

CONFUSIONE DELLE LINGUE TRA ADULTI E BAMBINI ¹ (Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione) (1932) ²

Sandor Ferenczi

È stato un errore pretendere che un tema di tale ampiezza come è quello dei fattori esogeni nella formazione del carattere e della nevrosi rientrasse nei limiti di una relazione congressuale.

Mi contenterò dunque di esporvi solo una piccola parte di ciò che avrei da dirvi sull'argomento. Forse è opportuno che vi comunichi anzitutto com'è che sono arrivato a formulare il problema contenuto nel titolo di questa relazione. Nella conferenza tenuta alla Società psicoanalitica di Vienna in occasione del settantacinquesimo compleanno del Prof. Freud, parlavo di una regressione nella tecnica e in parte anche nella teoria delle nevrosi; questa regressione, a cui mi hanno spinto alcuni insuccessi o successi incompleti, consiste nell'aver posto nuovamente l'accento sul fattore traumatico nella patogenesi delle nevrosi, a torto trascurato negli ultimi tempi. La ricerca scarsamente approfondita del fattore esogeno comporta il rischio che basandosi esclusivamente sulla predisposizione e la costituzione si diano spiegazioni affrettate dei vari casi. Ora, dei fenomeni in un certo senso imponenti - cioè le ripetizioni quasi allucinatorie di esperienze traumatiche - cominciarono ad accumularsi nella mia pratica analitica, giustificando la speranza che, tramite queste abreazioni, ingenti quantità di affetti rimossi arrivassero a farsi valere nella vita emozionale e, dato che la sovrastruttura degli affetti veniva sufficientemente allentata dal lavoro analitico, si arrivasse così a mettere termine alla formazione dei sintomi. Purtroppo, questa speranza si è realizzata solo in parte e in alcuni casi mi sono trovato addirittura in un notevole imbarazzo; la ripetizione a cui l'analisi incoraggiava i pazienti era riuscita *troppo bene*. Invece di registrare il miglioramento di questo o quel sintomo, come era da aspettarsi, questi pazienti cominciarono a soffrire di stati ansiosi notturni e spesso addirittura di incubi, mentre l'analisi degenerava ogni volta in un attacco isterico. Certo, sottoponevo ad un'analisi coscienziosa la sintomatologia di questi attacchi che apparivano

¹ Tratto da Sandor Ferenczi, *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. III, *Ulteriori contributi (1908 - 1933)*, *Psicoanalisi delle abitudini sessuali e altri saggi*, a cura di Glauco Carloni e Egon Molinari, traduzione di Elena Ponsi Franchetti, Guaraldi Editore, Rimini, 1974, pp. 415 - 427.

² Relazione al XII Congresso Internazionale di Psicoanalisi tenutosi a Wiesbaden nel settembre 1932.

spesso pericolosi, riuscendo così a convincere e tranquillizzare i pazienti; tuttavia non ottenevo i risultati duraturi che mi aspettavo e la mattina successiva dovevo ascoltare il paziente lagnarsi, al solito, della nottata spaventosa, dopo di che la seduta si riduceva ancora una volta alla ripetizione del trauma. Di fronte a queste difficoltà, per un certo periodo mi contentai di dire, come è d'uso, che il paziente aveva resistenze troppo forti da superare, oppure che soffriva di rimozioni che potevano venire eliminate e rese coscienti solo a tappe. Ma dopo che anche col passare del tempo non si verificava alcun mutamento essenziale, dovetti compiere ancora una volta l'autocritica. Cominciai a fare attenzione quando i pazienti durante i loro attacchi dicevano che ero indifferente, freddo, senza riguardi, crudele, quando mi accusavano di egoismo, di essere presuntuoso e senza cuore, gridandomi: "Ma perché non mi aiuta? Cosa aspetta? Non mi lasci morire così". Feci dunque un esame di coscienza per vedere se malgrado la mia buona volontà cosciente non ci fosse un po' di verità in queste lagnanze. Osserverò di passaggio che questi sfoghi di irritazione e di rabbia si verificarono solo in casi eccezionali; per lo più la seduta terminava con atteggiamenti di dichiarata, quasi indifesa arrendevolezza e l'espressa volontà di accettare le mie interpretazioni. La provvisorietà di quest'impressione, tuttavia, mi lasciò intuire che anche i docili provavano impulsi di odio e di rabbia nel loro intimo, per cui cominciai a spronarli a trattarmi senza tanti riguardi. Anche questo incoraggiamento non ebbe successo; quasi tutti respinsero energicamente la mia richiesta, sebbene il materiale analitico provasse a sufficienza che essa non era campata in aria.

