

Per l'indebolimento dell'eziologia medica dell'isteria (1896)
di... Sigmund Freud

Parafrasi di Antonello Sciacchitano (2007) del testo freudiano
Zur Ätiologie der Hysterie

I. *Verso il meccanicismo*

Noi medici, per farci un'idea delle cause dello stato morboso isterico, non abbiamo che da imboccare la strada della ricerca anamnestica, interrogando malato e dintorni sui possibili influssi dannosi, cui retrospettivamente ricondurre i sintomi nevrotici. Quel che veniamo a sapere è generalmente falso, falsificato com'è da tutti i fattori che tendono a nascondere al malato la vera natura del proprio stato: mancanza di comprensione scientifica degli effetti eziologici, più che errata paranoica conclusione *post hoc, ergo propter hoc*, sgradevolezza di ricordare e menzionare certe *noxae* e certi traumi. Nell'anamnesi ci atteniamo rigidamente al principio di non credere al paziente senza critica approfondita e di non lasciargli predeterminare la nostra opinione eziologica. Da un lato riconosciamo il costante ricorrere di certi dati, come il fatto che l'isteria consegue in modo tardivo ma persistente a una scossa emotiva del passato, dall'altro inseriamo nell'etiologia dell'isteria un fattore che il malato non riferisce mai spontaneamente e ammette solo contro voglia: la predisposizione ereditata dai genitori. Come sapete, secondo l'influente scuola di Charcot, solo l'eredità va riconosciuta come causa, mentre tutti gli altri fattori patogeni hanno solo il ruolo di cause occasionali, di *agents provocateurs*, quale che sia la loro natura e intensità.

Sarebbe bello se fosse praticabile una strada alternativa all'eziologia dell'isteria, indipendente dalle notizie del paziente. Per esempio, il dermatologo riconosce l'ulcera luetica dai bordi, dalla patina, dal contorno. Non si lascia fuorviare dalle proteste del paziente che nega la fonte dell'infezione. Il medico legale spiega la causa della ferita anche senza le notizie del ferito. La possibilità di risalire dal sintomo alle cause esiste anche per l'isteria, ma per spiegare l'affinità del metodo di cui mi servo con gli altri metodi di rilevazione anamnestica farò un paragone che altrove ha prodotto progressi.

Supponiamo che un esploratore metta piede in una regione poco nota, dove attira il suo interesse una zona archeologica con resti di mura, frammenti di colonne, tavole con scritte confuse e illeggibili. Potrebbe accontentarsi di osservare quanto è alla luce del giorno, chiedendo agli abitanti delle vicinanze, magari semibarbari, cosa la tradizione abbia tramandato loro sulla storia e sul significato di quei resti e, annotate sul diario le informazioni, ripartire. Ma potrebbe far altro. Avendo portato con sé zappe, pale e vanghe, può insegnare agli abitanti a lavorare con questi arnesi, occupare la zona archeologica, rimuovere le macerie, e portare alla luce i resti scavati sotto a quelli visibili. Se il successo premia il lavoro, il sito parla da solo. I resti delle mura appartengono alla cinta di un palazzo o di una camera del tesoro. Le macerie delle colonne completano un tempio. In casi fortunati le numerose iscrizioni bilingui svelano un alfabeto e una lingua che, decifrato l'una e tradotta l'altra, permettono di trarre conclusioni insospettite sugli eventi della preistoria, alla cui memoria quei monumenti vennero eretti. *Saxa loquuntur!* ovvero la *res extensa* parla da sé. Non c'era bisogno di ricorrere al principio di ragion sufficiente per congetturare che là sotto era sepolta una civiltà. In generale il principio eziologico o è fallace o è inutile. In pratica, oltre che in medicina, serve in criminologia, dato il determinismo dei fattori in gioco. Ma dove non c'è determinismo ma solo meccanicismo, come nel lancio di una moneta, il principio non serve granché. In quanto segue userò il principio eziologico come segnale di monumenti soggettivi nella storia individuale.

Volendo spiegare i sintomi isterici come fa l'archeologo, cioè come testimonianze della genesi della malattia, bisogna rifarsi alla scoperta di Breuer, secondo cui, a parte le stigmate, *i sintomi isterici sono determinati da certe esperienze effettive del malato, riprodotti poi nella vita psichica come simboli mnestici*. Invece di una civiltà si suppone sepolta una scena traumatica. Applicando il metodo breueriano – o uno simile – il medico riporta l'attenzione del malato dal sintomo alla scena traumatica, nella quale e per la quale il sintomo ha avuto origine, ed elimina il sintomo secondo le indicazioni Breuer-Freud, correggendo a posteriori l'evoluzione psichica di un tempo nella riproduzione della stessa scena traumatica.

Non intendo trattare i dettagli tecnici di questa difficile tecnica terapeutica né soffermarmi sui chiarimenti psicologici che essa consente. Mi limito a giustificare perché l'analisi breueriana sembra aprire la strada di accesso alle cause dell'isteria. Analizzando un gran numero di sintomi in un gran numero di persone riconosciamo un'altrettanto numerosa serie di scene che funzionano in modo efficace da traumi. In questi esperimenti si mettono in luce le cause, che Aristotele chiamerebbe efficienti, dell'isteria. Siamo pertanto autorizzati a sperare che, studiando le scene traumatiche, apprenderemo da quali influenze siano prodotti i sintomi isterici e in che modo. Ci guida l'ipotesi che il trauma sia più forte del principio di piacere e che si iscriva più profondamente nella memoria del paziente.

L'attesa non è ingiustificata. Infatti, le tesi di Breuer si sono dimostrate giuste in numerosi casi, anche se gli esperimenti non sono stati condotti in doppio cieco su casi di controllo trattati con terapie tradizionali. La strada dai sintomi alla loro eziologia è lunga e porta ad altre connessioni, dapprima imprevedibili.

Sia chiaro. Riportare il sintomo isterico alla corrispondente scena traumatica comporta un guadagno epistemico solo se la scena soddisfa due condizioni. Deve essere: 1) *adatta a determinare l'effetto sintomatico*; 2) *dotata della necessaria forza traumatica* facilmente riconoscibile. Un esempio invece di tante parole: il vomito isterico. A parte un residuo inspiegabile, crediamo di riconoscerne la causa se l'analisi del sintomo riporta a un'esperienza che ha prodotto una *misura di giustificato disgusto*, per esempio la vista del cadavere putrefatto di un uomo. Se invece dall'analisi risulta che il vomito dipende da un grosso spavento, per esempio da un incidente ferroviario, ci chiederemo insoddisfatti come lo spavento abbia potuto produrre il vomito. A questa deduzione manca, infatti, *l'idoneità determinante*.¹ Un altro caso di spiegazione insufficiente. Il vomito proviene dall'aver mangiato una mela marcia. Il vomito è sì determinato dal disgusto, ma non si capisce come il disgusto possa essere stato tanto forte da fissarsi per sempre in un sintomo isterico. L'esempio manca della necessaria *forza traumatica*.

Cerchiamo ora di capire fino a che punto le scene traumatiche, scoperte attraverso l'analisi di numerosi casi di isteria, soddisfino i due suddetti criteri. Ed ecco la prima disillusione. È vero che in alcuni casi la scena traumatica, che genera il sintomo, soddisfa realmente i criteri di idoneità e di forza, ma molto, molto più spesso ci troviamo di fronte a una delle tre seguenti possibilità, tutte insufficienti all'intelligenza del sintomo: o manca l'idoneità o la forza o entrambe. Nel primo caso manca il rapporto di contenuto idoneo a produrre il sintomo; nel secondo il contenuto c'è, ma si rivela innocuo per la supposta esperienza traumatica; nel terzo la "scena traumatica" non è solo innocua ma anche senza rapporto con la specificità del sintomo isterico.

¹ Uso "determinante" non nel senso di Kant (*Critica del giudizio*, 1790) ma nel senso di Schopenhauer (*Sulla quadruplici radice del principio di ragion sufficiente*, 1813). In questo senso la mia eziologia cerca il principio che regola i rapporti fra le azioni e i loro motivi.

