

Sigmund Freud

CINQUE CONFERENZE SULLA PSICOANALISI

1909

A

*G. Stanley Hall*  
*presidente della Clark University*  
*professore di psicologia e pedagogia*  
*con riconoscenza*

## *Avvertenza editoriale*

Nel dicembre 1908 Freud ricevette da Stanley Hall, noto psicologo americano di indirizzo sperimentale, presidente della Clark University a Worcester, l'invito a tenere, in occasione della celebrazione del ventennio dalla fondazione di quella Università, alcune lezioni (da quattro a sei) sulla psicoanalisi. L'invito era per la prima settimana del luglio successivo. Freud riuscì a far posticipare di due mesi la data delle conferenze, che furono tenute in numero di cinque, una al giorno, dal 6 al 10 settembre 1909. Giunse a Worcester, accompagnato da Jung e Ferenczi che vennero con lui dall'Europa, e da Jones e A. A. Brill che si trovavano già in America.

Improvvisò le lezioni in tedesco, utilizzando soltanto qualche appunto frettolosamente preparato in quegli stessi giorni.

Le lezioni, alle quali assistette fra gli altri William James, suscitarono un grandissimo interesse. Alla fine fu conferita a Freud la laurea ad honorem, ed egli nel discorso di ringraziamento affermò che questo era il primo riconoscimento ufficiale ottenuto per le sue fatiche (vedi E. Jones, *Vita e opere di Freud*, Il Saggiatore, Milano 1962, vol. 2, pp. 78 sg.).

Soltanto nel dicembre successivo Freud mise per iscritto, a memoria, il testo delle conferenze, riproducendo – a quanto asserisce Jones – fedelmente quello che era stato il discorso parlato. Dedicò a Stanley Hall (che nel 1911 doveva divenire uno dei soci fondatori della Società psicoanalitica americana, per staccarsene successivamente e aderire invece alla scuola adleriana) questo scritto, che fu pubblicato in tedesco col titolo *Über Psychoanalyse* (Sulla psicoanalisi) nel 1910 dall'editore Franz Deuticke (Lipsia e Vienna); ebbe, successivamente, le seguenti edizioni inalterate presso lo stesso editore: la 2a nel 1912, la 3a nel 1916, la 4a nel 1919, la 5a nel 1920, la 6a nel 1922, la 7a nel 1924, l'8a nel 1930, e fu riprodotto in *Gesammelte Schriften*, vol. 4 (1924), pp. 349-406 con alcune lievi modifiche e, nella stessa versione, in *Gesammelte Werke*, vol. 8 (1943), pp. 3-60.

Contemporaneamente all'edizione tedesca, nel 1910 le conferenze apparvero in traduzione inglese. In italiano apparvero nel 1915 in una traduzione di Marco Levi Bianchini (col titolo *Sulla psicoanalisi*, Bibl. Psichiatr. Intern., n. 1, Nocera Superiore). La presente traduzione è di Angela Staude.

Le *Cinque conferenze* costituiscono una esposizione elementare, ma molto precisa delle linee essenziali della psicoanalisi, così come essa si era sviluppata fino allora. La materia è distribuita circa nel modo seguente: I conferenza: Il metodo catartico di Breuer. II: Rimozione e resistenza. III: Associazioni libere, i sogni e gli atti mancati. IV: La sessualità infantile. V: La traslazione nella analisi e i mutamenti operati dal lavoro analitico.

Lo schema delle conferenze è importante perché si ritrova in altre esposizioni della psicoanalisi di Freud (come le lezioni che costituiscono *l'Introduzione alla psicoanalisi* del 1915-17) o di altri autori.

Nella prima conferenza viene attribuito a Breuer il merito di aver dato vita alla psicoanalisi. Questa affermazione fu attenuata in una nota aggiunta da Freud nel 1923 per il

vol. 4 delle *Gesammelte Schriften* del 1924 (vedi nota 204, in OSF, vol. 6). Vengono inoltre molto valorizzati i contributi di Jung per quanto riguarda gli studi sulle associazioni e della scuola di Zurigo in genere per il concetto di complesso.

Si trova in queste Conferenze per la prima volta la affermazione che la interpretazione dei sogni costituisce la via regia per la conoscenza dell'inconscio (terza conferenza). L'espressione è contemporaneamente introdotta nella 2a edizione del 1909 della *Interpretazione dei sogni* (cap. 7, par. E; in OSF, vol. 3).

*Cinque conferenze sulla psicoanalisi  
tenute per il ventesimo anniversario di fondazione della  
Clark University di Worcester,  
Massachusetts, nel settembre 1909*

## PRIMA CONFERENZA

Signore e signori, provo una sensazione nuova e un certo turbamento nell'accingermi, nel Nuovo Mondo, a tenere una conferenza dinanzi a un uditorio attento e curioso. Suppongo di dovere questo onore soltanto al fatto che il mio nome viene collegato al tema della psicoanalisi, ed è quindi di psicoanalisi che mi propongo di parlarvi. Tenterò di presentarvi nel modo più conciso possibile una visione d'insieme dell'origine e del successivo sviluppo di questo nuovo metodo d'indagine e di cura.

Se è un merito l'aver dato vita alla psicoanalisi, il merito non è mio.<sup>1</sup> Non ho preso parte al suo primo avvio. Ero studente, impegnato nel dare gli ultimi esami, quando un altro medico viennese, il dottor Josef Breuer,<sup>2</sup> applicò per la prima volta questo procedimento (dal 1880 al 1882) per curare una ragazza malata d'isteria. Ci occuperemo prima di tutto della storia di questo caso e del suo trattamento. La trovate diffusamente esposta negli *Studi sull'isteria* [1892-95], pubblicati più tardi da Breuer e da me.<sup>3</sup>

Prima, ancora un'osservazione. Ho saputo, non senza soddisfazione, che la maggioranza dei miei uditori non fa parte della categoria dei medici. Non temete dunque che occorra una particolare preparazione medica per seguire le mie comunicazioni. Per un tratto, è vero, procederemo con i

---

<sup>1</sup> [Nota aggiunta nel 1923] Vedi però a questo proposito il mio scritto *Per la storia del movimento psicoanalitico* (1914 [in OSF, vol. 7]), dove mi dichiaro senza riserve responsabile della psicoanalisi.

<sup>2</sup> Il dottor Josef Breuer, nato nel 1842 [a Vienna, e ivi morto nel 1925], membro corrispondente dell'Accademia imperiale austriaca delle Scienze, noto per alcuni lavori sulla respirazione e sulla fisiologia del senso dell'equilibrio. [Collaborò con Freud agli inizi, ma non si associò allo sviluppo della psicoanalisi in una dottrina generale delle nevrosi. Maggiori particolari sulla sua carriera sono contenuti nel necrologio scritto da Freud (1925; in OSF, vol. 10).]

<sup>3</sup> Alcuni dei miei contributi a questo volume sono stati tradotti in inglese dal dottor A. A. Brill di New York: *Selected Papers on Hysteria* (New York 1909). [Questo fu il primo libro di Freud pubblicato in inglese. Gli *Studi* completi di Breuer e Freud furono tradotti più tardi da Brill (New York 1936). Il caso clinico qui riferito è quello della signorina Anna O. in *Studi sull'isteria* (1892-1895), cap. 2, par. 1 (in OSF, vol. 1).]

medici, ma ben presto ce ne separeremo e accompagneremo il dottor Breuer per una via del tutto originale.

Nel corso della sua malattia, protrattasi per oltre due anni, la paziente del dottor Breuer, una ragazza di ventun anni di elevate doti intellettuali, sviluppò una serie di disturbi somatici e psichici che ben meritavano d'esser presi sul serio. Ella presentava una paralisi da contrattura in entrambe le estremità del lato destro con insensibilità delle medesime; a intervalli la stessa affezione alle membra del lato sinistro; disturbi nei movimenti oculari e varie deficienze della funzione visiva; difficoltà nel portamento del capo; una intensa tosse nervosa; ripugnanza per il cibo e una volta, per parecchie settimane, incapacità di bere nonostante una sete tormentosa; riduzione della loquela, che giunse sino alla perdita della parola e della capacità di parlare o comprendere la propria madrelingua; infine stati di assenza, di confusione, delirio, alterazione di tutta la personalità, ai quali dovremo in seguito rivolgere la nostra attenzione.