A poco a poco mi convinsi che i pazienti avevano una sensibilità estrema per i desideri, le tendenze, gli umori, le simpatie e le antipatie dell'analista, una sensibilità di cui l'analista stesso può essere del tutto inconsapevole. Anziché contraddirci, incolparci di passi falsi ed errori, essi si *identificano* con noi e se in determinati momenti dell'eccitazione isteroide, vale a dire in stati di quasi totale perdita di coscienza, possono avere il coraggio di esprimerci delle proteste, di solito non si permettono alcuna critica nei nostri riguardi, o per meglio dire non viene loro neppure in mente di criticarci, per quanto ne abbiano esplicita autorizzazione e siano direttamente incoraggiati farlo. Pertanto noi non dobbiamo indovinare soltanto i fatti spiacevoli del passato dei malati, ma anche, più di quanto non abbiamo fatto fino a oggi, le critiche represses nei nostri riguardi.

Ed è a questo punto che urtiamo con resistenze non lievi: resistenze, questa volta, in noi stessi anziché nei pazienti. È essenziale, allora, essere stati analizzati bene, "fino in fondo", conoscere tutti i tratti sgradevoli esterni ed interni del nostro carattere, in modo da non farci cogliere alla sprovvista dai moti di odio o di disprezzo che si nascondono nelle associazioni dei pazienti.

Con ciò tocchiamo un problema laterale, che diviene sempre più importante: quello della necessità che l'analista sia stato analizzato. Non dobbiamo dimenticare che l'analisi radicale di una nevrosi richiede per lo più molti anni, mentre le normali analisi didattiche spesso durano solo qualche mese o un anno — un anno e mezzo. Ciò porta a situazioni paradossali, e cioè al fatto che i nostri pazienti finiscono talvolta per essere analizzati più a fondo di noi. Per lo meno accade che essi mostrino tendenzialmente questa superiorità, anche se in realtà sono incapaci di manifestarla e anzi cadono spesso in una sottomissione estrema, o per questa incapacità stessa o per paura di suscitare il nostro malcontento con le loro critiche.

Una parte notevole della critica rimossa dai nostri pazienti riguarda ciò che potremmo chiamare *l'ipocrisia del lavoro professionale*; quando il paziente entra nella stanza, noi lo salutiamo cortesemente, quindi lo invitiamo a cominciare le associazioni e così facendo gli promettiamo di ascoltarlo con attenzione, di dedicargli tutto il nostro interesse, di metterlo a suo agio e di far progredire il lavoro di chiarificazione. In realtà alcune caratteristiche esteriori o interiori del paziente possono a malapena riuscirci sopportabili. Oppure può accaderci di considerare la seduta come uno sgradevole intoppo, qualcosa che disturba una nostra faccenda professionale e personale di particolare importanza. Anche qui non vedo altra via di uscita che quella di scoprire in noi stessi la causa della sensazione di intoppo e di parlarne in modo esplicito dinanzi al paziente; e non solo come di un'eventualità, ma, magari, come di una realtà,

Ora, è interessante osservare che una tale rinuncia all' "ipocrisia professionale", finora considerata inevitabile, non solo non offende il paziente, ma facilita notevolmente i suoi rapporti con noi. L'attacco isterico-traumatico, ammesso che sopravvenga, si presenta allora molto più attenuato, ed eventi tragici del passato possono venire d'un tratto riprodotti in *pensieri* senza che la riproduzione porti nuovamente alla perdita dell'equilibrio psichico; al contrario, tutto il livello della personalità del paziente pare innalzato.