(Tra parentesi, scene traumatiche corrispondenti a esperienze in sé senza significato non invalidano la concezione di Breuer sulla genesi dei sintomi isterici. Infatti, rifacendosi a Charcot, Breuer suppone che anche un'esperienza innocua possa diventare traumatica e dispiegare tutta la propria forza eziologica determinante – causare tutto il proprio effetto, come dirà Lacan – se coglie la persona in una particolare predisposizione psichica, il cosiddetto *stato ipnoide*. A me sembra che l'ipotesi dello stato ipnotico sia un'ad hoc, come la chiama Quine, e non serva a risolvere le altre difficoltà relative alla mancanza di idoneità determinante).

A ciò si aggiunga che alla prima delusione se ne aggiunge immediatamente un'altra, particolarmente dolorosa per il medico. Quando forza e determinazione delle cause risultino insufficienti alla comprensione del sintomo, la “retroazione” del metodo breueriano, così come l'abbiamo presentata, risulta insufficiente anche come terapia. Nonostante i risultati dell'analisi, il paziente mantiene inalterati i propri sintomi. Stando così le cose, la tentazione di lasciar perdere un lavoro tanto faticoso è grande.

Ma forse ci basta una nuova idea per uscire dall'*impasse*. L'idea è questa. Sappiamo già da Breuer che i sintomi isterici si risolvono se, partendo da essi, si arriva al ricordo di un'esperienza traumatica. Se poi il ricordo non risponde alle nostre aspettative, forse dovremmo andare un po' avanti sulla stessa strada. Magari dietro la prima scena traumatica si nasconde il ricordo di una seconda, meglio rispondente alle nostre esigenze, la cui riproduzione ha migliori effetti terapeutici, mentre la prima ha solo la funzione di connettere alla seconda nella catena associativa. E la cosa potrebbe ripetersi all'infinito, una scena traumatica dopo l'altra fino a giungere, essendo partiti dal sintomo, alla scena terapeuticamente efficace che lo risolve, dopo essere passati per tappe intermedie obbligatorie, non efficaci terapeuticamente, ma necessarie alla logica delle associazioni. L'ultima scena è sia analitica sia terapeutica. La ricerca coincide con la cura. Insieme stanno, insieme cadono, come avrò modo di dire più avanti.²

Ebbene, questa congettura è quella giusta. Se la prima scena è insoddisfacente, diciamo al paziente che questa esperienza non spiega nulla, ma che dietro deve essercene nascosta un'altra più significativa e più antica. Con la stessa tecnica delle libere associazioni – che sarebbero da chiamare meglio “causali” – orientiamo la sua attenzione verso ciò che annoda la scena precedente, già trovata, alla successiva da trovare. In ogni caso proseguire l'analisi porta a riprodurre scene con le caratteristiche attese.

Riprendo l'esempio del vomito isterico, ricondotto alla prima scena traumatica dell'incidente ferroviario, cui manca l'idoneità determinante. Proseguendo l'analisi vengo a sapere che l'incidente risveglia il ricordo di un incidente precedente, non vissuto dal paziente, che tuttavia gli aveva dato occasione di ribrezzo e orrore come la vista di un cadavere. Tutto avviene come se l'azione congiunta delle due scene realizzasse i nostri due postulati: la prima contribuisce con la forza del trauma – è il fattore quantitativo – il contenuto della seconda determina quale effetto – è il fattore qualitativo. Il caso della mela marcia porta al ricordo di un giardino dove il paziente era inciampato nella carogna di un animale.

Non voglio, tuttavia, tornare su questi esempi che, lo confesso, sono inventati e anche male, dato che non credo a simili soluzioni di sintomi isterici. A inventare esempi

² Quasi trent'anni dopo. In der Psychoanalyse bestand von Anfang ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohlthätige Wirkung zu erleben. (S. Freud, “Nachwort zur “Frage der Laienanalyse” (1927), in *Sigmund Freud gesammelte Werke*, vol. XIV, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, pp. 293-294).

sono stato costretto da diversi fattori. Ne cito uno. Gli esempi reali sono terribilmente complicati. Riferirne uno esaurirebbe tutto il tempo della conferenza. La catena associativa consiste sempre di più di due anelli. Le scene traumatiche non formano una serie lineare, come le perle di una collana, ma si ramificano e si intrecciano come alberi genealogici. Per farla breve, comunicare una singola soluzione di un sintomo significa raccontare un'intera storia clinica.

Non voglio trascurare di mettere in evidenza il teorema emerso inatteso durante il lavoro analitico sulle catene di ricordi. Abbiamo appreso che *nessun sintomo isterico deriva da una sola esperienza reale, ma ogni volta alla causalità del sintomo coopera il ricordo associativamente riattivato di esperienze precedenti*. Avrò modo di distinguere in seguito tra verità materiale e verità storica, la prima legata all'evento, la seconda alla rielaborazione culturale e mnestica, che può giungere fino all'interpretazione delirante, del primo.³ Analogamente, come esistono due verità, esistono due cause: una materiale o ontologica e l'altra storica o epistemica. Se, come penso, il teorema lacanian della verità come causa vale senza eccezioni, esso porge il fondamento per una teoria psicologica dell'isteria.

Potreste pensare che i rari casi in cui l'analisi del sintomo porta immediatamente a una scena di giusta forza traumatica e idonea in senso determinante, che retroattivamente riesce a eliminare il sintomo, come nella storia clinica di Berta Pappenheim di Breuer, costituiscano un'obiezione potente alla generalizzazione di suddetto teorema. E sembra così. Ma vi assicuro che ho buoni motivi per credere che persino in questi casi agisce un'effettiva catena di ricordi che si spinge ben addietro rispetto alla prima scena traumatica, anche se alla *Aufhebung* del sintomo basta solo riprodurre la prima.

È sorprendente, penso, che la genesi dei sintomi isterici dipenda solo dalla cooperazione di ricordi, quasi che fossero idee platoniche, soprattutto considerando il fatto, come testimoniano tutti i pazienti, che tali ricordi non affiorano alla coscienza al momento della prima comparsa del sintomo. Qui c'è materia per riflettere. Ma questi problemi non devono farci perdere la direzione della nostra ricerca: l'eziologia dell'isteria. Dobbiamo chiederci piuttosto: dove atterriamo seguendo la catena associativa dei ricordi, che l'analisi ci rivela? Fin dove si spingono? Fin dove andiamo avanti? Hanno una fine naturale? Portano a esperienze in qualche modo equivalenti per contenuto o per epoca della vita, tanto da poter individuare in fattori in generale simili l'agognata eziologia dell'isteria?

L'esperienza fin qui acquisita mi consente di rispondere. Preso un caso con molti sintomi, l'analisi porta da ognuno di essi a una serie di esperienze, i cui ricordi sono associativamente concatenati. Le singole catene mestiche decorrono all'indietro dapprima isolate e distinte l'una dall'altra, ma poi, come già detto, si ramificano. Da una scena si raggiungono contemporaneamente due o più ricordi, da cui si dipartono catene collaterali, i cui elementi si ricollegano alla catena principale. Il paragone con un albero genealogico incestuoso non è fuori luogo. Anzi, conferma il paragone iniziale con lo scavo archeologico. Altre complicazioni della concatenazione non mancano. Una singola scena può essere attivata più volte nella stessa catena. Una scena successiva può avere molteplici rapporti, diretti e indiretti, con le precedenti. Per farla breve, la connessione non è semplice. La scoperta di scene in ordine cronologico inverso – come nello scavo archeologico – non facilita la comprensione del processo.

³ S. Freud, "Der Mann Moses und die Monotheistische Religion. III" (1938), in *Sigmund Freud gesammelte Werke*, vol. XVI, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, pp. 236-239.

Nuove complicazioni ci aspettano continuando l'analisi. Le catene associative si incrociano, gli alberi genealogici cominciano a intrecciarsi. Da una certa esperienza della catena associativa, corrispondente per esempio al vomito, procedendo all'indietro si riattiva un ricordo di un'altra catena associativa, che è alla base di un altro sintomo, per esempio l'emicrania. Quell'esperienza appartiene a due catene. Costituisce un nodo, uno dei tanti che si trovano in analisi.⁴ Il correlato clinico può essere che per un certo periodo di tempo i due sintomi decorrono insieme, in un certo senso simbioticamente, senza intrinseca dipendenza reciproca. Nodi di altro tipo si incontrano procedendo all'indietro. Lì convergono le singole catene. Lì si trovano le esperienze da cui hanno tratto origine due o più sintomi. La prima catena si riallaccia a un dettaglio della scena, la seconda a un altro.