Udendo parlare di un simile quadro clinico, sarete inclini a supporre, pur non essendo medici, che si tratti di un male grave, probabilmente del cervello, che offre scarse prospettive di guarigione e destinato a portare la paziente rapidamente alla fine. Tuttavia dovete essere pronti ad apprendere dai medici, che per una serie di casi, pure caratterizzati da manifestazioni patologiche così gravi, è giustificata una concezione diversa e di gran lunga più propizia. Se un quadro clinico di questo genere compare in una donna giovane dagli organi vitali interni (cuore, reni) normali all'esame obiettivo, la quale ha però subito violente scosse emotive, e se i singoli sintomi, per certe caratteristiche particolari, divergono da ciò che ci si sarebbe aspettati, i medici sono inclini a non prendere il caso troppo sul serio. Affermano allora che non si tratta di una sofferenza organica del cervello, bensì di quello stato misterioso, noto sin dai tempi della medicina greca come isteria, e che è in grado di simulare tutta una serie di immagini patologiche, tipiche di malattie anche gravi. Essi quindi non vedono in essa una minaccia per la vita e ritengono probabile il ristabilimento, anche completo, della salute. Non è sempre molto facile distinguere tale isteria da un grave male organico. Ma noi non abbiamo bisogno di sapere in che modo si operi una diagnosi differenziale di questo tipo; ci basti l'assicurazione che quello della paziente

di Breuer è proprio uno dei casi in cui nessun medico esperto potrebbe fare a meno di diagnosticare l'isteria. A questo punto possiamo anche ricordare, dal resoconto clinico, che i suoi disturbi comparvero mentre curava il padre che amava teneramente, durante la grave malattia che lo portò alla morte, e che fu costretta ad abbandonarne l'assistenza in seguito alla propria malattia.

Sino a questo punto ci è stato utile seguire i medici, ma fra poco ce ne separeremo. Infatti non dovete aspettarvi che le prospettive di un aiuto medico migliorino per il malato se la diagnosi d'isteria si sostituisce a quella di una grave affezione organica del cervello. Di fronte alle malattie gravi del cervello la scienza medica è, nella maggioranza dei casi, impotente; ma anche di fronte all'affezione isterica il medico non sa che cosa fare. Egli deve lasciare che la natura benigna decida quando e come la sua ottimistica prognosi si realizzerà.<sup>4</sup>

Se il riconoscimento che si tratta di isteria non fa gran differenza per il malato, le cose cambiano invece molto per il medico. Possiamo notare come egli assuma di fronte al malato isterico tutt'altro atteggiamento da quello che assume di fronte al malato organico. Egli rifiuta di concedere al primo la stessa partecipazione che offre al secondo, perché pur essendo il suo male di gran lunga meno grave, sembra tuttavia avanzare la pretesa di essere preso altrettanto sul serio. Vi sono però anche altre motivazioni. Il medico, che attraverso lo studio ha imparato a conoscere tante cose rimaste celate al profano, ha saputo crearsi intorno alle origini e alterazioni patologiche – per esempio riguardo al cervello di un malato colpito da apoplezia o da neoplasia – idee che fino a un certo grado non possono non corrispondere al vero, dal momento che gli consentono la comprensione delle singole particolarità del quadro clinico. Posto di fronte alle particolarità dei fenomeni isterici invece, tutta la sua scienza, tutta la sua preparazione anatomico-fisiologica e patologica non gli servono più a nulla. Non riesce a comprendere l'isteria, e di fronte ad essa è anch'egli un profano. Ora questo non garba certo a chi di solito fa tanto affidamento sulla propria scienza. Gli isterici dunque perdono la sua simpatia; egli li considera gente che trasgredisce le leggi della sua scienza, li guarda come i fedeli guardano gli

---

<sup>4</sup> So che quest'affermazione non è più valida oggi, ma nella conferenza traspongo me e i miei uditori al periodo che precede il 1880. Se da allora le cose sono cambiate, vi hanno in gran parte contribuito proprio le fatiche di cui sto abbozzando la storia.

eretici; li ritiene capaci di ogni sorta di malvagità, li accusa di esagerazione e di inganno intenzionale, di simulazione insomma; e li punisce sottraendo loro il suo interesse.

Ora, nel caso della sua paziente, il dottor Breuer non merita certo questo rimprovero: egli le offrì simpatia e interesse, pur non sapendo all'inizio come venirle in aiuto. Probabilmente essa gli agevolò il compito con le ottime qualità di spirito e di carattere attestate nella storia clinica da lui redatta. Di fatto, la sua osservazione affettuosa trovò ben presto la via che rese possibile il primo aiuto.

Si era notato che nei suoi stati di assenza, di alterazione confusionale della psiche, l'ammalata soleva mormorare fra sé alcune parole, le quali davano l'impressione di provenire da un contesto di pensieri che la teneva occupata. Fattosi dire queste parole, il medico traspose la paziente in una sorta di ipnosi, durante la quale le ripeteva di continuo le stesse parole per indurla ad allacciarvi qualcosa. L'ammalata acconsentì al tentativo e riprodusse così dinanzi al medico le creazioni psichiche che l'avevano dominata durante le assenze e che si erano tradite in quelle singole parole da lei pronunciate. Erano fantasie profondamente tristi, spesso poeticamente belle – noi le chiameremmo sogni a occhi aperti – che di solito avevano per spunto la situazione di una ragazza al capezzale del padre malato. Dopo aver raccontato un buon numero di tali fantasie, ella era come liberata e riportata alla vita psichica normale. Lo stato di benessere, che durava parecchie ore, cedeva poi il giorno dopo a una nuova assenza, che veniva eliminata nello stesso modo facendo pervenire a espressione le fantasie di recente formazione. Non ci si poteva sottrarre all'impressione che il mutamento psichico che si manifestava durante le assenze fosse una conseguenza del fascino che emanava da queste creazioni fantastiche colme di passione. La paziente stessa, che, stranamente, in quel periodo della sua malattia parlava e capiva soltanto l'inglese, diede a questo nuovo trattamento il nome di *talking cure* [cura parlata], definendolo anche, in modo scherzoso, *chimney-sweeping* [spazzare il camino].

Presto, come per caso, risultò che con siffatta pulizia della psiche si poteva ottenere ben più di una temporanea eliminazione degli stati di offuscamento psichico che si ripresentavano continuamente. Era possibile

altresì far scomparire del tutto alcuni sintomi del male, se si poteva far ricordare alla paziente sotto ipnosi, e con accompagnamento di espressione affettiva, in quale occasione e in virtù di quale connessione tali sintomi erano comparsi per la prima volta. "Eravamo in estate, vi era stato un periodo di caldo intenso, e la paziente aveva sofferto parecchio per la sete; infatti, senza che sapesse indicare un motivo, bere le era diventato tutto a un tratto impossibile. Prendeva in mano il bicchier d'acqua agognato, ma non appena lo avvicinava alle labbra, lo respingeva come un'idrofoba. Evidentemente, in quei pochi secondi, era in preda a un'assenza. Viveva soltanto di frutta, di meloni ecc., per mitigare la sete tormentosa. Questo durava da circa sei settimane, quando avvenne che una volta in ipnosi ragionasse della sua dama di compagnia inglese, che non amava, e raccontò allora, visibilmente inorridita, che una volta era entrata nella sua stanza, e aveva visto il suo cagnolino, quella bestia ripugnante, bere da un bicchiere. Non aveva detto niente perché voleva essere gentile. Dopo avere poi ulteriormente sfogato energicamente la rabbia che le era rimasta dentro, chiese da bere, bevve senza inibizione una grande quantità di acqua e si svegliò dall'ipnosi col bicchiere alle labbra. Il disturbo con ciò era scomparso per sempre."<sup>5</sup>

Mi sia permesso d'intrattenermi per un momento su questa esperienza. Nessuno ancora aveva eliminato con simili mezzi un sintomo isterico ed era penetrato così a fondo nella comprensione della sua etiologia. Si sarebbe trattato di una scoperta ricca di conseguenze, ove fosse stato possibile confermare l'ipotesi che altri sintomi ancora, forse la maggioranza, erano sorti in tal modo nella malata e in tal modo potevano essere eliminati. Breuer non risparmiò alcuno sforzo per persuadersi di ciò, e cercò da allora sistematicamente la patogenesi degli altri più gravi sintomi del male. Era realmente così: quasi tutti i sintomi erano sorti come residui – "sedimenti" si potrebbe dire – di esperienze cariche di affetto, che perciò più tardi abbiamo chiamato "traumi psichici", e la loro singolarità trovava spiegazione nel rapporto con la scena traumatica che li aveva causati. Essi erano, per usare un termine tecnico, determinati dalle scene di cui rappresentavano i residui mnestici, e non era più necessario descriverli come produzioni arbitrarie o enigmatiche della nevrosi. Una sola deviazione dall'aspettativa

---

<sup>5</sup> *Studi sull'isteria* cit., cap. 2, par. 1.

dev'essere accennata. Il sintomo non era sempre il residuo di un'unica esperienza, perlopiù avevano cooperato a determinarlo moltissimi traumi ripetuti, spesso assai simili. Tutta questa concatenazione di ricordi patogeni doveva poi essere riprodotta in successione cronologica, e precisamente in successione inversa, l'ultimo per primo e il primo per ultimo, ed era del tutto impossibile inoltrarsi sino al primo trauma, spesso il più efficace, saltando quelli verificatisi in seguito.