A che cosa si deve tutto ciò? Sta di fatto che nel rapporto tra medico e paziente qualcosa veniva taciuto, era motivo di insincerità; il fatto di essersi pronunciati a questo riguardo ha per così dire sciolto la lingua del paziente. Insomma, si direbbe che sia quasi vantaggioso commettere ogni tanto degli errori, per poterli poi riconoscere apertamente; ma il consiglio è superfluo: di errori ne commettiamo anche troppi e d'altra parte una paziente molto intelligente aveva ragione di dirmi con sdegno: "Sarebbe stato meglio, piuttosto, se avesse fatto a meno di sbagliare. Lei è così presuntuoso, dottore, da voler trarre vantaggio anche dagli errori".

L'aver individuato e risolto questo problema di natura puramente tecnica mi rese accessibile un materiale rimasto fino allora nascosto o passato inosservato. La situazione analitica — la freddezza riservata e l'ipocrisia professionale che servono a nascondere

l'antipatia verso il paziente, il quale tuttavia le avverte con ogni parte del suo corpo — non è sostanzialmente diversa dallo stato di cose che a suo tempo, nell'infanzia, esercitò un'azione patogena. Se nella situazione analitica posta in questi termini noi induciamo il paziente a riprodurre anche il trauma, creiamo uno stato di cose insostenibile; non c'è da stupirsi che da ciò non possa nascere niente di diverso e di meglio che la riproduzione del trauma originario. Se viceversa diamo libero adito alla critica, se siamo capaci di riconoscere i nostri errori e di non commetterli più, otteniamo la fiducia del paziente. *Questa fiducia è quel certo non so che, grazie a cui si delinea il contrasto tra il presente e l'intollerabile passato traumatogeno*, il contrasto indispensabile, dunque, perché il passato possa essere rivissuto, anziché come riproduzione allucinatoria, come ricordo oggettivo. L'atteggiamento nascostamente critico dei miei pazienti, per es., consentiva loro di cogliere con acutezza dei tratti aggressivi nella mia "terapia attiva", e una forma di ipocrisia professionale nella mia distensione forzata, insegnandomi a riconoscere ed a correggere le esagerazioni in un senso o nell'altro. Ma non devo minor gratitudine ai pazienti che mi hanno insegnato quanto noi siamo inclini a ostinarci in determinate costruzioni teoriche, lasciando invece passare inosservati fatti che comprometterebbero la nostra sicurezza in noi stessi e la nostra autorità. Comunque ho compreso perché ero incapace di influenzare gli attacchi isterici e come era invece possibile ottenere un risultato finale positivo. Mi successe come a quella signora ingegnosa che si trovò ad assistere un'amica malata di nervi durante una crisi di narcolessia; non riuscendo a portarle alcun aiuto per quanto la scuotesse e le urlasse nell'orecchio, le venne l'idea di usare una formula del linguaggio infantile e la invitò con tono di complicità: "Rotolati, scatenati bimba", al che la malata cominciò a fare tutto ciò che le si chiedeva. Nell'analisi noi parliamo molto di regressione al livello infantile, ma evidentemente non siamo ancora abbastanza convinti della giustezza di questo procedimento; parliamo molto di scissione della personalità ma non si direbbe che valutiamo a sufficienza la profondità di questa scissione. Se di fronte a un paziente opistotonico conserviamo il nostro atteggiamento freddamente pedagogico, laceriamo l'ultimo filo che ci lega a lui. Il paziente che non è in sé, è *veramente*, finché dura il suo stato di trance, un bambino che non reagisce più alle spiegazioni intelligenti, un bambino che, tutt'al più, può reagire se viene trattato con materna benevolenza; altrimenti ha il senso di essere solo e abbandonato in estrema difficoltà, dunque nella medesima situazione intollerabile che un tempo provocò la scissione psichica e quindi la malattia. Non c'è da stupirsi allora, se egli non può fare altro, anche adesso, che ripetere l'inizio stesso della malattia, vale a dire riprodurre la formazione dei sintomi provocati dal trauma.

