevoli che, date le analogie e i rapporti manifestati, noi riuniamo sotto il termine di piacere sessuale. La fonte prima del piacere sessuale infantile è l'autoeccitazione di certe zone corporee particolarmente sensibili; oltre ai genitali, ne fanno parte il retto, l'orifizio del canale urinario, e anche la pelle e altre superfici sensoriali.

Dato che in questa prima fase della vita sessuale infantile il soddisfacimento è tratto dal proprio corpo, senza che intervenga alcun oggetto esterno, noi la denominiamo, usando un'espressione coniata da Havelock Ellis, "fase dell'autoerotismo". Chiamiamo "zone erogene" quelle parti del corpo specificamente deputate a fornire il piacere sessuale. Il succhiarsi il pollice o il poppare appassionato dei bambini più piccoli ci offre un buon esempio di tale soddisfacimento autoerotico proveniente da una zona erogena.

Il primo a osservare scientificamente questi fenomeni, Lindner, uno specialista in malattie dei bambini di Budapest, li interpretò giustamente come soddisfacimento sessuale, e ne descrisse esaurientemente la trasformazione in forme diverse e più evolute di gratificazione sessuale (5).

Un'altra forma di soddisfacimento sessuale di questo primo periodo è l'eccitazione dei genitali con la masturbazione, destinata ad assumere in seguito una rilevante importanza, e che da numerosi soggetti non viene mai completamente superata. Accanto a questa e ad altre manifestazioni autoerotiche, possiamo osservare molto precocemente nel bambino le componenti pulsionali del PIACERE SESSUALE, o, come diciamo noi, della LIBIDO, che richiedono come oggetto un'altra persona.

Queste pulsioni appaiono in coppie antitetiche, cioè come attive e passive. I più importanti esponenti di questo gruppo sono il piacere di infliggere sofferenze (sadismo) - con il suo contrario passivo (masochismo) - e il piacere esibizionistico, sia in forma attiva che passiva. Dalla prima di queste ultime coppie scaturisce in

seguito la curiosità per il sapere, dalla seconda invece la tendenza verso la rappresentazione artistica e teatrale.

Altre manifestazioni della vita sessuale del bambino possono essere già considerate dal punto di vista della scelta oggettuale, in cui l'altra persona gioca un ruolo preponderante, e la cui importanza si basava, in origine, su motivi legati alla pulsione di autoconservazione. Nei bambini, comunque, la differenza tra i sessi non ha una parte molto importante: si può infatti attribuire a ogni bambino, senza fargli alcun torto, un'aliquota di inclinazione omosessuale.

Questa vita sessuale del bambino, ricca ma dissociata, in cui ogni singola pulsione è tutta indaffarata a suscitare piacere indipendentemente da tutte le altre, si coordina e si organizza in seguito in due direzioni principali; di modo che al termine della pubertà, il carattere sessuale definitivo dell'individuo è, in pratica, completamente determinato. Da una parte le singole pulsioni vengono a subordinarsi al primato della zona genitale, di modo che l'intera vita sessuale è posta al servizio della creazione, e il loro soddisfacimento ha ora un senso poiché esse preparano e facilitano l'atto sessuale vero e proprio. D'altro canto, la scelta oggettuale ha la meglio sull'autoerotismo, per cui, nella vita sessuale, tutte le componenti della vita sessuale trovano ora soddisfacimento nella persona amata. Ma non tutte le componenti pulsionali trovano posto nell'organizzazione definitiva della vita sessuale. Infatti, già prima dell'avvento della pubertà, certe pulsioni hanno subito una fortissima rimozione a causa delle pressioni educative, mentre si sono sviluppate certe forze psichiche come la vergogna, il disgusto, la moralità, forze che, a guisa di sentinelle, tengono a bada le pulsioni rimosse.

E quando, con la pubertà, arriva l'alta marea del desiderio sessuale, ecco che trova uno sbarramento in queste produzioni di formazioni reattive e di resistenze: sono esse a incanalare il deflusso per le vie cosiddette normali, vanificando ogni tentativo di riattivazione delle pulsioni che hanno subito la rimozione. Le più importanti pulsioni rimosse sono la coprofilia, cioè il piacere infantile collegato agli escrementi e, ancora, le tendenze a fissarsi alle persone che costituirono l'oggetto della scelta primaria.