Certamente vorrete udire da me altri esempi di etiologia di sintomi isterici, oltre a quello dell'idrofobia provocata dal disgusto per il cane che beve nel bicchiere. Debbo però limitarmi a pochissimi esempi, se voglio rispettare il mio programma. Breuer racconta che i disturbi visivi della sua paziente si riferivano a singole occasioni "del tipo di questa: la paziente, le lacrime agli occhi, seduta al capezzale del padre malato, si sentì improvvisamente domandare da questi che ora fosse, ed ella, non vedendo bene, dovette fare uno sforzo, avvicinando l'orologio agli occhi e vedendo quindi il quadrante molto grande (macropsia e strabismo convergente); oppure si faceva forza per reprimere le lacrime, perché il malato non le vedesse".<sup>6</sup> Del resto tutte le impressioni patogene risalivano al periodo in cui ella aveva preso parte all'assistenza del padre malato. "Una volta si svegliò nella notte in grande angoscia al pensiero del malato con la febbre molto alta e nella tensione dell'attesa perché da Vienna doveva giungere un chirurgo per l'operazione. La madre si era allontanata per qualche tempo e Anna sedeva al letto del malato, il braccio *destro* appoggiato sullo schienale della sedia. Cadde in uno stato di dormiveglia e vide una biscia nera strisciare dalla parete avvicinandosi al malato per morderlo (è assai verosimile che nel prato dietro la casa ci fossero davvero delle bisce che avevano già in passato spaventato la fanciulla e che ora fornivano il materiale dell'allucinazione). Essa voleva respingere la bestia, ma si sentì come paralizzata; il suo braccio destro, pendendo dallo schienale della sedia, si era 'addormentato', era diventato anestetico e paretico, e nell'osservarlo le dita si trasformarono in serpentelli con tanti teschi (le unghie). È probabile che abbia cercato di scacciare le bisce con la mano destra, paralizzata, e che quindi l'anestesia e paralisi di questa si associassero con l'allucinazione dei

---

<sup>6</sup> *Ibid.*

serpenti. Quando la biscia scomparve, nel suo terrore cercò di pregare, ma ogni linguaggio le si rifiutava, non riusciva a parlare nessuna lingua, finché non trovò un versetto infantile inglese e poté allora pensare, e pregare, in tale idioma.”<sup>7</sup> Con il ricordo di questa scena nell’ipnosi venne eliminata anche la paralisi da contrattura al braccio destro, esistente dall’inizio della malattia, e il trattamento terminò.

Quando molti anni dopo cominciai ad applicare ai miei malati il metodo d’indagine e di terapia del dottor Breuer, feci esperienze che coincidevano perfettamente con le sue. Una signora di quarant’anni circa presentava un tic, un suono singolarmente schioccante ch’ella emetteva ad ogni emozione e anche senza motivo palese. Esso derivava da due esperienze, il cui elemento comune era stato il suo proponimento di non fare in quel momento alcun rumore e il fatto che proprio allora, come per una specie di controvolontà, quel rumore aveva rotto il silenzio in entrambe le occasioni: la prima, quando una volta era infine riuscita con fatica a far addormentare la sua bambina malata, dicendosi che doveva stare in assoluto silenzio per non svegliarla, e la seconda quando, durante una passeggiata in carrozza con i due figli, i cavalli si erano imbizzarriti durante un temporale, ed ella aveva voluto evitare accuratamente qualsiasi rumore per non spaventarli ancora di più.<sup>8</sup> Cito questo esempio fra i molti altri che sono raccolti negli *Studi sull’isteria*.<sup>9</sup>

Signore e signori, se mi consentite la generalizzazione, inevitabile del resto in un’esposizione così concisa, possiamo racchiudere le conoscenze sinora acquisite nella formula: *i nostri malati isterici soffrono di reminiscenze*. I loro sintomi sono residui e simboli mnestici di determinate esperienze (traumatiche). Un confronto con altri simboli mnestici in altri campi ci porterà forse a una comprensione più profonda di questo simbolismo. Anche le opere d’arte e i monumenti di cui adorniamo le nostre grandi città sono simboli mnestici di questo genere. Passeggiando per Londra trovate dinanzi

---

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> *Ibid.*, par. 2.

<sup>9</sup> Una serie di scritti tratti da questo volume, integrati da lavori successivi sull’isteria, si trovano attualmente in una traduzione inglese preparata dal dottor A. A. Brill di New York. [Vedi nota 206, in OSF, vol. 6.] Il caso qui riferito è quello della signora Emmy von N., il secondo negli *Studi sull’isteria* cit.

a una delle maggiori stazioni della città una colonna gotica riccamente decorata, la Charing Cross. Nel tredicesimo secolo uno dei vecchi re Plantageneti fece trasferire a Westminster la salma della sua amata regina Eleonora, erigendo una croce gotica a ciascuna delle stazioni in cui la bara era stata deposta per terra; Charing Cross è l'ultimo dei monumenti destinati a perpetuare il ricordo di quel corteo funebre.<sup>10</sup> In un altro punto della città, non lontano dal Ponte di Londra, scorgete un'altra colonna più moderna che vien chiamata semplicemente *The Monument*. Essa dovrebbe richiamare alla memoria il grande incendio che scoppiò in quei pressi nel 1666, distruggendo gran parte della città. Questi monumenti sono dunque simboli mnestici come i sintomi isterici; fin qui il paragone sembra giustificato. Ma che ne direste di un londinese che sostasse ancor oggi, con malinconia, dinanzi al monumento del corteo funebre della regina Eleonora, anziché attendere alle sue faccende con la sollecitudine che i moderni rapporti di lavoro esigono, o anziché gioire pensando alla freschezza della giovane regina del suo cuore? Oppure di un altro che dinanzi al "Monumento" piangesse la distruzione della sua amata città natale, che pure da allora è risorta tanto più splendida? Al pari di questi due londinesi privi di senso pratico si comportano invece tutti gli isterici e i nevrotici; non solo ricordano le esperienze dolorose del loro remoto passato, ma sono ancora attaccati ad esse emotivamente; non riescono a liberarsi del passato e trascurano per esso la realtà e il presente. Questa fissazione della vita psichica ai traumi patogeni è uno dei caratteri più importanti e praticamente più significativi della nevrosi.

Sono pronto ad ammettere l'obiezione che probabilmente state ora per formulare, ripensando alla storia clinica della paziente di Breuer. Infatti i suoi traumi risalivano al periodo in cui ella curava il padre malato e i suoi sintomi possono essere interpretati soltanto come segni mnestici della malattia e della morte di lui. Essi corrispondono dunque a un lutto, e una fissazione al ricordo del defunto a così breve distanza dalla sua morte non ha certamente nulla di patologico, corrisponde piuttosto a un normale processo sentimentale. L'ammetto: nella paziente di Breuer la fissazione ai traumi non

---

<sup>10</sup> O meglio la successiva riproduzione di questo monumento. Lo stesso nome "Charing", a quanto mi comunicò il dottor Ernest Jones, sembra essere risultato dalle parole *chère reine*.

è sorprendente. Ma in altri casi, come in quello del tic da me trattato, i cui motivi occasionali risalivano a oltre quindici e dieci anni prima, il carattere dell'abnorme attaccamento al passato è molto chiaro, e probabilmente la paziente di Breuer l'avrebbe sviluppato nello stesso modo se non fosse giunta al trattamento catartico a così breve distanza dalle esperienze traumatiche e dall'insorgenza dei sintomi.

Finora abbiamo spiegato soltanto il rapporto fra i sintomi isterici e la biografia della malata; da altri due elementi dell'osservazione di Breuer possiamo però desumere un'indicazione sul modo in cui dobbiamo interpretare il processo della malattia e della guarigione. In primo luogo occorre rilevare che in quasi tutte le situazioni patogene la malata di Breuer doveva reprimere un forte eccitamento, anziché permetterne il deflusso attraverso i segni d'affetto, le parole e le azioni adeguate. Nell'episodio del cane della sua dama di compagnia, per riguardo a questa, ella aveva represso ogni manifestazione della sua intensissima ripugnanza; mentre vegliava al capezzale del padre, era costantemente preoccupata di non far trapelare al malato nulla della sua angoscia e del suo doloroso scoramento. Quando più tardi riprodusse le stesse scene dinanzi al suo medico, l'affetto inibito a quell'epoca comparve con particolare violenza, come se fosse stato tenuto in serbo sino a quel momento. Anzi, il sintomo che era sopravvissuto a questa scena acquistò la sua massima intensità mentre ci si avvicinava all'esperienza che lo aveva originato, per scomparire dopo che questa fu completamente chiarita. D'altra parte si poté sperimentare che il ricordo della scena alla presenza del medico rimaneva senza efficacia se per una ragione qualsiasi esso veniva riprodotto senza sviluppo di affetti. Il destino di questi affetti, che si potevano considerare come grandezze spostabili, era dunque determinante sia per la malattia sia per la guarigione. Ci si vedeva spinti a supporre che la malattia fosse insorta perché agli affetti sviluppati nelle situazioni patogene era sbarrata una via d'uscita normale, e che l'essenza della malattia consistesse nel fatto che questi affetti "incapsulati" sottostavano ora a un impiego abnorme. In parte essi continuavano a sussistere come oneri permanenti della vita psichica e fonti di continuo eccitamento per la stessa; in parte subivano una trasposizione in *innervazioni*

e *inibizioni* somatiche inconsuete, che si presentavano come i sintomi somatici del caso. Per quest'ultimo processo abbiamo coniato il termine di "conversione isterica". Una certa parte del nostro eccitamento psichico è del resto già normalmente indirizzata sulle vie dell'innervazione somatica, e produce ciò che conosciamo come "espressione delle emozioni". Ora, la conversione isterica esagera questa parte del deflusso di un processo psichico affettivamente investito; essa corrisponde a un'espressione molto più intensa delle emozioni, avviata su nuove vie. Quando il letto di un fiume si divide in due canali, se la corrente di uno dei due incontra un ostacolo si avrà immediatamente un soverchio riempimento dell'altro.