Non devo tacere, inoltre, che i pazienti non reagiscono a frasi teatrali di compassione, ma soltanto a reali manifestazioni di simpa-

tia. Su quale base essi riconoscano questa simpatia — dal suono della voce, dalle parole che scegliamo o da cos'altro ancora — non potrei dirlo. Certo è che dimostrano di possedere una curiosa conoscenza, direi quasi una forma di chiaroveggenza, per ciò che riguarda i pensieri e le emozioni dell'analista. Sotto questo aspetto è quasi impossibile che il malato si inganni, e tentare noi di ingannarlo può portare solo a conseguenze dannose.

Permettete che vi comunichi adesso alcuni fatti alla cui penetrazione ha contribuito questo rapporto più intimo col paziente.

Anzitutto ho visto nettamente confermata l'importanza del trauma e in particolar modo del trauma sessuale, come agente patogeno, importanza che secondo un'opinione che ho già espresso, non verrà mai sottolineata abbastanza. Infatti anche bambini appartenenti a famiglie stimate e di spirito puritano possono cadere vittima molto più spesso di quanto non si creda di vere e proprie violenze. O sono i genitori stessi a cercare in questo modo patologico dei sostituti a causa della loro insoddisfazione oppure sono persone a cui il bambino viene affidato — parenti (zii, zie, nonni), precettori, personale di servizio — ad abusare della sua ignoranza e innocenza. L'ovvia obiezione che si tratti di fantasie sessuali del bambino stesso, dunque di menzogne isteriche, viene disgraziatamente confutata dalle innumerevoli confessioni di pazienti in analisi di avere usato violenza ai bambini. Pertanto non fui sorpreso quando, non molto tempo fa, un educatore di spirito filantropico venne a trovarmi palesemente sconcertato e mi comunicò la scoperta che in una famiglia su cinque delle classi alte, tra governanti e ragazzi dai nove agli undici anni si conduceva una vita pressoché coniugale.

Un modo caratteristico attraverso il quale si arriva alla seduzione incestuosa è il seguente.

Un adulto e un bambino nutrono affetto reciproco; il bambino ha la fantasia di fare per gioco la parte della madre con l'adulto. Questo gioco può assumere forme erotiche, pur rimanendo al livello delle manifestazioni di tenerezza. Ma le cose vanno diversamente quando l'adulto ha delle tendenze patologiche, specialmente se il suo equilibrio e il suo autocontrollo sono alterati da qualche disgrazia o dall'uso di sostanze che ottendono la coscienza. Allora egli scambia gli scherzi del bambino per desideri di una persona sessualmente sviluppata, oppure si lascia andare ad atti sessuali, senza valutarne le conseguenze. Sono all'ordine del giorno effettivi atti di violenza su bambine che hanno da poco superato la primissima infanzia, atti analoghi di donne adulte su bambini di sesso maschile, e, naturalmente, anche violenze di natura omosessuale.

È difficile indovinare il comportamento e la reazione emotiva dei bambini dopo violenze di questo tipo. Il loro primo impulso sarebbe di rifiuto, odio, disgusto, energica difesa. "No, non voglio, questa è una cosa troppo forte, mi fa male, lasciami", con queste o altre parole simili si esprimerebbe la loro immediata reazione, se non fosse

paralizzata da una paura immensa. I bambini si sentono indifesi fisicamente e moralmente, la loro personalità è ancora troppo lontana dall'essersi consolidata perché essi siano in grado di protestare sia pure solo mentalmente; la forza prepotente e l'autorità degli adulti li ammutolisce, spesso toglie loro la facoltà di pensare. *Ma questa stessa paura, quando raggiunge un certo livello, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinare tutti gli impulsi di desiderio e, dimentichi di sé, a seguire questi desideri, identificandosi completamente con l'aggressore.* Con l'identificazione, diciamo meglio con l'introiezione dell'aggressore, quest'ultimo scompare come realtà esterna; l'evento da extrapsichico diviene intrapsichico. Ora tutto ciò che è intrapsichico soggiace, in uno stato onirico come è appunto la trance traumatica, al processo primario, il che significa che può essere modellato secondo il principio del piacere: trasformato in allucinazioni positive e negative. Il fatto che l'aggressione cessa di esistere come rigida realtà esterna, fa sì che nella trance traumatica il bambino riesca a mantenere in vita la situazione precedente, col suo carattere di tenerezza. Ma nella vita psichica del bambino il mutamento più importante, provocato dall'identificazione per paura col partner adulto, è l'introiezione del *sensu di colpa dell'adulto*; questa introiezione fa apparire come un'azione colpevole un gioco considerato fino a quel momento innocente.