Signori! Un principio di patologia generale postula che ogni processo di sviluppo reca in sé i germi delle predisposizioni patologiche, dal momento che può essere inibito, ritardato o incompletamente espletato. Ciò è valido anche per lo sviluppo della funzione sessuale, con le sue molteplici complicazioni.

Esso, infatti, non si completa agevolmente in tutti gli individui, e può allora lasciarsi alle spalle sia anomalie che predisposizioni a malattie successive, tramite una sorta di ripiegamento o REGRESSIONE.

Può succedere che non tutte le pulsioni parziali si assoggettino al primato della zona genitale. Una pulsione che, appunto, ne rimane indipendente e isolata determina ciò

che noi definiamo una perversione, la quale allo scopo sessuale normale può sostituirci uno proprio. Può succedere, come ho accennato prima, e come attestano vari tipi di disturbi, che l'autoerotismo non venga completamente superato. Può darsi, inoltre, che venga mantenuta l'equivalenza originariamente attribuita ai due sessi come oggetti sessuali, da cui risulterà una tendenza ad attività omosessuali nella vita adulta, tendenza che, in circostanze propizie, assurge a una condizione di esclusiva omosessualità.

Tutta questa serie di disturbi dipende direttamente dall'inibizione dello sviluppo della funzione sessuale, e comprende sia le perversioni che un generico INFANTILISMO della vita sessuale, non difficili a riscontrarsi. Anche la predisposizione alle nevrosi deve ricondursi, sia pure in altro modo, a un'alterazione dello sviluppo della vita sessuale.

Le nevrosi stanno alle perversioni come il negativo sta al positivo; in esse riscontriamo, quali portatrici di complessi e creatrici di sintomi, le stesse componenti pulsionali delle perversioni: con la differenza, questa volta, che esse operano dall'inconscio. Nonostante la rimozione che hanno subita, esse continuano infatti a dimorare nell'inconscio.

La psicoanalisi ci insegna che una manifestazione eccessivamente intensa di tali pulsioni in epoca precocissima conduce a una specie di fissazione che, da quel momento, costituisce un "locus minoris resistentiae" nell'articolarsi della funzione sessuale.

Se, infatti, l'esercizio della funzione sessuale dell'adulto urta contro qualche difficoltà, la rimozione, costituitasi all'epoca dello sviluppo, viene infranta proprio nel punto in cui si è verificata la fissazione infantile.

Forse ora potreste obiettare: "Però tutto ciò non è sessualità".

D'accordo, lo ammetto; ma io ho adoperato la parola in un senso molto più ampio di quanto voi siete abituati a considerarla.

La questione è che siete forse voi a usare il termine in un senso troppo limitato, confinandolo nell'ambito esclusivo della riproduzione.

Così facendo, non solo vi sfuggono la comprensione delle perversioni e i rapporti tra perversione, nevrosi e vita sessuale normale; non sarete nemmeno in grado di riconoscere, nella loro reale portata, gli esordi, facilmente osservabili, della vita sessuale somatica e psichica del bambino. Ma qualunque sarà la vostra decisione sull'uso di questo termine, ricordatevi che lo psicoanalista intende la sessualità in quel senso ampio cui lo conduce la sua valutazione della sessualità infantile.

Riportiamoci ora allo sviluppo sessuale del bambino. Dal momento che abbiamo preso in considerazione più le manifestazioni somatiche che quelle psichiche della vita sessuale, ci resta ancora molto da dire.

Innanzitutto, merita ulteriore interesse la scelta oggettiva originaria del bambino, scelta che deriva dal suo bisogno di aiuto.

