

STUDI SULL'ISTERIA

BREUER E FREUD

1892-95

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le storie cliniche qui riportate richiedono qualche chiarimento.

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

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

Jones (*op. cit.*, vol. 1, pp. 278 sgg.) riferisce il racconto fattogli da Freud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comunque la questione non può essere risolta con certezza assoluta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prefazioni

Prefazione alla prima edizione

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

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

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

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

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

J. BREUER, S. FREUD

Aprile 1895

Prefazione alla seconda edizione

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

BREUER

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

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

Vienna, luglio 1908

FREUD

Capitolo 1

Comunicazione preliminare

Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici¹

Breuer e Freud

1.

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Clione
- 2) Simbolice
- 3) Osana

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

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

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

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

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

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

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

Ricordo

1) Ripetersi:

2) Emozionale

3) Riportato
allo status

4) Espresso in
parole

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

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

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

da cause
fittizie e
l'isterico soffre
"senza saperlo"
di ricordi

2.

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

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

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

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

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

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

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

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

Abreaktion:
sfogo!

?

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

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

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

Nel primo gruppo annoveriamo quei casi in cui i malati non hanno reagito a traumi psichici perché la natura del trauma escludeva una reazione, come per la perdita apparentemente insostituibile di una persona amata, o perché le condizioni sociali rendevano impossibile una reazione, o perché si trattava di cose che il malato voleva dimenticare, e che perciò intenzionalmente rimuoveva¹ dal suo pensiero cosciente, inibendole e reprimendole. Proprio queste cose penose si trovano poi nell'ipnosi quale fondamento di fenomeni isterici (deliri isterici di santi e di monache, di donne astinenti, di bambini bene educati.²

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

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

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

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

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

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

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

3.

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

Emozione
paralizzante
↓ ? ↑
Impossibilità
alla reazione

Stato
emotivo
patologico
||
X
Stato di
coscienza
normale

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

Cherent

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

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

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

Stati
ipnoidi
?

Prima
funzione
dell'
inconscio

Regolazione
come

base via

o del'
cizidog-a

due della
terapia?

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

4.

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

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

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

¹ [Vedi lo schema di questo paragrafo nell'abbozzo III, sopra a p. 141.]

² [J.-M. CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, III (Parigi 1887) p. 261.]

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

?
.
Isteria :
non è
lavoro sessuale
?

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

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

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

il ricordo; mentre, per un'altra parte ancora, si sottraggono, proprio come le stigmati isteriche¹ nei sintomi permanenti, a una tale spiegazione.

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

Il decorso tipico di un'isteria grave consiste, come è noto, in primo luogo nella formazione, in stati ipnoidi, di un contenuto rappresentativo; questo, una volta accresciutosi sufficientemente, si impossessa, durante un periodo di "isteria acuta", dell'innervazione corporea e dell'esistenza del malato, creando sintomi permanenti e attacchi; per finire col guarire, salvo dati residui. Anche se la persona normale riesce a riprendere il dominio di sé, ciò che di quel contenuto rappresentativo ipnoide è sopravvissuto ritorna in nuovi attacchi isterici, riportando temporaneamente la persona in stati consimili a loro volta influenzabili e accessibili a traumi. Si stabilisce allora per lo più una specie di equilibrio fra i gruppi psichici che si trovano riuniti nella medesima persona; attacco isterico e vita normale procedono parallelamente senza influenzarsi a vicenda. L'attacco in tal caso si pro-

¹ [CHARCOT, *ibid.*, pp. 255, definisce le stigmati isteriche: "i sintomi permanenti dell'isteria". Le stigmati sono discusse più oltre da Breuer alle pp. 387 sg. e da Freud a p. 403.]

duce spontaneamente, così come sogliono presentarsi spontaneamente anche in noi i ricordi; però può anche essere provocato, così come ogni ricordo può essere ridestato secondo le leggi dell'associazione. La provocazione dell'attacco può aversi o in seguito a stimolazione di una zona isterogena o in seguito a una nuova esperienza che, per la sua somiglianza, dia risonanza all'esperienza patogena. Speriamo di poter mostrare che fra queste due condizioni, apparentemente tanto diverse, non esiste una differenza essenziale, e che in ambedue i casi si tocca un ricordo iperestetico. In altri casi questo equilibrio è labilissimo: l'attacco appare come espressione del residuo di coscienza ipnoide, ogni volta che la persona normale, essendo esaurita, perde la propria capacità di controllo. Non si può escludere che in tali casi l'attacco, spogliato del proprio significato originario, possa anche riprodursi quale reazione motoria priva di contenuto.

Ricerche ulteriori dovranno stabilire da quali fattori dipenda il fatto che un'individualità isterica si manifesti con attacchi, o con sintomi permanenti, o con un miscuglio delle due forme.¹

5.

Si comprende ora come il metodo di psicoterapia da noi esposto possa guarire. *Esso elimina l'efficienza della rappresentazione originariamente non abreagita, in quanto consente al suo affetto incapsulato di sfociare nel discorso; e la conduce alla correzione associativa traendola nella coscienza normale (nell'ipnosi leggera) o annullandola mediante suggestione del medico, così come accade nel sonnambulismo con amnesia.*

Noi riteniamo che il vantaggio terapeutico nell'applicazione di questo procedimento sia notevole. Naturalmente non guariamo l'isteria in quanto predisposizione, né possiamo agire contro il ritorno degli stati ipnoidi. Durante lo stadio produttivo di un'isteria acuta, inoltre, il nostro procedimento non può impedire che i fenomeni faticosamente eliminati vengano tosto sostituiti da nuovi fenomeni. Se però questo stadio acuto è terminato e ne permangono i residui sotto forma di attacchi e di sintomi isterici permanenti, il nostro metodo li elimina spesso e per sempre, perché è un metodo radicale; ci sembra che in ciò esso superi di gran lunga l'efficacia del-

¹ [Vedi l'abbozzo di questo paragrafo in *Sulla teoria dell'attacco isterico*, sopra a p. 143. Il soggetto degli attacchi isterici sarà ripreso da Freud negli scritti: *Osservazioni generali sull'attacco isterico* (1909), e *Dostoevskij e il parricidio* (1927).]

Metodo Catartico : ritorno a 1° momento in cui ci
compono lo stimolo? In ipnosi?
Permettere lo sfogo e poi si elimina?
Da solo o con la suggestione del medico!

l'annullamento suggestivo diretto, quale viene esercitato attualmente dagli psicoterapeuti.

Se, scoprendo il meccanismo psichico dei fenomeni isterici, abbiamo compiuto un passo avanti sulla strada già iniziata da Charcot con tanto successo con la sua spiegazione e riproduzione sperimentale delle paralisi isterotraumatiche, non ci nascondiamo tuttavia che con ciò abbiamo reso piú prossimo alla nostra comprensione soltanto il meccanismo dei sintomi isterici, non le cause intime dell'isteria. Abbiamo soltanto sfiorato l'etiologia dell'isteria e abbiamo potuto propriamente chiarire soltanto le cause delle forme acquisite, il significato del fattore accidentale per la nevrosi.

Vienna, dicembre 1892