Se il bambino si riprende dopo un simile attacco, si sente enormemente confuso, già propriamente diviso in due, innocente e insieme colpevole, comunque sfiduciato nelle possibilità di manifestare il suo pensiero. A ciò si aggiunga il modo di fare brusco del partner adulto quando è tormentato ed esasperato dai rimorsi di coscienza; il bambino, allora, diviene ancor più profondamente consapevole e vergognoso della colpa commessa. Quasi sempre, d'altra parte, l'aggressore fa come se niente fosse accaduto e si tranquillizza con l'idea che, dopo tutto, "non è che un bambino ignaro, presto avrà tutto dimenticato". Non di rado, dopo fatti di questo tipo, il seduttore diventa di un moralismo esagerato, oppure molto religioso, e con la severità tenta di salvare anche l'anima del bambino.

Di solito neppure il rapporto con una seconda persona di fiducia, che nell'esempio scelto può essere la madre, è abbastanza intimo da far sì che il bambino trovi in lei un aiuto; essa scoraggia i deboli tentativi in tal senso considerandoli delle assurdità. Il bambino di cui si è abusato diventa una creatura che obbedisce in modo meccanico oppure ostinato, ormai incapace di rendersi conto del motivo della propria ostinazione. La sua vita sessuale resta involuta o assume forme perverse; per non parlare delle nevrosi e psicosi che possono derivare da quest'abuso. In tutto ciò è scientificamente importante l'idea che *la personalità ancora debolmente sviluppata risponda al dispiacere improvviso, anziché con processi di difesa, con l'identificazione per paura e l'introiezione di colui che minaccia e ag-*

gredisce. Solo alla luce di queste osservazioni ho compreso perché i pazienti rifiutino così ostinatamente di seguirmi quando io suggerisco loro di reagire a un torto subito, come ci sarebbe da aspettarsi, con dispiacere, cioè con odio e processi di difesa. Il fatto è che una parte della loro personalità, magari il nucleo di questa, a un certo momento è rimasto fermo ad un livello in cui anziché in modo *alloplastico* si reagisce ancora in modo *autoplastico*, con una specie di mimetismo. Arriviamo così a scorgere una forma di personalità che è costituita soltanto dall'Es e dal Super-Io, a cui pertanto manca ancora la capacità di affermare se stessa anche nel dispiacere, così come accade al bambino piccolo, per il quale l'essere solo, senza la protezione della madre o di altri, senza, cioè, un rilevante quantitativo di tenerezza, è una condizione insopportabile. Ma qui conviene riprendere un filo di pensiero che Freud aveva sviluppato molto tempo fa, parlando di uno stadio di identificazione come premessa per la capacità di amore oggettuale.

Definirei questo stadio come quello dell'amore oggettuale passivo ovvero della tenerezza. Tracce di amore oggettuale, cioè, vi si mostrano di già, ma solo come fantasie e in forma giocosa. Così i bambini giocano quasi senza eccezione con l'idea di prendere il posto del genitore del proprio sesso allo scopo di diventare il coniuge del genitore di sesso opposto. Tutto ciò, si noti bene, solo nella fantasia; nella realtà non vogliono né possono fare a meno di tenerezza, in particolar modo di quella della madre. Se ai bambini che attraversano la fase della tenerezza si impone *più amore* o amore di altra specie di quello che essi desiderano, ciò può avere conseguenze altrettanto patogene della *frustrazione amorosa*, su cui fino a oggi si è quasi esclusivamente insistito. Ci porterebbe troppo lontano accennare ora a tutte le specie di nevrosi e a tutte le conseguenze caratteriali che possono derivare dal precoce innesto di amore passionale venato di senso di colpa su un essere innocente e immaturo. Ma in linea generale si può dire che la conseguenza può essere solo quella confusione di linguaggio a cui alludo nel titolo di questa conferenza.