Come vedete, stiamo per giungere a una teoria puramente psicologica dell'isteria, in cui assegniamo il primo posto ai processi affettivi. Una seconda osservazione di Breuer ci costringe ad accordare grande importanza, nella caratterizzazione dell'accadimento morboso, agli stati di coscienza. La malata di Breuer presentava, accanto al suo stato normale, varie peculiarità psichiche, stati di assenza, di confusione e alterazioni del carattere. Ora, nello stato normale ella nulla sapeva di quelle scene patogene e del loro nesso con i suoi sintomi; le aveva dimenticate o, in ogni caso, aveva interrotto la connessione patogena. Ponendola in ipnosi, era possibile, con l'impiego di una considerevole fatica, richiamare alla sua memoria quelle scene e mediante tale lavoro di rievocazione eliminare i sintomi. Interpretare questo dato di fatto sarebbe molto imbarazzante se gli esperimenti e le ricerche dell'ipnotismo non ci avessero indicato la via. Attraverso lo studio dei fenomeni ipnotici ci siamo abituati alla concezione, inizialmente sorprendente, che in uno stesso individuo sono possibili più raggruppamenti psichici, i quali possono rimanere abbastanza indipendenti tra loro, "nulla sapendo" gli uni degli altri e impadronendosi alternativamente della coscienza. Casi del genere, che si definiscono di *double conscience* [doppia coscienza], giungono ogni tanto all'osservazione anche spontaneamente. Quando in una simile scissione della personalità la coscienza rimane legata costantemente a uno dei due stati, chiamiamo questo stato psichico *conscio*, quello che è staccato da esso, *inconscio*. Nei noti fenomeni della cosiddetta suggestione postipnotica, in base ai quali un ordine dato nell'ipnosi si fa imperiosamente valere nello stato normale successivo, abbiamo un ottimo

esempio degli influssi che lo stato conscio può subire per opera dello stato che per esso è inconscio; è appunto seguendo questo modello che riusciamo a sistematizzare le esperienze sull'isteria. Breuer si decise ad ammettere che i sintomi isterici fossero sorti in siffatti stati psichici particolari, ch'egli definì *ipnoidi*. Gli eccitamenti che sopravvengono in simili stati ipnoidi diventano facilmente patogeni, perché questi stati non offrono le condizioni di un normale deflusso dei processi d'eccitamento. Dal processo d'eccitamento nasce dunque un prodotto insolito, il sintomo appunto, e questo irrompe come un corpo estraneo nello stato normale, al quale viene perciò a mancare la conoscenza della situazione patogena ipnoide. Dove esiste un sintomo, ivi si trova pure un'amnesia, una lacuna mnestica, e colmare questa lacuna significa eliminare le condizioni d'insorgenza del sintomo.

Temo che questo brano della mia esposizione non sia parso molto trasparente. Siate però indulgenti, si tratta di concezioni nuove e difficili che forse non possono essere chiarite molto meglio; il che prova che non siamo ancora molto progrediti nelle nostre conoscenze. Del resto l'enunciazione breueriana degli stati ipnoidi si è rivelata paralizzante e superflua ed è stata lasciata cadere dalla psicoanalisi odierna. Udirete in seguito, almeno per accenni, quali influssi e quali processi vi fossero da scoprire dietro la barriera degli stati ipnoidi eretta da Breuer. A buon diritto avrete inoltre avuto l'impressione che la sua indagine non abbia saputo offrire se non una teoria molto incompiuta e una spiegazione insoddisfacente dei fenomeni osservati; ma le teorie perfette non cadono dal cielo e a maggior ragione diffiderete di chi, sin dall'inizio delle sue osservazioni, pretende di offrirvi una teoria priva di lacune e completa in ogni sua parte. Tale teoria sarà di certo solo parto della personale speculazione di chi la espone e non il frutto di un'indagine spregiudicata dei dati di fatto.

## SECONDA CONFERENZA

Signore e signori, pressappoco nello stesso periodo in cui Breuer applicava la *talking cure* alla sua paziente, il maestro Charcot aveva iniziato a Parigi quelle ricerche sulle isteriche della Salpêtrière da cui doveva derivare una nuova comprensione della malattia. I suoi risultati non potevano ancora essere conosciuti a Vienna a quell'epoca. Ma quando, una decina d'anni più tardi [nel 1893], Breuer e io pubblicammo la "Comunicazione preliminare" sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici, che si collegava al trattamento catartico praticato sulla prima paziente di Breuer, subivamo interamente il fascino delle ricerche di Charcot. Consideravamo traumi psichici le esperienze patogene dei nostri malati, equiparandole a quei traumi somatici di cui Charcot aveva constatato l'influsso sulle paralisi isteriche, e la stessa enunciazione di Breuer degli stati ipnoidi altro non è che un riflesso del fatto che Charcot aveva artificialmente riprodotto quelle paralisi traumatiche nell'ipnosi.

Il grande osservatore francese, di cui fui allievo nel 1885-86, non era personalmente propenso a concezioni psicologiche; soltanto il suo discepolo Janet tentò un approfondimento dei particolari processi psichici dell'isteria, e noi seguimmo il suo esempio, spostando al centro della nostra concezione la scissione psichica e la disintegrazione della personalità. Voi trovate in Janet una teoria dell'isteria che tiene conto delle dottrine allora dominanti in Francia sull'importanza dell'ereditarietà e della degenerazione. Secondo lui l'isteria è una forma di modificazione degenerativa del sistema nervoso, che si manifesta attraverso una debolezza congenita della sintesi psichica. I malati isterici sarebbero incapaci sin dall'inizio di tenere raccolti in unità i molteplici processi psichici, e da ciò deriverebbe la tendenza alla dissociazione psichica. Se mi è concesso un paragone banale ma chiaro, l'isterica di Janet ricorda una donna debole che è uscita per fare delle compere e ora ritorna carica di molte scatole e pacchetti. Non riesce a contenere tutto questo carico con le due braccia e le dieci dita e così le cade un primo pacchetto. Quando si china per raccoglierlo, ne perde un altro e così via. Non è però in

accordo con questa presunta debolezza degli isterici il fatto che in essi si possano osservare, come per compensazione, oltre a fenomeni di diminuzione del rendimento, anche esempi di relativo incremento delle prestazioni psichiche. Nel periodo in cui la paziente di Breuer aveva dimenticato la propria madrelingua e tutte le altre lingue, eccettuata l'inglese, la sua padronanza di quest'ultima raggiunse un tale livello ch'ella era in grado, quando le si presentava un libro tedesco, di fornirne a prima vista una perfetta e fluida traduzione inglese.

Quando più tardi mi disposi a continuare per conto mio le indagini iniziate da Breuer, giunsi ben presto a un'altra opinione sull'insorgenza della dissociazione isterica (scissione della coscienza). Una divergenza siffatta, che doveva risultare decisiva per tutto ciò che sarebbe seguito, era inevitabile, poiché io non partivo come Janet da esperimenti di laboratorio, ma da tentativi terapeutici.

Mi spingeva soprattutto l'esigenza pratica. Il trattamento catartico come lo aveva praticato Breuer presupponeva che si ponesse il malato in profonda ipnosi, perché soltanto nello stato ipnotico egli acquisiva nozione di quelle connessioni patologiche che gli sfuggivano nel suo stato normale. Ora l'ipnosi mi era già divenuta sgradevole in quanto mezzo ausiliario capriccioso e per così dire mistico; ma quando feci l'esperienza che nonostante tutti i miei sforzi non mi riusciva di trasferire nello stato ipnotico più di una piccolissima parte dei miei malati, decisi di rinunciare all'ipnosi e di rendere indipendente da essa il trattamento catartico. Dato che non potevo modificare a mio piacere lo stato psichico della maggioranza dei miei pazienti, mi disposi a lavorare sul loro stato normale. A dire il vero ciò apparve in un primo momento un'impresa senza senso e senza prospettive. Il problema era quello di venire a sapere dal malato qualche cosa che io ignoravo e che egli stesso non conosceva; potevo sperare di venirne a capo? Mi venne in aiuto a questo punto il ricordo di un esperimento assai singolare e istruttivo cui avevo assistito da Bernheim a Nancy. Bernheim ci aveva allora dimostrato che le persone ch'egli poneva in stato di sonnambulismo ipnotico e alle quali faceva vivere in questo stato ogni sorta di esperienze, perdevano soltanto in apparenza il ricordo dell'esperienza sonnambolica e che era possibile destare in loro questi ricordi anche nello stato normale. Interrogati sulle

esperienze sonnamboliche, essi in principio affermavano di non saperne nulla, ma s'egli non cedeva, insisteva, assicurava loro che lo sapevano, allora i ricordi dimenticati riemergevano regolarmente.