Ma il risultato maggiore che si incontra nello sviluppo consequenziale dell'analisi è questo: da qualunque caso, da qualunque sintomo si parta, *alla fine si arriva sempre in territorio sessuale*. Qui e solo qui potremmo di dire di aver scoperto per la prima volta una delle condizioni etiologiche dei sintomi isterici. La causa della sessualità è alla base dell'isteria. Si può fondare una scienza sul sesso come causa?⁵

In base alle mie esperienze precedenti posso fin d'ora prevedere che contro questa tesi e la sua generalizzazione si appunteranno le critiche di molti. Non so dire se contro la scienza o contro la sessualità o contro una scienza fondata sulla sessualità. Sono inclini a obiettare, anche coloro che non hanno da contrapporre un materiale scientifico come il mio, raccolto con il mio metodo, ma con risultati opposti ai miei. Per quanto riguarda questa controversia, faccio notare che l'individuazione del fattore eziologico dell'isteria nella sessualità non nasce da un mio preconetto. I due ricercatori, alla cui scuola ho cominciato a lavorare sull'isteria, Charcot e Breuer, erano ben lontani da questo presupposto, per non dire personalmente avversi. Inizialmente io ero sulle loro posizioni. Solo dopo minuziose ricerche e non subito ho cambiato idea e oggi rappresento la causa della sessualità. A favore della mia affermazione ho raccolto ben diciotto casi (*sic*) di isteria, dove è evidente la connessione di ogni singolo sintomo con la sessualità.⁶ La riprova è stata il successo terapeutico, quando le circostanze mi hanno permesso di applicare il mio metodo.⁷

Certo, mi potete obiettare, come obiettava Hume, argomentando contro la ragion eziologica di noi medici, che il diciannovesimo e il ventesimo caso avrebbero potuto dimostrare un'altra fonte per i sintomi isterici, diversa da quella sessuale, restringendo all'ottanta per cento la validità dell'eziologia sessuale. Sarebbe bello, ma quei diciotto casi sono tutti e soli i casi a cui ho potuto lavorare analiticamente, senza che nessuno li selezionasse a mio favore. Capite allora che non mi aspetto un diciannovesimo caso diverso dai precedenti, ma sono pronto a scommettere sulla forza dimostrativa dell'esperienza finora acquisita. Anche per un motivo soggettivo. Io pratico la scienza

⁴ Di "punti nodali" ho già parlato negli *Studi sull'isteria* nella sezione psicoterapia. *Sigmund Freud gesammelte Werke*, vol. I, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, pp. 294, 300.

⁵ Jung risponderebbe di no, criticando il mio pansessualismo. Lacan è addirittura su posizioni nilsessuali, non parlando di sessualità infantile e sostenendo che il rapporto sessuale non esiste. Non capisco né l'uno né l'altro.

⁶ L'obiezione seria che mi si può fare è che non ho casi di non isteria dove possa documentare l'assenza di fattori sessuali. Presumo che la sessualità agisca sempre e ovunque, nell'isteria e nella non isteria. Per ora posso solo dire che, se non c'è sessualità, non c'è isteria, cioè la sessualità è condizione necessaria all'isteria, anche se forse non sufficiente come causa.

⁷ So che oggi agli studenti di medicina si insegna a diffidare del criterio *ex adiuvantibus*. Ai miei tempi, quando non c'erano ancora gli antibiotici, era diverso. Se guarivi un paziente con l'arsenobenzolo, vuol dire che era sifilitico. Capisco che oggi sia diverso.

cartesiana. Cerco un meccanismo: il meccanismo psichico dell'isteria. Riassumendo le mie osservazioni in materia, non sono riuscito a fare a meno di presupporre nel meccanismo dell'isteria l'intervento di forze sessuali. Con buona pace di Grünberg, io mi muovo in un contesto di ricerca, non di giustificazione. Cerco, non giustifico le mie trovate. Lascio ai miei allievi una giustificazione, se saranno capaci di trovarla.

Le catene mnestiche convergono in terreno sessuale e su alcune esperienze del periodo puberale. Da lì dobbiamo dedurre l'eziologia dell'isteria e imparare a capire i sintomi isterici. Ma ecco un'altra pesante disillusione! Estratte a fatica dal materiale mnestico quelle che sembrano le ultime – le prime – esperienze traumatiche, si nota che hanno in comune solo due caratteri: sono sessuali e sono puberali, ma per il resto sono *disparate e di diverso valore*. Da una parte abbiano scene di violenza, stupri e camere con vista di coiti, in tempi di incompleta maturità sessuale, dall'altra esperienze di una sorprendente esilità: la carezza di una mano, la pressione di un ginocchio sotto il tavolo, una frase un po' spinta, bastano a scatenare il primo attacco di panico e dare il via alla malattia. Dati del genere non favoriscono la comprensione dell'eziologia dei sintomi isterici. L'eziologia rimane un enigma. Si insinua il dubbio che non sia una fallacia intellettuale, come sosteneva Hume. Se possono funzionare da traumi sia gli stupri sia remote allusioni alla sessualità, sia la violenza fisica sia quella verbale, sia quella effettiva sia quella potenziale, si dovrebbe pensare agli isterici come a esseri umani particolari, magari degenerati, nei quali la sessuofobia, normale nella pubertà, diventa lo stato patologico di tutta la vita. L'isterico sarebbe una persona che non soddisfa a dovere le richieste psichiche della sessualità. Trascurando magari l'isteria maschile, che nei reparti di psichiatria viene regolarmente etichettata come schizofrenia. La sensazione intellettuale è di aver capito le cose a metà.

Per nostra fortuna alcune esperienze sessuali puberali si dimostrano inidonee come cause anche da un altro punto di vista. L'incertezza ci stimola a proseguire il lavoro analitico. Risulta infatti che queste esperienze manchino di idoneità determinante, sebbene con frequenza inferiore alle scene traumatiche più tardive. Consideriamo i casi sopra riferiti di due pazienti con scene traumatiche puberali inadeguate. Da allora le pazienti accusarono dolori ai genitali, che si stabilizzarono e non si spiegavano né con la scena traumatica puberale né con normali eccitazioni sessuali. La determinazione dei sintomi andava ricercata ancora una volta più indietro nel tempo, seguendo l'ispirazione che ci ha già guidato una volta, passando dalle scene traumatiche alle retrostanti catene mnestiche. Si giunge così alla prima infanzia, il periodo che precede lo sviluppo sessuale. Dobbiamo rinunciare all'eziologia sessuale? Ma forse si ha il diritto di supporre che l'infanzia non manchi di leggere eccitazioni sessuali e neppure che le esperienze infantili influenzino in modo decisivo il successivo sviluppo sessuale. Anche questo è l'eziologia: esercizio di congetture. Del resto tutto va bene per puntellare il principio di ragion sufficiente. Ma continuiamo.

Danni a un organo ancora non ben formato, che attentino al suo sviluppo, causano spesso effetti gravi e duraturi in età matura. Forse le abnormi reazioni puberali alle impressioni sessuali, che tanto ci sorprendono nell'isteria, si fondano su esperienze sessuali infantili – le SSI –, che allora non dovrebbero essere più tanto disparate e irrilevanti ma uniformi e significative. Il guadagno di simile congettura? La prospettiva di spiegare come precocemente acquisito ciò che finora si metteva a carico di un'inspiegabile predisposizione ereditaria. E, poiché le esperienze infantili a contenuto sessuale possono produrre effetti psichici attraverso le loro *tracce mnestiche*, avremmo il gradito completamento del quadro offerto dall'analisi, secondo cui *alla genesi dei sintomi isterici cooperano SEMPRE i ricordi*. Il completamento offre una piacevole

simmetria:⁸ due verità (materiale e storica), due cause (eventuale e mnestica), due periodi di vita (infantile e puberale).