Genitori ed adulti, e così noi analisti nell'analisi, dovremmo tutti imparare a rassegnarci al fatto che dietro la sottomissione o addirittura l'adorazione – e per noi analisti dietro l'amore di transfert – dei bambini, degli allievi e dei pazienti, sta nascosto l'ardente desiderio di liberarsi da un amore che li intralcia. Nella misura in cui aiutiamo il bambino, l'allievo, il paziente, a superare la reazione di identificazione e ad evitare i transfert per loro molesti, possiamo dire che ci è riuscito portare la loro personalità a un livello evolutivo più alto.

Vorrei adesso accennare brevemente ad alcune ulteriori conoscenze che ci ripromettiamo di ottenere grazie a questa serie di osservazioni. Da tempo sappiamo che non soltanto l'amore forzato, ma anche insopportabili misure punitive agiscono in modo da produrre fissazioni. Quanto abbiamo detto prima potrà forse aiutarci a comprendere questa reazione apparentemente assurda. Le mancanze

del bambino, compiute per gioco, vengono innalzate al livello della realtà solo da sanzioni disciplinari connotate di passionalità, spesso accompagnate da espressioni rabbiose, con la conseguente depressione del bambino, che fino a quei momenti si sentiva innocente.

La particolareggiata osservazione dei processi che avvengono durante la trance analitica ci insegna anche che non c'è shock e spavento senza accenni di una scissione della personalità. Nessuno psicoanalista si stupirà che una parte della personalità regredisca alla felicità precedente al trauma e cerchi di fare come se il trauma non si fosse verificato. Strano è però che nell'identificazione si veda all'opera un secondo meccanismo, di cui io per lo meno ignoravo l'esistenza. Alludo all'improvvisa e stupefacente fioritura di nuove facoltà, come per il tocco di una bacchetta magica, che ha luogo dopo uno shock. Si pensa addirittura all'arte di un fachimiro che, a quanto si dice, da un seme fa crescere dinanzi ai nostri occhi il gambo col fiore. Situazioni di difficoltà estrema, e in particolare la paura della morte, paiono avere la capacità di risvegliare e rendere improvvisamente attive disposizioni latenti che, non investite, stavano in attesa di maturare in uno stato di profonda quiete. Nel bambino che ha subito un'aggressione sessuale, sotto la spinta della necessità traumatica possono dispiegarsi improvvisamente future attitudini, attitudini potenziali che faranno parte del matrimonio, della maternità o paternità, e, in genere, tutte le sensazioni proprie di una persona giunta a completo sviluppo. A questo proposito si può parlare tranquillamente, in contrasto con la regressione che ci è familiare, di *progressione traumatica* (patologica) ovvero precocità. Vien fatto di pensare ai frutti beccati dagli uccelli, che maturano più rapidamente o diventano più dolci, e così pure al precoce maturare dei frutti bacati. In seguito a uno shock, una persona può maturare improvvisamente in una sua parte non solo a livello emozionale, ma *anche intellettuale*. Cito il caso tipico del "sogno del poppante saggio", da me messo in evidenza molti anni fa, dove un neonato o un bambino molto piccolo comincia improvvisamente a parlare e ammaestra saggiamente l'intera famiglia. La paura degli adulti privi di inibizioni, e perciò, sotto un certo punto di vista, pazzi, fa per così dire del bambino uno psichiatra; per diventare tale e difendersi dai pericoli rappresentati dalle persone prive di autocontrollo, egli deve sapersi innanzitutto identificare completamente con esse. È certamente incredibile quanto noi abbiamo effettivamente da imparare dai nostri bambini saggi: i nevrotici.