In un primo momento essa si orienta verso tutte le persone con cui ha dimestichezza, ma queste ben presto cedono il posto ai genitori. Come concordemente dimostrano l'osservazione diretta del bambino e le successive indagini analitiche dell'adulto, il rapporto del piccolo con i genitori non è del tutto scevro da elementi di concomitante eccitazione sessuale. Il bambino sceglie, come oggetto dei suoi desideri erotici entrambi i genitori, ma uno in particolare. Nel far questo, egli risponde di solito allo stimolo che gli forniscono i genitori stessi, la cui affettuosità ha chiaramente lo stampo di un'espressione sessuale, anche se inibita rispetto allo scopo. Di regola, il padre preferisce la figlia, la madre il figlio; il bambino reagisce a questa situazione; se maschio, cioè, vorrebbe prendere il posto del padre; se femmina, quello della madre. I sentimenti suscitati in tali rapporti tra genitori e figli, e quelli che ne risultano nei rapporti reciproci tra i figli stessi, non hanno soltanto un carattere positivo di affettuosità ma anche uno negativo di ostilità.

Il complesso che così si origina è destinato a essere rapidamente rimosso, ma continua a esercitare dall'inconscio un effetto intenso e durevole. Dobbiamo allora formulare l'ipotesi che, con le sue ramificazioni, esso rappresenti il COMPLESSO NUCLEARE di tutte le nevrosi, per cui ci aspettiamo di incontrarlo, dotato della stessa operatività, in altri settori della vita psichica.

Il mito del re Edipo, che uccide suo padre e prende in moglie sua madre, rappresenta bene, con trascurabili modificazioni, il desiderio infantile, successivamente respinto dallo scontro con la barriera dell'incesto. Anche la storia dell'Amleto di Shakespeare è ugualmente basata su un complesso incestuoso, anche se più abilmente dissimulato.

Nel periodo in cui il bambino è dominato dal complesso nucleare, non ancora rimosso, comincia a svilupparsi una parte notevole della sua attività psichica, che è messa al servizio degli interessi sessuali.

Egli comincia a indagare sul problema della nascita dei bambini e, dalle deduzioni che trae dagli indizi osservabili, coglie dei rapporti reali più di quanto gli adulti possano immaginare.

Di solito l'interesse per questo tipo di indagine viene destato dalla minaccia che arreca al suo benessere l'arrivo in famiglia di un fratellino, in cui egli ravvisa solo un rivale. Sotto l'influsso delle pulsioni parziali, in lui attive, egli costruisce un certo numero di "teorie sessuali infantili": pensa ad esempio che entrambi i sessi siano

ugualmente dotati di organo maschile, che i bambini vengano concepiti nell'atto di mangiare e che nascano dall'orifizio anale, mentre il rapporto sessuale viene considerato un atto di ostilità, una specie di sopraffazione. Ma proprio l'incompletezza della sua costituzione sessuale e le lacune delle sue conoscenze, dovute alla posizione nascosta che ha il canale genitale femminile, fanno sì che il piccolo investigatore abbandoni le sue ricerche, risultate un fallimento.

Il fatto stesso dell'indagine infantile, però, e delle teorie sessuali che ne derivano, è di importanza determinante per la formazione del carattere del bambino e per il contenuto della sua eventuale futura nevrosi.

E' inevitabile e perfettamente normale che il bambino faccia dei genitori la sua prima scelta oggettiva: la sua LIBIDO non deve però rimanere fissata a questi oggetti primari, ma li deve soltanto assumere come prototipi, dai quali dovrà trasferirsi su altre persone, all'epoca della scelta oggettiva definitiva. Il distacco del bambino dai genitori è così un problema inevitabile se non si vuole compromettere lo sviluppo delle capacità sociali del giovane.

Ed è all'epoca in cui la rimozione sceglie su quali pulsioni sessuali parziali agire, e in seguito, quando l'influsso dei genitori, che ha fornito sostanzialmente il materiale di questa rimozione, si allenta, che si presentano grossi problemi all'opera dell'educazione, problemi a cui sicuramente, fino ad ora, tale opera non sempre ha trovato la soluzione più intelligente né la più economica.

Signori! non crediate che con queste spiegazioni sulla vita e sullo sviluppo sessuale del bambino, ci siamo allontanati troppo dalla psicoanalisi e dalle cure dei disturbi nevrotici. Se volete, potete considerare il trattamento psicoanalitico semplicemente come una educazione continua al superamento dei residui infantili.