Feci dunque così anche con i miei pazienti. Quando ero giunto con loro al punto in cui affermavano di non sapere altro, assicuravo loro che invece sapevano, che dovevano solo parlare; e osai affermare che sarebbe emerso il ricordo giusto nel momento in cui posavo la mia mano sulla loro fronte. In questo modo riuscii senza applicare l'ipnosi a sapere dai malati tutto quanto era necessario per stabilire il nesso tra le scene patogene dimenticate e i sintomi che ne erano residuati. Ma era un procedimento faticoso, a lungo andare estenuante, che non poteva essere valido per una tecnica definitiva.

Non abbandonai tuttavia tale procedimento senza aver tratto conclusioni decisive dalle mie osservazioni. Avevo dunque trovato la conferma del fatto che i ricordi dimenticati non erano perduti. Erano in possesso del malato e pronti ad affiorare in associazione a ciò ch'egli già sapeva, ma una certa forza impediva loro di diventare coscienti e li costringeva a rimanere inconsci. Si poteva presumere con certezza l'esistenza di questa forza, perché si avvertiva una tensione ad essa corrispondente quando si tentava – contrastandola – di introdurre i ricordi inconsci nella coscienza del malato. La forza che manteneva in vita lo stato morboso veniva avvertita come una *resistenza* da parte del malato.

Ora, su questa idea della resistenza ho fondato la mia concezione dei processi psichici nell'isteria. Si era rivelato necessario per il ristabilimento della salute eliminare queste resistenze; partendo dal meccanismo della guarigione era ora possibile farsi idee ben precise sullo svolgimento della malattia. Le stesse forze, che oggi come resistenza impedivano al materiale dimenticato di divenire cosciente, dovevano a suo tempo aver provocato questo oblio e aver espulso dalla coscienza le corrispondenti esperienze patogene. Detti il nome di *rimozione* a questo processo da me ipotizzato, e lo considerai confermato dall'esistenza innegabile della *resistenza*.

Ma ci si poteva anche domandare quali fossero queste forze e quali le condizioni determinanti della rimozione, nella quale ora riconoscevamo il meccanismo patogeno dell'isteria. Un esame comparativo delle situazioni

patogene, che avevamo imparato a conoscere attraverso il trattamento catartico, permetteva di dare la risposta. In tutte queste vicende era avvenuto che affiorasse un impulso di desiderio, il quale era in netto contrasto con gli altri desideri dell'individuo e si rivelava incompatibile con le esigenze etiche ed estetiche della personalità. C'era stato un breve conflitto, e alla fine di questa lotta interiore la rappresentazione che compariva dinanzi alla coscienza come portatrice di quel desiderio inconciliabile cadeva nella rimozione e, insieme ai ricordi ad essa pertinenti, veniva espulsa dalla coscienza e dimenticata. L'incompatibilità di codesta rappresentazione con l'io del malato era dunque il motivo della rimozione; le esigenze etiche o di altro tipo dell'individuo erano le forze rimoventi. L'accettazione dell'impulso di desiderio incompatibile, come pure la continuazione del conflitto, avrebbero provocato un alto grado di dispiacere; questo dispiacere era risparmiato dalla rimozione, che in tal modo si dimostrava uno dei dispositivi di sicurezza della personalità psichica.

In luogo di molti esempi voglio raccontarvi uno solo dei miei casi, nel quale condizioni e vantaggi della rimozione sono riconoscibili in maniera sufficientemente chiara.<sup>11</sup> Certo per il mio scopo devo abbreviare anche questa storia clinica e tralasciarne alcuni importanti presupposti. Una giovane ragazza, che aveva perduto poco tempo prima l'amato padre alla cui assistenza aveva preso parte – situazione analoga a quella della paziente di Breuer – dimostrò, sposandosi la sorella maggiore, una particolare simpatia per il nuovo cognato, simpatia ch'ella poté facilmente mascherare come affettuosità familiare. Ben presto la sorella si ammalò e morì, mentre la paziente era assente insieme alla madre. Le assenti furono tosto richiamate, senza venire esattamente informate del doloroso evento. Quando la ragazza s'accostò al letto della sorella morta, affiorò in lei per un attimo un'idea che si potrebbe all'incirca rendere con le parole: *ora è libero e può sposarmi*. Possiamo ammettere come cosa certa che quest'idea – attraverso la quale si svelava alla sua coscienza l'intenso amore per il cognato di cui lei stessa non era consapevole – venne consegnata un momento dopo alla rimozione dal tumulto dei suoi sentimenti. La ragazza si ammalò di gravi sintomi isterici e

---

<sup>11</sup> [È il quinto caso riferito negli *Studi sull'isteria* cit., cap. 2, par. 5, quello della signorina Elisabeth von R.]

quando l'ebbi presa in trattamento risultò che aveva completamente dimenticato la scena svoltasi al letto della sorella e l'orribile impulso egoistico in lei sorto. Se ne ricordò durante il trattamento, riprodusse il momento patogeno tra i segni di un'emozione violentissima, e in questo modo guarì.

Mi è forse permesso di dimostrarvi il processo della rimozione e il necessario rapporto di questa con la resistenza mediante una metafora grossolana, che voglio desumere proprio dalla nostra situazione attuale. Supponete che in questa sala e in questo auditorio, di cui non so abbastanza lodare l'esemplare silenzio e l'attenzione, si trovi però un individuo che si comporti in modo disturbante e distolga la mia attenzione dal mio compito ridendo maleducatamente, chiacchierando e stropicciando i piedi. Io dichiaro che così non posso continuare la conferenza, e allora tra voi si alzano alcuni robusti signori e dopo breve lotta mettono alla porta il disturbatore della quiete. Egli è dunque "rimosso" e io posso continuare la mia conferenza. Ma perché il disturbo non si ripeta, quando l'espulso tenti di penetrare nuovamente nella sala, i signori che hanno eseguito la mia volontà accostano le loro sedie alla porta, disponendosi in tal modo come "resistenza" una volta avvenuta la rimozione. Se ora traducete queste località in termini psichici come "conscio" e "inconscio", vi trovate di fronte a una riproduzione abbastanza fedele del processo di rimozione.

Ora vedete in che consiste la differenza tra la nostra concezione e quella di Janet. Noi non deduciamo la scissione psichica da una congenita incapacità alla sintesi dell'apparato psichico, ma la spieghiamo dinamicamente, attraverso il conflitto di forze psichiche contrastanti, riconoscendo in essa il risultato di un'opposizione attiva dei due raggruppamenti psichici tra loro. Dalla nostra concezione sorgono ora numerosi problemi nuovi. La situazione di conflitto psichico è per certo oltremodo frequente, un'aspirazione dell'io a difendersi da ricordi penosi si osserva del tutto regolarmente, senza che porti come risultato a una scissione psichica. Non si può respingere il pensiero che occorrono anche altre condizioni perché il conflitto abbia come conseguenza la dissociazione. Sono inoltre pronto ad ammettere che con l'ipotesi della rimozione non ci troviamo alla fine, ma soltanto all'inizio di una teoria psicologica; tuttavia non

possiamo far altro che procedere per passi successivi, riservando a un ulteriore e più approfondito lavoro il completamento del nostro sapere.

Non vale la pena che voi proviate a considerare il caso della paziente di Breuer dal punto di vista della rimozione. Questa storia clinica non vi si presta, perché è stata ricavata con l'aiuto dell'influsso ipnotico. Solo quando escludete l'ipnosi, potete rendervi conto delle resistenze e delle rimozioni e farvi un'idea adeguata del reale processo patogeno. L'ipnosi cela la resistenza e rende accessibile una certa zona psichica, ma in compenso accumula la resistenza ai confini di questa zona, sino a farne un baluardo che rende inaccessibile tutto il resto.