II. *Obiezioni al meccanicismo delle SSI*

Capite bene che non avrei mai sviluppato tanto a lungo questo ordine di idee, se non avessi voluto prepararvi, dopo tante esitazioni, ad accettare che esso è l'unico a portarci alla meta.⁹ Come i puzzle dei bambini hanno un'unica soluzione – quella che mette insieme i pezzi per ricostruire una ben precisa immagine – anche l'eziologia dell'isteria è un puzzle da bambini, anzi da bambine. Si sa che le bambine sono patite dell'Uno.

Infatti, siamo giunti alla fine del nostro lavoro noioso e faticoso. Finalmente troviamo una risposta a tutte le domande e a tutte le attese finora rimaste in sospeso. Perseverando a spingerci con l'analisi nell'infanzia, fin là dove arriva la possibilità umana di ricordare, consentiamo ai malati di riprodurre le esperienze che, in funzione della loro specificità e del loro rapporto con i successivi sintomi morbosi, devono essere considerate come la ricercata eziologia nella nevrosi. Queste esperienze *infantili*, sono a contenuto sessuale, ma ben più uniforme delle scene puberali già trovate. Non si tratta solo della riattivazione di temi sessuali a partire da impressioni sensoriali qualsiasi, ma di un'esperienza sessuale sul proprio corpo, di un *rapporto sessuale* in senso lato. Mi si concederà che *l'importanza* di queste scene non ha bisogno di ulteriori fondamenti. A ciò si aggiunga che nei loro dettagli si trovano quei fattori *determinanti*, che nelle scene tardive (ma riprodotte per prime) potevano mancare.

Affermo, dunque, che alla base di ogni caso di isteria si trovano, e a decenni di distanza possono essere riprodotte attraverso il lavoro analitico, *una o più esperienze sessuali precoci, addirittura della prima infanzia*. Considero questa una vera e propria scoperta, una sorta di *caput Nili* della neuropatologia. La causa è la cosa prima, *Ursache*, come si dice in tedesco. Io, Freud, l'ho trovata ... e non so come continuare la discussione delle circostanze che mi hanno portato alla scoperta. Devo esporre altro materiale analitico o tentare di affrontare la massa di obiezioni e di dubbi, che ragionevolmente mi aspetto da Voi? Scelgo quest'ultima alternativa. Chissà che sui fatti non potremo soffermarci con maggiore tranquillità.

a) Chi è ostile alla concezione psicologica dell'isteria non ha ancora rinunciato alla speranza di trovare un giorno “fini alterazioni anatomiche”, cui ricondurre i sintomi

⁸ La simmetria, non il determinismo, è alla base del meccanicismo, anche di quello psichico. La meccanica di Archimede si basa sull'assioma secondo cui una leva con bracci uguali e pesi uguali sta in equilibrio. D'altra parte il lancio di una moneta, il cui risultato non è deterministicamente prefissato, è meccanico. Infatti, produce o testa o croce con probabilità, rispettivamente p e $1 - p$, simmetriche rispetto a $\frac{1}{2}$, il valore di massima incertezza (e di massima informazione) del risultato. $[(p + (1 - p))/ 2 = \frac{1}{2}]$. Lacan ha intuito qualcosa della funzione meccanicistica in psicologia nel suo seminario sulla *Lettera rubata*, dove realizza una catena di Markov basata sull'alternanza di simmetrie e dissimmetrie. (J. Lacan. *Le Séminaire. Livre II. Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse* (1954-1955), cap. XV, XVI, Seuil, Paris 1978, pp. 207-240. Cfr. Materiali di questo seminario).

⁹ L'Uno genera la scienza, enuncia Lacan nel Seminario XX (J. Lacan, *Le Séminaire. Livre XX. Encore* (1972-1973), Seuil, Paris 1975, p. 116). Oggi si dubita di questo henomorfismo spinto, troppo logocentrico. La scienza moderna è scienza del plurale. La matematica studia *le* strutture, la fisica *gli* universi, la biologia *le* specie, la sociologia *le* società, la linguistica *le* lingue, la psicanalisi *i* sintomi.

isterici e respinge l'idea che le modificazioni isteriche non siano altro che i nostri normali processi psichici. Costoro non possono nutrire fiducia alcuna nelle nostre analisi. Per fortuna le differenze di principio tra le nostre posizioni e le loro ci esonerano dall'obbligo di convincerli puntualmente.

Ma anche altri, meno contrari alle teorie psicologiche dell'isteria, di fronte ai nostri risultati analitici, interpretandoli come romanzeschi, sarebbero tentati di porre la questione di quale sicurezza comporti l'applicazione della psicanalisi. Magari è stato il medico a imporre quelle scene al paziente compiacente, come sedicenti ricordi, o il paziente a proporre intenzionalmente pure invenzioni di fantasia, che il medico prende per buone. Rispondo che le obiezioni generiche contro la psicanalisi possono essere prima prese in considerazione e poi smontate solo a fronte di una presentazione completa della sua tecnica e dei suoi risultati. Sull'autenticità dei ricordi oggi sappiamo che molti sono già di per sé falsi, essendo ricordi di copertura, ma sull'autenticità delle scene sessuali infantili – d'ora in poi SSI – ho molti argomenti a favore. Non è un paradosso, ma semplicemente il fatto che le scene infantili sono dedotte dai ricordi. Se questi sono falsi, quelle possono essere vere. Dal falso si deduce tutto, insegnava Duns Scoto, anche il vero.

In primo luogo c'è il comportamento dei pazienti durante la riproduzione di queste esperienze infantili, che è affatto inconciliabile con l'ipotesi che queste scene siano acqua fresca. Sono sensazioni penose di una realtà rievocata malvolentieri. Prima di entrare in analisi i pazienti non sapevano nulla – ai miei tempi, oggi magari sanno già tutto – di codeste scene e si ribellano – questo ancora oggi – appena hanno sentore che stia emergendo qualcosa di simile. Magari banalizzano e solo per la forte costrizione del trattamento riescono a smuoversi e a rievocare le esperienze infantili, nonostante le sensazioni di vergogna e i tentativi di nasconderle. Inoltre, portata a termine la penosa operazione, cercano di non dar credito al suo risultato, dicendo di non aver provato la sensazione di ricordare, come per altri ricordi dimenticati.¹⁰

Considero questo comportamento assolutamente probante. A che scopo, infatti, i pazienti dovrebbero assicurarmi tanto decisamente della loro incredulità, se non avessero qualche ragione che le cose che vogliono svalutare sono loro finzioni? Cartesio toglie valore esistenziale al mondo perché sa che il mondo ha qualche valore e, anche, perché vuole ritrovare una certezza attraverso l'incertezza. I miei pazienti sono un po' cartesiani senza saperlo. Forse anch'io lo sono, nella misura in cui uso una logica diversa da quella aristotelica, non ontologica ma epistemica.

Quanto poi alla possibilità che il medico imponga reminiscenze di questo tipo – magari le proprie – suggerendone la rappresentazione e la rievocazione, ho poco da dire. Io non ci sono mai riuscito. (Intendo riuscito a riattivare tutte le sensazioni adeguate). Può darsi che altri ci riesca. Ma allora questa non è psicanalisi.

C'è tutta una serie di altre di garanzie a favore della realtà delle SSI. Innanzitutto l'uniformità dei dettagli. A meno di non credere a un accordo segreto tra pazienti, deve essere il prodotto di condizioni che si ripetono uguali in ogni esperienza. Inoltre, non di rado i pazienti descrivono come innocuo un processo, di cui non afferrano chiaramente il significato. Se l'afferrassero ne sarebbero spaventati. Non attribuiscono valore a dettagli che solo un esperto può apprezzare come fini tratti caratteristici del reale.

¹⁰ Nota del 1924. Tutto ciò è vero, ma non bisogna dimenticare che allora non mi ero liberato dalla sopravvalutazione, tipicamente medica, della realtà e dalla svalutazione della fantasia. Nel cap. III di *Costruzioni in analisi* (1937) segnalo il caso di costruzioni, che non hanno alcuna realtà biografica, ma hanno efficacia terapeutica come fossero vere.