NOTE:

"Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", Vienna, F. Deuticke, 1908, seconda edizione (trad. it. "Tre saggi sulla teoria della sessualità").

"Analisi della fobia di un bambino di cinque anni".

E. Bleuler, "Sexuelle Abnormitäten der Kinder. Jahrbuch der schweizer". Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, IX, 1908.

"Tre saggi sulla sessualità".

"Jahrbuch F.", Kinderheilkunde, 1879.

## QUINTA CONFERENZA

Signore e signori, la scoperta della sessualità infantile e l'aver ricondotto i sintomi nevrotici a componenti pulsionali erotiche, ci ha portati a parecchie formulazioni



inattese sulla natura e sulle tendenze delle malattie nevrotiche. Vediamo dunque che l'individuo si ammala quando, a causa di ostacoli esterni o per mancanza interiore di adattamento, gli viene negato il soddisfacimento dei bisogni erotici nel mondo reale.

Vediamo che egli si rifugia allora nella malattia, in modo da trovarvi un soddisfacimento sostitutivo di quanto gli è stato negato.

Possiamo constatare che i sintomi morbosi racchiudono frammenti dell'attività sessuale dell'individuo, se non la sua intera vita sessuale, e identifichiamo in questo distogliersi dalla realtà sia la tendenza fondamentale che il danno principale della malattia.

Possiamo intuire che la resistenza dei nostri pazienti alla guarigione non sia semplice, bensì costituita da molteplici cause.

Infatti non solo l'Io del paziente lotta contro l'eliminazione delle rimozioni, che lo hanno trasformato dalla sua costituzione originaria nella forma attuale, ma anche le pulsioni sessuali potrebbero non rinunciare al loro soddisfacimento sostitutivo fin tanto che non è sicuro venga loro offerto qualcosa di meglio nel mondo reale.

La fuga dalla realtà insoddisfacente in ciò che, a causa della sua natura biologicamente dannosa, definiamo malattia, ma che non è mai disgiunta dal conseguimento di un certo grado di piacere per il paziente, si realizza seguendo il cammino della regressione, col ritorno cioè a fasi più antiche della vita sessuale, in cui non mancava il soddisfacimento. Tale regressione sembra possedere un duplice aspetto: TEMPORALE, in quanto la LIBIDO, o il bisogno erotico, arretra a una fase di sviluppo cronologicamente più antico, e FORMALE in quanto per esprimere questo bisogno vengono impiegate le modalità originarie e primordiali con cui lo psichismo si manifesta. Entrambe le forme di regressione comunque si incentrano sull'infanzia e hanno in comune la produzione di una condizione infantile di vita sessuale.

Quanto più a fondo voi penetrate nella patogenesi delle malattie nevrotiche, tanto più riuscirete a scoprire i legami che le nevrosi hanno con altre, anche le più preziose, creazioni dello spirito umano.

E' d'uopo ricordarsi che noi uomini, di fronte alle pesanti esigenze della civiltà e sotto la pressione delle nostre rimozioni, troviamo di solito la realtà del tutto insoddisfacente e nutriamo perciò una vita di fantasia in cui ci piace compensare quello che ci manca nel mondo reale, abbandonandoci a creazioni che appagano i nostri desideri.

Ora, in queste fantasie è spesso racchiusa gran parte dell'essenza intima della personalità e delle sue tendenze, rimosse nella vita reale.

L'uomo energico, l'uomo di successo, è colui che riesce, a forza di lavoro, a trasformare in realtà le sue fantasie di desiderio.

Laddove ciò non riesca, a causa dell'opposizione del mondo esterno e della debolezza dell'individuo, ecco che comincia la deviazione dalla realtà; ecco l'individuo cercare rifugio nel mondo di fantasia, dove trova l'appagamento. Date certe condizioni favorevoli, gli è ancora possibile, tuttavia, trovare un altro collegamento tra queste fantasie e la realtà, invece di alienarsene definitivamente con la regressione all'infanzia.