Se nella vita di un individuo in sviluppo si accumulano gli shocks, cresce anche il numero e la varietà delle dissociazioni, cosicché presto diventa molto difficile conservare senza confusione il contatto con i vari frammenti, che si comportano come personalità a se stanti, di cui ciascuna, per lo più, non sa nulla dell'altra. Alla fine può verificarsi una condizione che, continuando la metafora della frammentazione, si può senz'altro chiamare *atomizzazione*, una

condizione di fronte alla quale ci vuole molto ottimismo per non perdersi di coraggio; tuttavia non dispero che anche in casi come questi si possa arrivare a trovare la via della coesione. Oltre l'amore passionale e la punizione passionale, gli adulti dispongono anche di un altro mezzo per legare a sé i bambini: il *terrorismo della sofferenza*. I bambini hanno bisogno di appianare qualsiasi specie di disordine nella famiglia, per così dire di caricare sulle proprie fragili spalle il peso che grava sulle spalle di tutti; naturalmente non fanno questo, alla fin fine, per puro altruismo, ma per poter nuovamente godere la tranquillità perduta e la tenerezza che dipende da questa tranquillità. Una madre che si lamenta delle proprie sofferenze può fare della figlia la propria infermiera a vita, in sostanza procurarsi, per mezzo suo, un sostituto della madre, senza tener in alcun conto i veri interessi della figlia.

Io non escludo, se la verità di tutto ciò che siamo venuti dicendo venisse confermata, che potremmo trovarci a dover rivedere alcuni capitoli della teoria sessuale e genitale. Le perversioni, per es., forse sono infantili solo a livello di tenerezza; quando diventano passionali e sono accompagnate da senso di colpa proverebbero già l'esistenza di uno stimolo esogeno, l'esagerazione sarebbe cioè secondaria, nevrotica. Anche nella mia teoria genitale la differenza tra fase della tenerezza e della passionalità non era stata presa in considerazione. Ulteriori indagini potrebbero poi decidere in che misura il sadomasochismo nella sessualità è attualmente frutto di condizionamento culturale (vale a dire proviene da senso di colpa introiettato) e in che misura si sviluppa, autoctono e spontaneo, come fase organizzativa propria.

Mi rallegrerebbe sapere che vi siete dati la pena di verificare sia a livello pratico che teorico quanto vi ho qui comunicato, e che, in particolare, avete seguito questo mio consiglio: fare più attenzione di quanto non si facesse finora alla particolare maniera di pensare e di parlare dei bambini, degli allievi e dei pazienti; tutti costoro parlano un linguaggio nascosto e tuttavia fortemente critico, per cui, se scioglierete loro per così dire la lingua, avrete modo di ascoltare alcune cose istruttive.

Postilla

Questo discorso accenna solo a livello descrittivo al fattore della tenerezza nell'erotismo infantile e della passionalità nell'erotismo adulto, lasciando aperta una questione: in cosa consiste essenzialmente la differenza tra i due fattori? La psicoanalisi può condividere l'idea cartesiana che le passioni sono provocate dalla sofferenza; inoltre, troverà forse una risposta anche al problema su cosa sia che

introduce nel soddisfacimento giocoso della tenerezza l'elemento della sofferenza e, con ciò, il sadomasochismo.

Quanto abbiamo esposto, infatti, ci fa supporre che, tra l'altro, sia il *sensu di colpa* a rendere, nell'erotismo degli adulti, l'oggetto d'amore oggetto di impulsi di amore e odio, dunque *ambivalenti*, mentre nella tenerezza infantile questa dissociazione non esiste ancora. È l'odio ciò che nell'amore di un adulto sorprende e spaventa il bambino traumatizzandolo, ciò che di una creatura spontanea, che gioca innocentemente, fa un automa amoroso afflitto dal senso di colpa, che pieno di timore e per così dire dimentico di sé imita l'adulto. I sentimenti di colpa e l'odio contro il partner che l'ha sedotto, fanno del rapporto amoroso del bambino con l'adulto una battaglia tremenda (scena originaria) che termina con l'orgasmo: l'erotismo infantile, invece, in assenza della "lotta dei sessi", si arresta al livello del piacere preliminare ovvero conosce solo soddisfacenti nel senso di una "sazietà", ignorando i sentimenti di annientamento propri dell'orgasmo. La "teoria genitale"³, nel suo tentativo di fondare filogeneticamente la differenza dei sessi, dovrà apprezzare la differenza tra i soddisfacenti dell'erotismo infantile e l'amore imbevuto di odio proprio dell'accoppiamento.

³ Cfr. *Versuch einer Genitaltheorie* (Internat. Psych. Verlag, Wien, 1924), trad. it. *Thalassa*, Astrolabio, Roma 1965.