Tutto ciò premesso, si rinforza l'impressione che i malati abbiano effettivamente vissuto le scene infantili che l'analisi li obbliga a rievocare. Un'altra potente dimostrazione è data dalla concordanza tra scene infantili e il resto della storia clinica. Ho già fatto il paragone del puzzle. So che a Sciacchitano non piace, ma lo ripeto. Lì, dopo molti tentativi ed errori si arriva alla certezza assoluta del pezzo da inserire nel buco, perché solo quel pezzo contemporaneamente: 1) completa il quadro 2) la sua dentellatura irregolare combacia con la dentellatura degli altri pezzi, senza lasciare spazi vuoti né creare sovrapposizioni. Analogamente le SSI si dimostrano per contenuto indispensabili integrazioni dell'impalcatura logica e associativa della nevrosi. Solo dopo la loro inserzione l'intero processo nevrotico diventa comprensibile, direi quasi autoevidente.

Senza volerlo portare in primo piano, e senza urtare di nuovo Sciacchitano, aggiungo il criterio *ex adiuvantibus*. In tutta una serie di casi il successo terapeutico dimostra l'autenticità delle SSI. Ci sono casi in cui si ottiene la guarigione, completa o parziale, senza dover risalire alle SSI, e ci sono casi in cui *non* si ottiene alcun risultato terapeutico senza spingere l'analisi alla sua fine naturale: le SSI. A mio parere, nel primo caso non posso escludere recidive. Una psicanalisi completa vale la guarigione radicale, ma non precorriamo l'esperienza.

Continuo l'escussione dei testimoni al processo a carico dell'eziologia sessuale dell'isteria.¹¹ Ci sarebbe un'altra prova realmente inoppugnabile a favore dell'autenticità delle SSI, cioè quando una persona esterna all'analisi conferma i dati della persona in analisi. Perché si dia tale evenienza, occorre che le due persone che le due persone abbiano condiviso la stessa SSI, magari avendo avuto un rapporto sessuale tra loro. Rapporti sessuali infantili non sono affatto rari. Capita spesso che entrambi i partner diventino nevrotici. Due volte su diciotto casi ne ho avuto la fortunata conferma. In un caso, il fratello, rimasto sano, mi confermò spontaneamente non le prime esperienze con la sorella malata, ma scene simili successive.¹² Nell'altro caso due mie pazienti ebbero da bambine rapporti sessuali con la stessa persona di sesso maschile, nonché scene a tre. In entrambe le donne era comparso lo stesso sintomo isterico.

b) SSI consistenti nella stimolazione dei genitali, pratiche simili al coito ecc. vanno in ultima analisi considerate come traumi da cui deriva la reazione isterica alle esperienze puberali e lo sviluppo dei sintomi isterici. Contro questa tesi verranno sollevate obiezioni contrapposte. Alcuni diranno che abusi sessuali su o tra bambini sono troppo rari, per riconoscervi la condizione di una nevrosi così frequente come l'isteria. Altri diranno che sono troppo frequenti per attribuirvi un significato causale. Costoro aggiungeranno che non è difficile trovare persone con SSI ma non isteriche.

¹¹ Restando in ambito giuridico – cioè, per dirla con Kant, rimanendo davanti al tribunale della ragione – come finora ho fatto, ci si ferma alle soglie della scientificità. Il diritto è cognitivo – riguarda quel che c'è – non scientifico. Lo scientifico riguarda quel che *non* c'è ancora. L'inconscio è scientifico, non cognitivo. Non riguarda la realtà, ma costruzioni largamente irrealistiche, per esempio le SSI. Il cognitivismo sta alla scienza come un romanzo giallo sta a un romanzo di Musil o di Broch, o come un laboratorio di polizia scientifica sta a un grande acceleratore lineare o al telescopio satellitare Hubble. Tutta la resistenza all'analisi si concentra in questa punta: resistenza alla scienza in quanto fuori dalla realtà quotidiana, dal *Lebenswelt* dei fenomenologi. Gli analisti che ho formato sono naufragati tutti sullo scoglio della scientificità.

¹² È la storia di Emmy von N, riferita in *Studi sull'isteria*. Cfr. *Ulteriori osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*. (GW, I, p. 382).

Una variante di questo argomento fa osservare che l'isteria non è meno frequente negli strati sociali superiori sugli inferiori, dove protezione sessuale dei bambini è minore.

Siamo sempre in tribunale. Cominciamo la difesa dalla parte più facile. Mi pare evidente che i nostri figli siano esposti ad attacchi sessuali più spesso di quanto non ci si possa aspettare, date le scarse precauzioni adottate dai genitori. Prese le prime informazioni al riguardo, venni a sapere dai colleghi che molte pubblicazioni pediatriche denunciano la frequenza con cui balie e bambaie fanno oggetto di pratiche sessuali persino i lattanti. Nelle scorse settimane mi è giunto tra le mani lo studio effettuato a Vienna dal dr. Stekel sul *Coito nell'infanzia*. Tutto fa supporre la grande frequenza delle attività e delle esperienze sessuali infantili.

Insomma, i risultati delle mie analisi parlano da soli. Sono arrivato a riconoscere le SSI, come ho già detto, in complessivamente diciotto casi di isteria pura e combinata a rappresentazioni ossessive (sei uomini e dodici donne). Posso suddividere la mia casistica in tre gruppi, a seconda dell'origine della stimolazione sessuale. Il primo gruppo comprende gli attentati sessuali, abusi isolati prevalentemente su bambine da parte di adulti estranei, che sapevano come evitare l'insulto meccanico più grossolano, senza condiscendenza da parte dei bambini e con conseguenza immediata lo spavento. Il secondo gruppo è il più numeroso ed è formato dai casi in cui un adulto (balie, bambaie, governanti, maestri e spesso purtroppo parenti stretti) inizia il bambino al rapporto sessuale e intrattiene con lui una forma di relazione amorosa, anche spiritualmente sviluppata, spesso protratta negli anni. Il terzo gruppo comprende rapporti sessuali tra bambini di sesso diverso, per lo più fratelli, non raramente prolungati oltre la pubertà e con conseguenze persistenti per la coppia. Nella maggior parte dei casi si combinano due o più di queste eziologie. In certi casi l'affollamento di esperienze sessuali era impressionante. Queste caratteristiche delle mie osservazioni cliniche si spiegano facilmente. Ho dovuto trattare casi gravi di nevrosi, con compromissione delle capacità vitali dei soggetti.

In presenza di un rapporto tra bambini ebbi talvolta la prova che il maschietto, qui aggressore, era stato in precedenza sedotto da una femmina adulta e che sotto la spinta della libido precocemente attivata e del ricordo ossessivo ha tentato di ripetere le stesse pratiche sulla piccola bambina, senza introdurre variazioni sul tema. Sono incline a supporre che senza precedente seduzione il bambino non trovi la via dell'atto sessuale. Non si agisce da soli, neppure nella masturbazione. La base della nevrosi viene sempre posta nell'infanzia da un adulto. I bambini si trasferiscono reciprocamente la predisposizione ad ammalarsi in futuro di isteria. Data la particolare frequenza di rapporti sessuali infantili tra fratelli e cugini, favoriti dal vivere in comune, si può ragionevolmente supporre che dieci o quindici anni dopo più membri della nuova generazione diventino nevrotici in base a un meccanismo di *pseudoeredità*, basato sul contagio infettivo.