Se l'individuo scontento della realtà possiede quel TALENTO ARTISTICO, che psicologicamente è ancora un enigma, egli può convertire le sue fantasie in opere d'arte. In tal modo egli sfugge al destino della nevrosi e recupera, grazie a questo giro tortuoso, il contatto con la realtà (1). Laddove sussista il contrasto con il mondo reale, ma manchi o si riveli insufficiente questo prezioso talento, è inevitabile che la LIBIDO, seguendo l'origine delle fantasie, riesca, tramite la regressione, a riattivare i desideri infantili e a produrre così la nevrosi.

La nevrosi è oggi dunque quel che era in altri tempi il convento, in cui solevano trovare rifugio tutti i delusi della vita e tutti coloro che si sentivano troppo deboli per affrontarla.

A questo punto, permettetemi di comunicarvi il principale risultato che abbiamo raggiunto con l'indagine psicoanalitica dei nevrotici, e cioè che le nevrosi non possiedono un proprio contenuto psichico specifico, quale non è dato riscontrare nelle condizioni di normalità; o, per usare l'espressione di C. G. Jung, che i nevrotici si ammalano degli stessi complessi contro cui lottiamo noi sani. Dipende dai rapporti quantitativi, dai rapporti delle forze che si combattono a vicenda, se la lotta conduce alla salute, a una nevrosi, o a modelli di funzionamento ipercompensativo.

Signore e signori! mi sono finora astenuto dal comunicarvi l'esperienza più importante che conferma la nostra teoria sulle forze pulsionali sessuali che operano nei nevrotici.

Ogni volta che trattiamo un nevrotico con il metodo psicoanalitico, si verifica nel paziente il cosiddetto fenomeno del TRANSFERT: egli riversa cioè sulla persona del medico una notevole aliquota di tenerezza e affetto, spesso frammista a ostilità, che non è basata su alcun reale rapporto, ma che si deve far risalire, sotto tutti gli aspetti, alle antiche fantasie di desiderio del paziente divenute inconscie. Di conseguenza ogni frammento della sua vita affettiva, che non può più essere mnesticamente rievocato, è vissuto dal paziente nel suo rapporto col medico, ed è soltanto perché ritorna a riviverle nel "transfert", che egli si convince dell'esistenza e della forza di tali eccitazioni sessuali inconscie.

I sintomi che, per usare un'analogia presa dalla chimica, sono i precipitati di pregresse esperienze erotiche (intese nel senso più ampio della parola), possono venir dissolti soltanto alle più alte temperature dell'esperienza di transfert e trasformati in altre produzioni psichiche. Per servirsi di una magistrale espressione di S. Ferenczi (2), il medico svolge, in questa reazione, la funzione di un FERMENTO CATALIZZATORE, che attira temporaneamente su di sé l'affetto resosi libero nel corso del procedimento. Lo studio del transfert può anche fornirvi la chiave per la comprensione della suggestione ipnotica, che all'inizio impiegammo sui nostri pazienti come un espediente tecnico per l'esplorazione dell'inconscio.

Se allora l'ipnosi si rivelò un sussidio terapeutico, essa venne a costituire un ostacolo alla comprensione scientifica della reale natura dei processi, poiché, se sgombrava le resistenze psichiche da un determinato settore, le ammucchiava, a mo' di parete insormontabile, ai suoi margini. Non dovete credere però che il fenomeno del transfert, su cui poco posso dire purtroppo in questa sede, sia un prodotto dell'influsso del trattamento psicoanalitico.

Il transfert insorge spontaneamente in tutte le relazioni umane, e quindi in quelle tra paziente e medico; esso apporta dovunque, in modo peculiare, influssi terapeutici; e tanto più intensa è la sua azione quanto meno se ne riconosce la presenza.

E dunque non è la psicoanalisi a crearlo: essa si limita a svelarlo alla coscienza e se ne avvale per guidare i processi psichici alla meta voluta.

Non posso comunque abbandonare l'argomento transfert senza sottolineare che tale fenomeno è di importanza determinante per convincere non solo il paziente, ma anche il medico. Io so per certo che, proprio a causa delle loro personali esperienze col transfert, tutti i miei seguaci si convinsero ben presto dell'esattezza delle mie teorie e posso capire benissimo che non si perviene a tale sicurezza di giudizio finché non si fa psicoanalisi e non si osservano di persona gli effetti del transfert.