L'insegnamento più prezioso che abbiamo ricavato dall'osservazione di Breuer è costituito dai chiarimenti sulla connessione tra sintomi ed esperienze patologiche o traumi psichici; pertanto è giunto il momento di valutare queste cognizioni dal punto di vista della teoria della rimozione. In un primo momento non si vede proprio come, partendo dalla rimozione, si possa giungere alla formazione dei sintomi. Anziché presentare una complicata argomentazione teorica, voglio tornare a questo punto all'immagine che abbiamo usato per la rimozione. Se ci pensate bene, con l'allontanamento del disturbatore e con il disporsi dei custodi davanti alla porta la faccenda non è necessariamente finita. Può darsi benissimo che l'individuo messo alla porta, ormai esasperato e assolutamente privo di riguardo, ci dia ancora del filo da torcere. Per la verità non è più tra noi, ci siamo liberati della sua presenza, del suo riso beffardo, delle sue osservazioni a mezza voce, eppure in un certo senso l'allontanamento non ha avuto successo, perché ora, all'esterno, egli fa un baccano insopportabile e le sue grida e il suo picchiare alla porta con i pugni ostacolano la mia conferenza più di quanto la ostacolasse prima il suo comportamento maleducato. In queste circostanze saremmo ben lieti se il nostro stimatissimo presidente dottor Stanley Hall si assumesse la parte dell'intermediario e del paciere. Egli parlerebbe con il tipo recalcitrante di fuori e si rivolgerebbe poi a noi invitandoci a farlo rientrare, rendendosi egli stesso garante che quell'individuo d'ora in avanti si comporterà meglio. Grazie all'autorità del dottor Hall ci decidiamo a sospendere la rimozione, e ora subentrano

nuovamente silenzio e pace. Questa non è affatto una descrizione inadeguata del compito che spetta al medico nella terapia psicoanalitica delle nevrosi.

Per dirla ora in modo più diretto: esaminando i malati isterici e altri nevrotici, perveniamo alla convinzione che in essi è *fallita* la rimozione dell'idea a cui è legato il desiderio intollerabile. L'hanno, è vero, cacciata dalla coscienza e dalla memoria e si sono in apparenza risparmiati una grande quantità di dispiacere, ma *nell'inconscio l'impulso di desiderio rimosso continua a esistere*, spiando il momento buono per la sua riattivazione e inviando poi alla coscienza, in luogo di ciò ch'è stato rimosso, una formazione sostitutiva deformata e resa irriconoscibile, alla quale ben presto si allacciano le stesse sensazioni di dispiacere che si credeva di aver evitato attraverso la rimozione. Questa *formazione sostitutiva* dell'idea rimossa – il *sintomo* – è immune da ulteriori attacchi da parte dell'lo difensivo, e al posto del breve conflitto subentra ora una sofferenza che non cessa col passare del tempo. Nel sintomo si può costatare, accanto ai segni della deformazione, un residuo di somiglianza, in qualche modo mediata, con l'idea originariamente rimossa; le vie sulle quali si è compiuta la formazione sostitutiva possono essere scoperte nel corso del trattamento psicoanalitico, e per la guarigione del paziente è necessario che il sintomo venga ricondotto sulle stesse vie e nuovamente tradotto nell'idea rimossa. Quando il materiale rimosso è stato ricondotto all'attività psichica cosciente, il che presuppone il superamento di considerevoli resistenze, allora il conflitto psichico che era sorto nel modo anzidetto e che il malato voleva evitare, può trovare sotto la direzione del medico un esito migliore di quello offerto dalla rimozione. Esistono parecchie di queste soluzioni convenienti che portano conflitto e nevrosi a una felice conclusione, e che nel singolo caso possono anche essere ottenute per reciproca combinazione. La personalità del malato può essere convinta di aver respinto a torto il desiderio patogeno e indotta ad accettarlo del tutto o in parte; oppure questo desiderio viene esso stesso rivolto a una meta più alta e perciò inattaccabile (il che si definisce la sua sublimazione); oppure si riconosce la legittimità del rifiuto, ma si sostituisce il meccanismo della rimozione, automatico e perciò insufficiente, con una condanna, facendo ricorso alle più

elevate prestazioni spirituali dell'uomo: se ne raggiunge la padronanza conscia.

Vogliate scusarmi se non sono riuscito a descrivere in modo più chiaramente comprensibile questi aspetti fondamentali del metodo terapeutico ora chiamato *psicoanalisi*. Le difficoltà non stanno soltanto nella novità dell'argomento. Sulla natura dei desideri incompatibili che nonostante la rimozione sanno rendersi percettibili all'inconscio, e sulle condizioni soggettive o costituzionali che devono essere presenti in una persona affinché si giunga a siffatto fallimento della rimozione e a una formazione sostitutiva o sintomatica, forniremo chiarimenti in successive osservazioni.

## TERZA CONFERENZA

Signore e signori, non è sempre facile dire la verità, soprattutto quando si deve essere brevi, e così sono costretto oggi a rettificare un'affermazione inesatta della mia ultima conferenza. Vi dissi che dopo aver rinunciato all'ipnosi, insistevo tuttavia con i miei pazienti perché mi comunicassero ciò che passava loro per il capo in relazione al problema esaminato in quel momento, e assicuravo loro che sapevano bene tutto quello che apparentemente avevano dimenticato e che l'idea<sup>12</sup> affiorante avrebbe contenuto certamente ciò che si cercava; vi dissi inoltre che la prima idea che veniva in mente al mio paziente dava luogo effettivamente alla connessione giusta e si rivelava essere la continuazione dimenticata del ricordo. Ora, questo non è sempre vero; solo per ragioni di brevità ho semplificato in questo modo quel che volevo dire. In realtà succedeva soltanto le prime volte che quanto era stato veramente dimenticato si presentasse per semplice insistenza da parte mia. Ripetendo il procedimento, sorgevano ogni volta idee che non potevano essere quelle giuste, perché non erano pertinenti e venivano respinte dai malati stessi come inesatte. In questi casi insistere non era di alcun giovamento e si poteva ancora una volta rammaricarsi di aver abbandonato l'ipnosi.

In questa fase di perplessità mi aggrappai a un pregiudizio, la cui esattezza scientifica fu dimostrata anni dopo da C. G. Jung a Zurigo e dai suoi allievi. Sono costretto ad affermare che a volte è molto utile avere dei pregiudizi. Avevo un'alta opinione del rigore con cui i processi psichici sono determinati e non riesco a credere che un'idea, prodotta dal malato in un momento di attenzione estrema, potesse essere del tutto arbitraria e senza rapporto con la rappresentazione dimenticata che noi cercavamo; il fatto che non fosse identica a questa si poteva spiegare in modo soddisfacente in base alla situazione psicologica di cui si è detto. Nel malato in trattamento agivano due forze contrarie: da una parte la sua aspirazione cosciente ad

---

<sup>12</sup> [Il vocabolo tedesco *Einfall* è qui reso con "idea" o "idea improvvisa"; mentre *freier Einfall* viene tradotto con "libera associazione".]

attirare nella coscienza il materiale dimenticato esistente nel suo inconscio, dall'altra parte la resistenza a noi nota, che si ribellava a siffatto divenir conscio del materiale rimosso o dei suoi derivati. Se questa resistenza era pari a zero o minima, l'elemento dimenticato diveniva cosciente senza deformazione; era quindi naturale ammettere che la deformazione dell'elemento ricercato sarebbe stata tanto maggiore quanto maggiore fosse stata la resistenza opposta al suo divenir cosciente. L'idea del malato che compariva al posto dell'elemento ricercato era dunque sorta essa stessa come un sintomo; era una deformazione nuova, artificiosa, effimera, che sostituiva l'elemento rimosso, ed era tanto più dissimile da questo quanto maggiore era stata la deformazione subita sotto l'influsso della resistenza. Tuttavia, data la sua natura di sintomo essa doveva rivelare una certa somiglianza con il materiale ricercato, e se la resistenza non era troppo intensa doveva essere possibile decifrare l'elemento celato in base all'idea emersa. L'idea doveva comportarsi rispetto all'elemento rimosso come un'allusione, come una sua raffigurazione in un discorso *indiretto*.

Nell'ambito della vita psichica normale conosciamo dei casi in cui situazioni analoghe a quelle da noi supposte danno effettivamente luogo a esiti affini. Un caso di questo genere è quello del *motto di spirito*. Attraverso i problemi della tecnica psicoanalitica, sono stato infatti costretto a occuparmi anche della tecnica di formazione del motto di spirito. Voglio illustrarvi uno solo di questi esempi, peraltro un motto di spirito in lingua inglese.