Così dal tribunale ci spostiamo in un'aula di medicina legale e possiamo dedicarci a un'altra obiezione, quella di chi ammette l'alta frequenza delle SSI come pure il fatto che molte persone che le ricordano non sono diventate isteriche. Ribattiamo che l'alta frequenza di un fattore causale non può essere usata come argomento contro la sua rilevanza eziologica. Il bacillo della tbc è onnipresente ed è ispirato da molte più persone di quelle che si ammalano di tbc. La sua importanza eziologica non diminuisce per il fatto che per provocare la malattia, cioè per esercitare il suo effetto specifico, abbia bisogno della cooperazione di altri fattori. A riconoscergli il ruolo di eziologia specifica basta la considerazione che senza bacillo di Koch non c'è tbc. La causa è prima di tutto una condizione necessaria (anche se da sola non sufficiente) a produrre l'effetto. Lo stesso vale qui. Non importa che molti che hanno vissuto SSI non siano diventati isterici, se tutti coloro che sono diventati isterici hanno vissuto SSI. Una

tabellina di contingenza, che riporta le frequenze delle varie combinazioni di causa/effetto, chiarisce il concetto:

		SSI	
		+	-
ISTERIA	+	a	$b = 0$
	-	c	$d \neq 0$

L'assenza di eziologia è rappresentata dall'uguaglianza dei rapporti $a/c = b/d$, quando il rapporto tra presenza e assenza di isteria non varia in presenza o assenza di SSI. (Matematicamente $ad = bc$, cioè determinante della tabella uguale a zero).¹³ La mia ipotesi di specificità eziologica è rappresentata dalla condizione $b = 0$ (determinante = ad), che attribuisce alla SSI la qualifica di condizione necessaria dell'isteria. In questa ipotesi è indifferente il valore di c , cioè il numero di coloro che *non* sono diventati isterici pur in presenza di SSI. Non tutti coloro che vengono a contatto con il virus del vaiolo ne vengono contagiati, ma il virus è l'unica eziologia a noi nota.

Ometto l'analisi statistica più approfondita. Mi limito ad osservare che se SSI fossero un evento generalizzato ($b+d = 0$), la sua rilevazione sarebbe irrilevante. In effetti la mia ipotesi eziologica completa è: $b = 0, d \neq 0$. La pretesa eziologica¹⁴ delle SSI non si basa statisticamente solo sulla condizione $b = 0$, ma sul nesso associativo tra SSI e sintomi isterici, che ogni storia clinica dimostra in modo lampante. Come ho già segnalato nella nota 8, meccanicismo non è sinonimo di determinismo. Una certa dose di indeterminismo è compatibile con il meccanicismo. La causa può essere presente, può esercitare la propria azione meccanica specifica e l'effetto può realizzarsi solo in una frazione di casi. Quel che si richiede è che in presenza della causa la frequenza dell'effetto sia maggiore che in assenza ($a > b$).

Quali dovrebbero essere gli altri fattori, richiesti dalla "specificità eziologica" dell'isteria, affinché si produca l'effetto nevrotico? Questo è un tema a sé che non mi propongo di trattare. Oggi mi limito a segnalare il punto di contatto tra eziologia specifica e eziologia ausiliaria. Va considerato un certo numero di fattori: costituzione ereditaria e personale, l'importanza intrinseca delle SSI e soprattutto la loro frequenza. Un breve rapporto con un bambino estraneo, successivamente indifferente, ha un effetto molto minore di una SSI duratura con un fratello. In questa materia i fattori quantitativi sono altrettanto importanti di quelli qualitativi. Per la comparsa della malattia vanno superate certe soglie.¹⁵ D'altronde neppure la suddetta serie eziologica può essere

¹³ A rigore si può solo negare la presenza della causa (determinante = 0). Se il determinante è diverso da 0 non si può escludere che agisca una causa a monte della causa in questione, in grado di disproporzionare la tabella di contingenza.

¹⁴ *Ätiologischer Anspruch* andrebbe tradotto "esigenza eziologica". Tuttavia, le OSF traducono "pretesa eziologica", cogliendo forse meglio la pretesa ippocratica di Freud di trovare a tutti i costi "basi - tradotto "cause" dalle OSF! - adeguate" per l'isteria, cioè un'eziologia di natura determinata. (Cfr. S. Freud, *Studi sull'isteria. Signora Emmy von N.*, vol. I, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, p. 159). Curiosamente, la stessa espressione *ätiologischer Anspruch* ricorre nel Cap. IV della *Traumdeutung*, dove Freud la usa per spiegare l'identificazione isterica della spiritosa macellaia. (Cfr. S. Freud, *Die Traumdeutung*, vol. II-III, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, p. 155.) Insomma, Freud proietta i propri tic mentali sui pazienti in cura.

¹⁵ "Sembra che piacere e dispiacere non dipendano da fattori quantitativi, ma da loro caratteristiche interne, che possiamo indicare solo in modo qualitativo". S. Freud, *Il*

considerata completa e non spieghi l'enigma della bassa frequenza dell'isteria nelle classi sociali inferiori. (Si ricordi che per Charcot l'isteria maschile sarebbe molto diffusa nella classe operaia). Nelle mie *Neuropsicosi da difesa* (1894) segnalai un fattore isterogeno postpuberale finora poco considerato. Allora spiegai che l'insorgere dell'isteria segue quasi regolarmente a un *conflitto psichico*: una rappresentazione insopportabile suscita la *reazione di difesa dell'Io* e ordina la rimozione.¹⁶ All'epoca non seppi precisare in quali circostanze la reazione di difesa abbia l'effetto patologico di respingere la rappresentazione nell'inconscio, sostituendola con un sintomo. Oggi posso completare la teoria. *La difesa riesce nell'intento di respingere nell'inconscio la rappresentazione insopportabile, a due condizioni: nella persona, fino a quel momento sana, 1) si trovano ricordi inconsci di SSI e 2) la rappresentazione da rimuovere può logicamente e associativamente connettersi a quella SSI.* E poiché lo sforzo di difesa del soggetto dipende dal complesso della sua formazione intellettuale e morale, ecco spiegato perché negli strati inferiori della popolazione l'isteria è più rara di quanto consentirebbe la sua eziologia specifica. La cultura ha un costo in malattie.

Torniamo ora indietro al terzo gruppo di obiezioni, rispondere alle quali ci ha portato tanto lontano. Abbiamo sentito e riconosciuto che molti ricordano in modo chiaro e distinto le proprie SSI e tuttavia non sono isterici. Questa non è un'obiezione, anzi è l'occasione per un'osservazione significativa. Secondo la nostra comprensione delle nevrosi queste persone *potrebbero* non essere isteriche o almeno non in conseguenza della SSI, che ricordano consciamente. Nei nostri malati questi ricordi *non* sono mai consci. Noi li guariamo dall'isteria trasformando i ricordi della SSI da inconsci a consci. Che abbiano sperimentato SSI è un dato di fatto che non è né possibile né necessario cambiare. L'esistenza delle SSI da sole non basta. Occorre anche una certa condizione psicologica. Le SSI devono essere presenti come *ricordi inconsci*. Solo in quanto inconse le SSI possono produrre e sostenere sintomi isterici. Ma da cosa dipenda se le SSI producano ricordi consci o inconsci, se dipenda dal contenuto delle SSI o dal tempo in cui si verificano o da influenze successive, questo è un altro problema da cui ci teniamo prudentemente lontani. Ricordate solo questo primo risultato dell'analisi: *i sintomi isterici derivano da ricordi che operano inconsciamente.*

c) Ammesso che le SSI siano le condizioni di base, per così dire la *disposizione* all'isteria, ma che non producano sintomi isterici immediatamente ma, rimanendo inizialmente inattive, agiscano patologicamente solo in un secondo tempo, quando dopo la pubertà vengono riattivati come ricordi inconsci, occorre conciliare questa tesi con le numerose osservazioni di affezioni isteriche insorte già durante l'infanzia e prima della pubertà. Ma anche questa difficoltà si scioglie, analizzando da vicino la cronistoria delle SSI. Allora si constata che nei casi gravi la formazione dei sintomi comincia, non eccezionalmente ma regolarmente, verso gli otto anni e che le SSI, che restano immediatamente senza effetti, risalgono al quarto, al terzo e a volte anche al secondo anno di vita. Poiché in nessun caso la catena degli effetti delle SSI si spezza all'ottavo anno, devo supporre – se non vado troppo in fretta – che il periodo della vita della seconda dentizione costituisca un limite per l'isteria, al di là del quale la sua causazione risulta impossibile. Dopo gli otto anni, chi non ha avuto SSI precoci non può più essere predisposto all'isteria, chi le ha avute può già sviluppare sintomi isterici. Casi isolati di insorgenza dell'isteria prima degli otto anni vanno intesi come casi di maturità precoce.

problema economico del masochismo (1924), in *Sigmund Freud gesammelte Werke*, vol. XII, Fischer, Frankfurt a.M. 1999, p. 372.