Signore e signori, sono del parere che, dal punto di vista razionale, due ostacoli si oppongono all'apprezzamento della validità della concezione psicoanalitica; innanzi tutto, il fatto che non siamo abituati a tener conto del rigoroso determinismo della vita psichica, determinismo che non ammette eccezioni; in secondo luogo, l'ignoranza delle caratteristiche per cui i processi psichici inconsci differiscono da quelli consci, con cui abbiamo dimestichezza. Una delle più comuni resistenze al lavoro psicoanalitico, sia da parte di pazienti che di individui sani, è da riferirsi all'ultimo fattore. Si teme che la psicoanalisi possa essere nociva; si teme di richiamare alla coscienza del paziente le sue pulsioni sessuali rimosse, come se ciò comportasse il rischio che esse possano sopraffare le sue più alte aspirazioni morali e defraudarlo del suo patrimonio culturale.

Ci si accorge che il paziente ha dei punti dolenti nella sua vita psichica eppure si ha paura di toccarli, pena l'aumento delle sue sofferenze. Possiamo servirci di questa analogia: è meglio, naturalmente, non toccare parti malate quando non si può provocare altro che dolore; ma sappiamo che il chirurgo, quando il suo intervento mira a ripristinare la completa guarigione, non si astiene dall'esaminare e dal riesaminare la sede della malattia.

A nessuno passa per la mente di incolparlo per le inevitabili difficoltà dell'esplorazione o per i fenomeni di reazione legati all'operazione, posto che essi ottengano il loro scopo se, sia pure attraverso un temporaneo peggioramento, producano la guarigione definitiva del paziente. Lo stesso vale per la psicoanalisi: essa può avanzare le stesse pretese della chirurgia; solo l'aumento della sofferenza che si verifica nel paziente in corso di trattamento è di gran lunga minore di quello che gli infligge il chirurgo, e particolarmente trascurabile di fronte ai dolori di una malattia grave. In ogni caso, la conseguenza che si teme, cioè il disturbo del carattere culturalmente acquisito, ad opera delle pulsioni liberate dalla rimozione, è assolutamente da escludersi.

Riguardo a tale preoccupazione, dobbiamo tener presente quello che ci hanno, senz'ombra di dubbio, insegnato le nostre esperienze, e cioè che l'energia fisica e psichica di un desiderio, una volta che ne sia fallita la rimozione, è di gran lunga più forte quando è inconscia piuttosto che conscia, per cui farla divenire cosciente non può che renderla più debole.

Il desiderio inconscio infatti non è influenzabile, è indipendente da qualsiasi sforzo si faccia nella direzione contraria, mentre il desiderio conscio è inibito dagli altri desideri, anch'essi consci, che lottano contro di lui. Di conseguenza il lavoro della psicoanalisi si presenta come il miglior sostituto della rimozione non riuscita, nell'interesse delle più elevate e preziose aspirazioni della civiltà.

A questo punto ci si può chiedere quale sia il destino delle pulsioni messe in libertà dalla psicoanalisi, e con quali mezzi esse vengano poste in condizioni di non nuocere alla vita dell'individuo. Esistono parecchie modalità. L'esito più comune è che il desiderio inconscio viene distrutto nel corso del lavoro (analitico) dalla corretta attività psichica delle tendenze migliori che gli si oppongono. La rimozione è sostituita da una condanna, esercitata con i più validi mezzi a disposizione.

Il che è possibile, dato che, in massima parte, dobbiamo liquidare soltanto le conseguenze di fasi più antiche dello sviluppo dell'Io.

Da parte sua, l'individuo si era limitato a rimuovere le pulsioni inutilizzabili perché, a quel tempo, egli stesso era ancora poco strutturato e debole; ora, maturatosi e fortificatosi, è forse in grado di dominare, senza danno, quanto gli è ostile.

In un altro possibile esito del lavoro psicoanalitico, le pulsioni inconsce portate alla luce possono finalmente essere indirizzate verso quelle utili applicazioni che, nel caso lo sviluppo non fosse stato disturbato, avrebbero trovato prima. Ché la meta ideale dell'evoluzione non è affatto l'estirpazione dei desideri infantili. Con le sue rimozioni, il nevrotico ha perso molte fonti di energia psichica, il cui contributo sarebbe stato prezioso per la formazione del suo carattere e per le sue attività di vita.