L'aneddoto racconta:<sup>13</sup> Due uomini d'affari poco scrupolosi erano riusciti ad ammassare una grossa fortuna per mezzo di iniziative spericolate: ora si trattava di farsi accogliere nella buona società. Tra i vari mezzi, sembrò loro opportuno farsi ritrarre dal pittore più celebre e costoso della città, i cui dipinti erano considerati ogni volta un avvenimento. Le preziose tele furono mostrate per la prima volta in pubblico durante una *grande soirée*, e i due padroni di casa accompagnarono personalmente il conoscitore d'arte e critico più influente verso la parte del salone dove i due quadri stavano

---

<sup>13</sup> *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905) [cap. 2, par. 11 (in OSF, vol. 5), dove l'aneddoto è discusso più ampiamente e citato, tra l'altro, come un motto di spirito americano.]

appesi uno accanto all'altro, ansiosi di strappargli un giudizio ammirativo. Il critico osservò a lungo i ritratti, poi scosse la testa come se il conto non tornasse e si limitò a domandare, indicando lo spazio vuoto fra le due tele: "*And where is the Saviour?*" (E il Redentore dov'è? Ossia: qui manca il ritratto del Redentore.) Vedo che tutti voi ridete di questa buona battuta, che cercheremo ora di comprendere più a fondo. È chiaro che l'intenditore vuol dire: siete una coppia di birboni, come quelli tra i quali fu crocifisso il Salvatore. Ma non lo dice; esprime invece qualcosa che in un primo tempo sembra singolarmente improprio e non pertinente, ma in cui riconosciamo nel momento successivo una *allusione* all'ingiuria che egli aveva in mente e un surrogato pienamente valido di essa. Non possiamo attenderci che nel motto di spirito si ritrovino tutte le condizioni che supponiamo essere presenti quando ai nostri pazienti viene in mente qualcosa, ma intendiamo dare peso all'identità di motivazione tra motto di spirito e idea improvvisa. Perché il nostro critico non dice direttamente ai due birboni ciò che vorrebbe dire loro? Perché accanto alla sua voglia di dirglielo apertamente in faccia, agiscono in lui ottimi contromotivi. Non è privo di pericoli offendere gente presso cui si è ospiti e che potrebbe farci mettere brutalmente alla porta da una numerosa servitù. È facile andare incontro a quella stessa sorte di cui abbiamo parlato nella conferenza precedente a proposito dell'analogia con la "rimozione". Per questo motivo il critico esprime l'ingiuria che ha in mente non in forma diretta, bensì deformata, come una "allusione con omissione";<sup>14</sup> e la stessa costellazione è responsabile, secondo noi, del fatto che il nostro paziente produce, al posto del materiale dimenticato che ricerchiamo, un'idea sostitutiva più o meno deformata di esso.

È molto opportuno, signore e signori, seguire la scuola zurighese (Bleuler, Jung, e altri) nel definire complesso un gruppo di elementi rappresentativi omogenei, affettivamente investiti. Vediamo dunque che per cercare in un malato un complesso rimosso, partendo dalle ultime cose che ancora ricorda, abbiamo tutte le probabilità di rintracciarlo se egli ci mette a

---

<sup>14</sup> [Questa è una delle tecniche particolari descritte nel passo testé citato del lavoro di Freud sul motto di spirito.]

disposizione un numero sufficiente di sue libere associazioni.<sup>15</sup> Gli lasciamo dunque dire ciò che vuole e ci atteniamo al presupposto che non possa passargli per il capo se non ciò che dipende in maniera indiretta dal complesso ricercato. Se questa via per scoprire il materiale rimosso vi sembra troppo complicata, posso almeno assicurarvi che è l'unica praticabile.

Nel portare avanti questa tecnica, siamo però ancora disturbati dal fatto che il malato spesso s'interrompe, s'inceppa e sostiene che non ha niente da dire, che assolutamente non gli viene in mente nulla. Se così fosse e il malato avesse ragione, il nostro metodo si dimostrerebbe ancora una volta inadeguato. Ma un'osservazione più sottile dimostra che il venir meno delle idee in effetti non si verifica mai. Quest'apparenza si realizza soltanto perché il malato, sotto l'influsso delle resistenze che si rivestono di molteplici giudizi critici sul valore dell'idea percepita, si trattiene dal dirla oppure la riallontana da sé. Ci difendiamo predicendogli questo comportamento ed esigendo da lui che non si dia pensiero della sua critica. Rinunciando totalmente a una scelta critica, dica pure tutto quello che gli passa per il capo, anche se lo ritiene inesatto, non pertinente, insensato e, soprattutto, anche se gli è spiacevole occupare il suo pensiero con quell'idea. Se segue questa norma, ci assicuriamo il materiale che ci conduce sulla traccia dei complessi rimossi.

Questo materiale ideativo che il malato allontana con spregio da sé, qualora si trovi sotto l'influsso della resistenza anziché sotto quello del medico, rappresenta per lo psicoanalista, in certo qual modo, il minerale al quale egli sottrae, con l'ausilio di semplici arti interpretative, il suo contenuto di metallo prezioso. Se volete farvi una cognizione rapida e provvisoria dei complessi rimossi di un paziente, senza ancora preoccuparvi del loro ordinamento e della loro connessione, servitevi come metodo d'esame dell'esperimento associativo, come è stato elaborato da Jung e dai suoi allievi.<sup>16</sup> Questo procedimento offre allo psicoanalista ciò che l'analisi qualitativa offre al chimico; esso non è indispensabile nella terapia dei malati nevrotici, lo è invece per la dimostrazione obiettiva dei complessi e nell'esame delle psicosi ch'è stato intrapreso con tanto successo dalla scuola zurighese.

---

<sup>15</sup> [Vedi nota 215, in OSF, vol. 6.]

<sup>16</sup> [Nella raccolta *Diagnostische Assoziationsstudien*, Barth (Lipsia 1906-1909).

L'elaborazione delle idee che si presentano al paziente quand'egli si sottopone alla regola psicoanalitica fondamentale,<sup>17</sup> non è l'unico dei mezzi tecnici di cui disponiamo per dischiudere l'inconscio. Al medesimo scopo servono altri due procedimenti: l'interpretazione dei sogni del paziente e l'utilizzazione delle sue azioni mancate e casuali.

Devo confessarvi, miei egregi ascoltatori, che ho pensato a lungo se non fosse meglio offrirvi, al posto di questa concisa rassegna di tutto il campo psicoanalitico, una minuziosa esposizione dell'interpretazione dei sogni.<sup>18</sup> Mi ha trattenuto un motivo puramente soggettivo e in apparenza secondario. Mi pareva quasi scandaloso in questo paese rivolto a mete pratiche, presentarmi come "interprete di sogni" prima ancora che voi foste in grado di rendervi conto quale importanza può essere attribuita a quest'arte antiquata e dileggiata. L'interpretazione dei sogni è in realtà la via regia per la conoscenza dell'inconscio,<sup>19</sup> il fondamento più sicuro della psicoanalisi e il campo in cui ogni praticante deve maturare il proprio convincimento e perseguire il proprio perfezionamento. Se mi si chiede in che modo si possa diventare psicoanalista, rispondo: attraverso lo studio dei propri sogni. Con vera discrezione tutti gli avversari della psicoanalisi hanno evitato sinora qualunque apprezzamento del mio libro *L'interpretazione dei sogni*, oppure hanno tentato di averne ragione con le obiezioni più futili. Se voi al contrario sarete in grado di ammettere le soluzioni dei problemi posti dalla vita onirica, le novità che la psicoanalisi propone al vostro pensiero non presenteranno più alcuna difficoltà.

Non dimenticate che le nostre produzioni oniriche notturne presentano da un lato la più grande somiglianza esteriore e parentela interiore con le creazioni della malattia mentale, e d'altro lato sono però compatibili con la piena salute della vita vigile. Non è un paradosso affermare che chi dimostra meraviglia, anziché comprensione, per codeste illusioni sensoriali, idee deliranti e modificazioni caratteriali "normali", non ha la benché minima probabilità di comprendere le formazioni abnormi degli stati psichici morbosi in un senso diverso da quello del profano. Fra questi

<sup>17</sup> [Vedi *Dinamica della traslazione* (1912), nota 683, in OSF, vol. 6.]

<sup>18</sup> *L'interpretazione dei sogni* (1899 [in OSF, vol. 3]).

<sup>19</sup> [Questa frase fu aggiunta, quasi con le stesse parole, nella seconda edizione (1909) dell'*Interpretazione dei sogni* cit., cap. 7, par. E.]

profani potete annoverare oggi tranquillamente quasi tutti gli psichiatri. Seguitemi ora in una rapida escursione nel campo dei problemi onirici.

Al nostro risveglio siamo soliti trattare i sogni nello stesso modo spregiativo con cui il paziente tratta le associazioni che lo psicoanalista esige da lui. Ma per di più li allontaniamo da noi, dimenticandoli di regola rapidamente e completamente. Il nostro spregio si basa sul carattere peregrino anche di quei sogni che non sono né confusi né privi di senso, e sulla evidente assurdità e insensatezza degli altri, il nostro rifiuto si richiama alle sfrenate e immorali tendenze che in certi sogni affiorano apertamente. È noto che l'antichità non condivise questo spregio per i sogni. Anche oggi gli strati inferiori del nostro popolo non si lasciano ingannare sul valore da attribuire loro; al pari degli antichi essi si aspettano dai sogni la rivelazione del futuro.

Confesso che non sento alcun bisogno di congetture mistiche per colmare le lacune delle nostre attuali conoscenze, ed è per questo che non ho mai potuto trovare nulla che confermasse la natura profetica dei sogni. Vi sono ben altre cose da dire sui sogni – anch'esse straordinarie quanto basta.