¹⁶ In quel saggio parlai per la prima volta di “tracce mnestiche di rappresentazioni rimosse”.

L'esistenza di questo limite dipende probabilmente dai processi di sviluppo sessuale nel suo insieme. La precocità dello sviluppo sessuale somatico è di frequente osservazione ed è pensabile che la stimolazione sessuale lo acceleri.

Si arriva alla conclusione che un certo stato *infantile* delle funzioni psichiche e del sistema sessuale sia richiesto affinché le esperienze di questo periodo dispieghino in seguito, come ricordi, effetti patogeni. Tuttavia, non mi azzardo a pronunciarmi sulla natura di questo infantilismo psichico e sui limiti temporali.

d) Un'altra obiezione potrebbe prendere spunto dalla discrepanza tra ricordo della SSI con effetti patogeni così vistosi e l'esperienza in sé, che è rimasta senza effetti. Infatti, non siamo abituati a considerare che una formazione mnestica sprigioni tanta forza che manca all'impressione reale. Tuttavia, la teoria è consequenziale: nell'isteria i sintomi possono derivare solo dai ricordi. Tutte le scene successive, in cui si formano i sintomi, non sono le scene reali, mentre le esperienze propriamente reali non producono immediatamente effetto. Si tratta di una sorta di obbedienza differita dell'effetto rispetto alla causa. Ci troviamo qui di fronte a un problema che a buon diritto possiamo tenere separato dal nostro argomento.

Sentiamo ora la necessità di una sintesi di fronte alla massa di dati empirici sorprendenti. Abbiamo imparato che 1) la formazione del sintomo isterico richiede uno sforzo di difesa contro una rappresentazione penosa; 2) questa rappresentazione deve possedere un nesso logico o associativo con un ricordo inconscio tramite elementi intermedi, più o meno numerosi ma pure essi al momento inconsci; 3) il ricordo inconscio può avere solo un contenuto sessuale; questo ricordo contiene un'esperienza riferibile a un ben preciso periodo dell'infanzia. Infine, non ci si può non chiedere come il ricordo di un'esperienza a suo tempo innocua possa avere effetti postumi abnormi e polarizzare il meccanismo di difesa verso un risultato patologico, rimanendo esso inconscio.

Forse si tratta solo di un problema meramente psicologico, la cui soluzione dipende da assunti sui processi psichici normali e sul ruolo della coscienza. Il problema rimane momentaneamente insoluto, senza ridurre il valore delle prospettive acquisite nell'eziologia dell'isteria.

III

Il problema che ho appena affrontato riguarda il *meccanismo* dei sintomi isterici. Sono costretto a presentarne la causa senza considerarne il meccanismo con conseguente inevitabile perdita di chiarezza e di approssimazione. Torniamo al ruolo delle SSI. Credo di avervi indotto a sopravvalutare la loro forza eziopatogenetica. Ribadisco che ogni caso di isteria dimostra sintomi non determinati da esperienze infantili ma recenti. Un'altra parte di sintomi, invece, risale a esperienze decisamente precoci, in un certo senso appartenendo alla nobiltà più antica, tra cui le numerose sensazioni e parestesie ai genitali e in altre parti del corpo, che riproducono semplicemente in via allucinatoria le SSI, spesso con rinforzo doloroso.

Nelle mie analisi un'altra serie di fenomeni isterici più comuni – impulso doloroso a urinare, sensazioni durante la defecazione, disturbi intestinali, nausea e vomito, disturbi gastrici e disgusto per il cibo – si dimostrano con sorprendente regolarità derivati delle SSI. Le SSI sono difficilmente accettabili alla sensibilità di persone sessualmente normali, perché contengono tutti gli eccessi noti ai dissoluti e agli impotenti, che usano in modo sessualmente improprio della cavità orale e dell'ano. Nel medico lo stupore cede presto il passo alla completa comprensione. Da persone che non si fanno scrupolo di soddisfare i propri bisogni sessuali su bambini non ci si possono aspettare delicatezze

nei modi di realizzare tale soddisfazione e l'impotenza propria dell'età infantile obbliga inevitabilmente all'uso di quei surrogati, cui si devono abbassare gli adulti diventati impotenti. Tutte le bizzarre condizioni grazie alle quali una coppia disparata porta avanti il proprio rapporto amoroso – da una parte l'adulto che non può sottrarsi alla mutua dipendenza, inevitabile in ogni relazione sessuale, e che ora è supportato dall'autorità e dal diritto di punire e che cambia ruolo per la sfrenata soddisfazione delle sue voglie, dall'altra il bambino inerme, sacrificato a questo arbitrio, prematuramente destato a tutte le sensazioni, esposto a tutte le disillusioni e spesso interrotto nell'esercizio delle richieste prestazioni sessuali a causa dell'incompleto dominio dei bisogni naturali – tutti questi grotteschi nonché tragici comportamenti patologici marchiano lo sviluppo successivo della nevrosi individuale con effetti duraturi, che andrebbero approfonditi meglio. Il carattere ripugnante delle SSI non manca anche quando si tratta di rapporto tra bambini, necessariamente preceduto dalla seduzione di un adulto. Le conseguenze psichiche di tale rapporto sono straordinariamente profonde. Entrambe le persone rimangono legate per tutta la vita da un filo invisibile.

Occasionalmente sono circostanze collaterali delle SSI che hanno la forza di determinare i sintomi della nevrosi. In uno dei miei casi il bambino era stato addestrato a eccitare con il piede i genitali di una donna adulta. Anni dopo l'attenzione nevrotica si fissò sulle gambe e sulle loro funzioni, fino a sviluppare una paraplegia isterica. In un altro caso sarebbe rimasto enigmatico perché la malata durante i suoi attacchi di panico, che avvenivano preferibilmente in certe ore del giorno, pretendesse per calmarci una e una sola delle sue numerose sorelle al suo fianco, se l'analisi non avesse dimostrato che a suo tempo l'attentatore non si informasse ad ogni sua visita se fosse in casa proprio quella sorella, da cui temeva di essere disturbato.

Può accadere che la forza determinante di una SSI si celi al punto tale da sfuggire all'analisi superficiale. Allora si pensa di aver trovato la spiegazione del sintomo in una scena più tardiva, ma quando nel seguito del lavoro ci si imbatte nello stesso contenuto di una SSI, si deve concludere che la scena tardiva deve la propria forza nel determinare i sintomi unicamente alla coincidenza con la precoce. Non sto svalutando la scena tardiva. Se fosse mio compito esporvi le regole di formazione dei sintomi isterici, dovrei senz'altro riconoscerne una nel fatto che, per formare il sintomo viene scelta quella rappresentazione alla cui attivazione concorrono più fattori e da più parti. In altro luogo mi sono espresso così: *i sintomi isterici sono sovradeterminati*.¹⁷

Ancora una cosa. Poco fa ho lasciato da parte come argomento speciale il rapporto tra eziologia recente e infantile, ma non posso farlo cadere del tutto senza almeno un'osservazione. Riconoscerete con me che soprattutto *un* fatto rende problematica la comprensione psicologica dei fenomeni isterici e sembra ammonire di non usare lo stesso metro per valutare le azioni degli isterici e dei normali. Si tratta della sproporzione, tipica dell'isteria, tra stimolo e reazione psichica, che noi cerchiamo di coprire parlando di abnorme eccitabilità generale, magari sforzandoci di spiegarli in termini puramente fisiologici, come se gli organi cerebrali deputati alla trasmissione si trovassero nei malati in un certo stato biochimico, paragonabile ai centri spinali della rana stricninizzata, o sottratti agli influssi inibitori dei centri superiori, come in certi esperimenti di vivisezione. Occasionalmente entrambe le spiegazioni sono pienamente giustificate. Non discuto. Ma la maggior parte dei fenomeni di abnorme ed eccessiva reazione isterica a uno stimolo psichico ammette un'altra spiegazione, supportata da

¹⁷ “Il carattere principale dell'eziologia delle nevrosi è che la loro genesi è *sovradeterminata*, cioè all'effetto concorrono più fattori”. S. Freud, “Studi sull'isteria” (1895), in *Sigmund Freud gesammelte Werke*, vol. I, Fischer. Frankfurt a.M. 1999, p. 261.

numerosi casi d'analisi. E cioè, *la reazione isterica è solo apparentemente eccessiva; ci sembra tale perché conosciamo solo una piccola parte dei fattori cui consegue*. In realtà la reazione è proporzionale allo stimolo e, quindi, normale e psicologicamente comprensibile. Lo si vede bene quando ai fattori coscienti l'analisi aggiunge quelli che il malato non poteva comunicarci, perché hanno prodotto effetti a sua insaputa.