Noi conosciamo infatti un processo di sviluppo di gran lunga più adatto allo scopo, la cosiddetta SUBLIMAZIONE, grazie a cui l'energia delle eccitazioni di desiderio infantile non viene bloccata ma resa suscettibile di applicazione, mentre per le singole eccitazioni, invece di rimanere inutilizzate, viene fissato uno scopo più elevato, scopo che alla fine non è più sessuale.

Per tale capacità di sublimazione e trasformazione del loro scopo sessuale con un altro più lontano e socialmente più valido, si distinguono particolarmente le componenti della pulsione sessuale.

Ed è probabile che al contributo di tale energia, messo così a disposizione per le funzioni della nostra attività psichica, noi dobbiamo le più alte conquiste della civiltà.

Una rimozione che si verifichi precocemente esclude la sublimazione delle pulsioni rimosse; ma una volta liquidata tale rimozione si riapre la via alla sublimazione. Non dobbiamo trascurare, infine, di accennare al terzo degli esiti possibili.

Una certa quota dell'eccitazione libidica rimossa ha diritto a un soddisfacimento diretto e dovrebbe trovarlo nella vita. Le esigenze della nostra civiltà rendono la vita estremamente dura per la maggior parte dell'umanità, propiziando così l'avversione alla realtà e l'origine delle nevrosi, senza che l'eccesso di rimozione sessuale produca un incremento di progresso civile. Noi non dovremmo spingerci tanto da trascurare del tutto la parte animale originaria della nostra natura, noi non dovremmo dimenticare che, per una meta di civiltà, l'uomo non può rinunciare alla sua felicità.

La plasticità delle componenti sessuali, che si esprime nella loro possibilità di sublimazione, può indurre alla grande tentazione di conseguire, quando tale sublimazione si allarghi indefinitamente, progressi culturali sempre più notevoli. Ma, come nel caso delle nostre macchine, noi sappiamo che verrà trasformato in lavoro meccanico utile solo una data quota del calore impiegato, così non dovremmo impegnarci troppo a distogliere la pulsione sessuale, in tutta la sua pienezza energetica, dal suo scopo specifico.

La cosa è destinata all'insuccesso; la limitazione della sessualità, spinta all'eccesso, non può arrecare che gli effetti funesti di un ladrocinio.

A questo punto, non so se tacerete di presunzione questo mio ammonimento conclusivo; ma vorrei soltanto azzardare un'illustrazione indiretta delle mie idee, raccontandovi una vecchia favola, da cui trarrete da soli le conclusioni. Nella letteratura tedesca è nota una cittadina, Schilda, i cui abitanti andavano famosi per ogni sorta di abili tiri. Si racconta che quei sapientoni possedevano un cavallo, delle cui prestazioni erano assai soddisfatti, ma che procurava loro un solo cruccio: quello di consumare molta avena; e l'avena era molto cara.

Stabilirono allora che, con oculata condotta, gli avrebbero fatto perdere questa abitudine: si trattava di ridurgli ogni giorno la razione di parecchi fili, finché l'animale avesse imparato a farne completamente a meno. Per un certo tempo le cose andarono a meraviglia: il cavallo ormai era divezzato a un filo al giorno, e venne il dì in cui avrebbe potuto finalmente lavorare senza foraggio. Ma, il mattino, quel birbone di cavallo fu trovato stecchito; e i cittadini di Schilda non riuscivano a raccapezzarsi come mai fosse morto. Noi saremmo propensi a credere che il cavallo sia morto di fame e, che senza una certa razione di avena è inutile aspettarsi che un animale lavori.

Non mi resta che ringraziarvi per il vostro invito a parlare in questa sede, e per l'attenzione che mi avete concessa.

#### NOTE:

Si veda O. Ranke, "Der Kunstler Ansatz zu einer Sexual Psychologie", p. 56, Heller e Co., Vienna 1907.

S. Ferenczi, "Introjektion und Uebertragung", 1909.