Potrei andare avanti ore a illustrarvi l'importanza di questo principio per tutta l'attività psichica degli isterici, ma devo limitarmi a pochi esempi. Ognuno ha motivo di ricordarsi della frequente "suscettibilità" isterica, che reagisce alla minima allusione svalutante come fosse un'offesa mortale. Ma cosa pensereste, notando un grado altrettanto elevato di permalosità tra due persone normali, per esempio due coniugi? Pensereste che l'ultima scenata coniugale non sia solo l'effetto dell'ultima piccola occasione, ma che si è a lungo preparata accumulando materiale infiammabile che alla fine è esploso al minimo urto. Trasferite ora lo stesso ragionamento all'isteria. Non è l'ultima piccolissima offesa a provocare il pianto spasmodico, la crisi di disperazione o il tentativo di suicidio, contro il principio di proporzionalità tra causa ed effetto, ma è il fatto che la piccola offesa attuale riattiva parecchie e più intense offese precedenti, dietro alle quali si cela un'offesa mai riparata, subita in età infantile. Oppure, se ragazzina si rimprovera acerbamente per aver tollerato che un ragazzo le carezzasse teneramente in segreto la mano, e da allora va in nevrosi, potreste affrontare il mistero con un giudizio di anormalità e eccentricità in persona ipersensibile, ma cambiereste opinione, se l'analisi vi mostrasse che quel contatto ne ricordava un altro simile, avvenuto nella prima infanzia, parte di un tutto meno innocente, cui si riferiscono propriamente i rimproveri. Non diverso è in ultima analisi il problema dei punti isterogeni di Charcot. Toccando un punto predeterminato, fate qualcosa che non era nelle vostre intenzioni. Riattivate un ricordo che può riattivare una crisi spasmodica e, poiché non sappiamo nulla dell'intermediario psichico, vi sembra di vedere l'effetto causato dal vostro contatto. I malati si trovano nella stessa ignoranza e cadono nello stesso errore, stabilendo costantemente "falsi nessi"¹⁸ tra l'ultima causa, di cui sono coscienti, e l'effetto, che dipende da molti elementi intermedi di cui non sono coscienti. Divenuto possibile, al fine di chiarire la reazione isterica, riunire i fattori coscienti e inconsci, il medico potrà riconoscere l'adeguatezza di questa reazione apparentemente esagerata, abnorme solo nella forma.

Contro questa giustificazione della reazione isterica agli stimoli psichici si obietterà, ora a ragione, che è comunque anormale. Infatti, le persone sane si comportano in modo diverso. Ma perché? Perché nei normali i ricordi da tanto tempo passati, non fanno di nuovo effetto al sopraggiungere di un'eccitazione attuale? Si ha l'impressione che nell'isteria rimangano attive e capaci di produrre effetti tutte le vecchie esperienze alle quali gli isterici hanno già reagito in modo tanto spesso e in modo tempestoso, come se fossero persone incapaci di smaltire gli stimoli psichici. Giusto, qualcosa del genere deve pur verificarsi. Non si dimentichi che le vecchie esperienze degli isterici agiscono nell'attualità come *ricordi inconsci*. Sembra che la difficoltà di smaltire un'impressione attuale, l'impossibilità di trasformarla in ricordo inoffensivo, dipenda proprio dal carattere dell'inconscio psichico.

¹⁸ Sul valore del falso, non inteso in senso ontologico come contrario del vero, ma epistemico come falso nesso, cfr. S. Freud. "Le nevrosi da difesa" (1894), in *Sigmund Freud gesammelte Werke*. vol. I, Fischer. Frankfurt a.M. p. 66 (in rapporto alle nevrosi ossessive); Id., "Studi sull'isteria. Per la Psicoterapia dell'isteria" (1895), GW, vol. I, p. 299, (come riempitivo delle lacune mnestiche nell'isteria), Id., p. 309 (come causa del transfert sul medico); Id. "Caso Emmy von N", p. 121n (come falso ricordo).

Come si vede il problema torna a essere psicologico, ma di una psicologia per la quale i filosofi hanno fatto poco lavoro preliminare. A questa psicologia, creata apposta per le nostre esigenze – la futura *psicologia delle nevrosi* – rimando e concludo la mia comunicazione su qualcosa che potrebbe far vacillare la nostra iniziale comprensione dell'eziologia dell'isteria. Devo infatti dichiarare che il ruolo eziologico delle SSI non si limita all'isteria, ma si estende alla nevrosi ossessiva e forse può essere convalidato per forme croniche di paranoia e altre psicosi funzionali. Lo affermo in modo meno categorico, perché il mio numero di analisi di nevrosi ossessiva è molto inferiore a quello di analisi di isteria. Per quanto riguarda la paranoia, poi, dispongo solo di un'analisi completa e di qualche frammento. Ma i primi riscontri mi sembrano attendibili e giustificano l'attesa di casi simili. Forse sapete che recentemente mi sono dichiarato favorevole a unificare isteria e ossessione sotto un unico titolo – *nevrosi da difesa* – ancora prima di conoscere la comune eziologia infantile. Ora devo aggiungere – anche se non è sempre così – che i miei casi di nevrosi ossessiva hanno uno sfondo ben riconoscibile di sintomi isterici, dolori e parestesie, riconducibili a vecchie SSI. Dove passa allora la linea di demarcazione tra isteria, ossessione e paranoia? Come distinguerle, se tutte e tre sono successive a SSI? Qual è il fattore che contribuisce specificamente all'una o all'altra? L'ampliarsi delle nostre conoscenze sembra andare contro l'ipotesi eziologica sessuale delle nevrosi, sospendendone la specificità isterica.

Non sono ancora in grado di dare risposte attendibili a questa questione. Il piccolo numero delle mie analisi, unitamente alla varietà di condizioni, non è sufficiente. Finora ho notato che l'analisi spiega le ossessioni come velate o camuffate *accuse per aggressioni sessuali in età infantile*. Come tali, in quanto scene attive e non passive, compaiono più spesso negli uomini che nelle donne e negli uomini sono più frequenti dell'isteria. Potrei dire che c'è una modalità con cui viene sperimentata la SSI – con piacere o attivamente, senza piacere o passivamente – che influenza la scelta successiva della nevrosi, ma non vorrei sottovalutare altri fattori: l'età di ricorrenza di queste esperienze, il contesto familiare, il livello culturale... La soluzione verrà dalla discussione di altri casi. Una volta stabiliti i fattori determinanti, il problema del meccanismo di scelta della particolare neuropsicosi da difesa sarà di nuovo un problema psicologico.

Sono così arrivato alla fine della mia trattazione. Conoscendo le obiezioni e l'incredulità dei colleghi, vorrei dare alla cosa un ultimo chiarimento come viatico. Comunque prendiate i miei risultati, vi prego di non considerarli il frutto di una speculazione a buon mercato. Si basano su faticose ricerche malato per malato per più di centinaia di ore. Più importante della valutazione dei risultati è per me l'attenzione che dedicherete al metodo di cui mi sono servito. Non è il metodo cartesiano, ma è un metodo nuovo, difficile da maneggiare e insostituibile a fini terapeutici e scientifici. Non lo si può contestare applicando semplicemente l'usuale anamnesi medica. Va applicato nella forma modificata da Breuer. Sarebbe come confutare i risultati della microscopia invocando l'anatomia macroscopica. Il nuovo metodo di ricerca dà accesso a un nuovo elemento dell'accadere psichico: ciò che rimane inconscio o, per dirla con Breuer, "incoscienzabile". Speriamo che sia la premessa per una nuova e migliore comprensione dei disturbi psichici funzionali.

Se ne accorgeranno gli psichiatri?

Parafrasi aggiornata il 7 settembre 2007