In primo luogo: non tutti i sogni sono del tutto estranei al sognatore, incomprensibili e confusi. Se accetterete di sottoporre alla vostra attenzione i sogni di bambini molto piccoli, a partire da un anno e mezzo, li troverete assolutamente semplici e facili da spiegare. Il bambino piccolo sogna sempre l'appagamento di desideri che il giorno precedente ha destato in lui senza soddisfarli. Non vi occorre alcuna arte interpretativa per trovare questa semplice soluzione, basterà che vi informiate sulle sue esperienze del giorno prima (giorno del sogno). Ora, è certo che avremmo la soluzione più soddisfacente dell'enigma onirico se anche i sogni degli adulti, non diversamente da quelli dei bambini, si rivelassero appagamenti di impulsi di desiderio sorti il giorno del sogno. Ed è così in realtà; le difficoltà che ostacolano questa soluzione si possono eliminare gradualmente, attraverso un'analisi più approfondita.

A questo punto la prima e più importante obiezione è che i sogni degli adulti hanno di solito un contenuto incomprensibile, che non consente affatto di riconoscervi un appagamento di desiderio. La risposta è questa: questi sogni hanno subito una deformazione; il processo psichico che sta alla

loro base avrebbe dovuto trovare in origine tutt'altra espressione verbale. Dovete distinguere il *contenuto onirico manifesto*, che ricordate vagamente al mattino e rivestite con fatica di parole, apparentemente in modo arbitrario, dai *pensieri onirici latenti*, che dovete supporre presenti nell'inconscio. Questa deformazione onirica è lo stesso processo che avete imparato a conoscere nell'indagine sulla formazione dei sintomi isterici; essa indica che anche nella formazione del sogno interviene lo stesso antagonismo di forze psichiche che interviene nella formazione del sintomo. Il contenuto onirico manifesto è il sostituto deformato dei pensieri onirici inconsci, e questa deformazione è opera di forze di difesa dell'Io, di resistenze che nella vita vigile impediscono del tutto ai desideri rimossi dell'inconscio l'accesso alla coscienza: queste resistenze si riducono nello stato di sonno, mantenendo tuttavia una forza tale da imporre ai pensieri inconsci un travestimento che li maschera. Per questo il sognatore riconosce il significato dei suoi sogni altrettanto poco quanto l'isterico la connessione e il significato dei suoi sintomi.

Del fatto che esistano pensieri onirici latenti, e che tra essi e il contenuto onirico manifesto esista effettivamente la relazione ora descritta, vi convincerete con l'analisi dei sogni, la cui tecnica coincide con quella psicoanalitica. Prescindete del tutto dalla connessione apparente fra gli elementi del sogno manifesto, e, raccogliendo le idee che emergono in relazione ad ogni singolo elemento onirico per mezzo di libere associazioni, attenetevi alla regola del lavoro psicoanalitico. Da questo materiale potrete ricavare i pensieri onirici latenti esattamente nello stesso modo in cui dalle associazioni del malato a proposito dei suoi sintomi e ricordi avete ricavato i suoi complessi nascosti. I pensieri onirici latenti in tal guisa individuati vi permettono senz'altro di comprendere quanto sia giustificato ricondurre i sogni degli adulti ai sogni infantili. Ciò che ora si sostituisce come senso vero e proprio del sogno al contenuto onirico manifesto, è sempre chiaramente comprensibile, si riallaccia alle esperienze di vita del giorno prima, si rivela un appagamento di desideri insoddisfatti. Il sogno manifesto, quale voi lo conoscete ricordandolo al risveglio, non si può allora descrivere che come un appagamento *mascherato* di desideri *rimossi*.

Mediante una sorta di lavoro sintetico, potete ora farvi anche un'idea del processo che ha portato alla deformazione dei pensieri onirici inconsci trasformandoli in contenuto onirico manifesto. Chiamiamo questo processo "lavoro onirico". Esso merita il nostro interesse teorico più pieno, perché quivi più che altrove possiamo osservare quali insospettati processi psichici siano possibili nell'inconscio, o più esattamente tra due sistemi psichici distinti come il conscio e l'inconscio. Fra questi processi psichici appena portati alla luce spiccano vistosamente quelli della *condensazione* e dello *spostamento*. Il lavoro onirico è un aspetto particolare delle influenze reciproche di diversi raggruppamenti psichici, quindi dei risultati della scissione psichica, e appare nella sostanza identico a quel lavoro di deformazione che in caso di rimozione fallita trasforma i complessi rimossi in sintomi.

Con l'analisi dei sogni, nel modo più convincente con l'analisi dei sogni personali, scoprirete più oltre con stupore quale ruolo di insospettato rilievo abbiano le impressioni e le esperienze della prima infanzia nello sviluppo dell'uomo. Nella vita onirica il bambino che è nell'uomo continua per così dire la sua esistenza, conservando tutte le sue caratteristiche e i suoi impulsi di desiderio, anche quelli divenuti inutilizzabili col procedere del tempo. Con forza imperiosa vi si rivela attraverso quali sviluppi, rimozioni, sublimazioni e formazioni reattive, emerga, dal bambino ben altrimenti orientato, l'uomo cosiddetto normale, portatore e in parte vittima della civiltà che ha faticosamente raggiunto.

Voglio inoltre richiamare la vostra attenzione sul fatto che analizzando i sogni abbiamo compreso come l'inconscio si serva, soprattutto per la rappresentazione di complessi sessuali, di un determinato simbolismo che è in parte individualmente variabile, in parte tipicamente fisso; esso sembra coincidere con il simbolismo che sospettiamo dietro i nostri miti e le nostre favole. Non sarebbe impossibile che queste creazioni dei popoli potessero essere chiarite attraverso il sogno.

Devo infine esortarvi a non lasciarvi confondere dall'obiezione che l'esistenza di sogni d'angoscia contraddirebbe la nostra concezione del sogno come appagamento di desiderio. A prescindere dal fatto che anche per questi sogni d'angoscia è necessaria l'interpretazione prima di poter

esprimere un giudizio su di essi, si deve dire in modo assolutamente generale che l'angoscia non dipende dal contenuto onirico in modo così semplice come immagina chi non è in possesso di ulteriori cognizioni e non tiene conto delle condizioni che determinano l'angoscia nevrotica. L'angoscia è una delle reazioni di rifiuto dell'Io di fronte a desideri rimossi fattisi intensi, e quindi anche nel sogno essa trova facilmente spiegazione nel fatto che la formazione onirica si è posta in misura eccessiva al servizio dell'appagamento di questi desideri rimossi.

Come si vede, l'indagine sul sogno sarebbe già di per sé giustificata dalle nozioni che essa fornisce su cose difficilmente conoscibili in altro modo. Ma noi siamo giunti ad essa in relazione al trattamento psicoanalitico dei nevrotici. Dopo quanto si è detto sinora, potete facilmente comprendere come l'interpretazione del sogno, qualora non sia resa troppo difficile dalle resistenze del malato, porti alla conoscenza dei suoi desideri celati e rimossi e dei complessi che essi alimentano; posso così passare al terzo gruppo di fenomeni psichici, il cui studio è diventato una delle tecniche della psicoanalisi.

Sono questi i piccoli atti mancati degli uomini sia normali che nervosi, ai quali non si è soliti anettere alcuna importanza: il dimenticare certe cose che si potrebbero sapere e che altre volte effettivamente si fanno (per esempio la occasionale difficoltà nel ricordare nomi propri), il lapsus verbale nel quale incorriamo così spesso, l'analogo lapsus di scrittura e di lettura, le sbadataggini nel corso delle faccende di tutti i giorni, il perdere o il rompere oggetti e via dicendo: tutti fatti per i quali in altre circostanze non si cerca una determinazione psichica e che si fanno passare, senza discutere, per effetti casuali dovuti a distrazione, a disattenzione e a cause consimili. A ciò si aggiungano le azioni e i gesti che gli uomini compiono senza affatto rendersene conto e men che meno attribuendo loro un peso psichico, come il giocare, il gingillarsi con oggetti, il canticchiare melodie, il maneggiare parti del proprio corpo o dei propri indumenti, e simili.<sup>20</sup> Queste piccole cose, gli *atti mancati* come le *azioni sintomatiche e casuali*, non sono così insignificanti come si è pronti ad ammettere per una specie di tacito accordo; si tratta al contrario di atti perfettamente sensati, perlopiù interpretabili con facilità e

---

<sup>20</sup> Vedi *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901 [in OSF, vol. 4]).

sicurezza in base alla situazione in cui accadono, e risulta che anch'essi portano ad espressione impulsi e intenzioni che sono stati respinti e devono restar celati alla nostra stessa coscienza; oppure che addirittura derivano dai medesimi impulsi di desiderio e complessi rimossi nei quali abbiamo ormai riconosciuto i creatori dei sintomi e gli artefici delle immagini oniriche. Essi meritano dunque la giusta valutazione di sintomi e il loro esame, come quello dei sogni, può portare alla scoperta del materiale celato nella vita psichica. Attraverso di essi l'uomo tradisce di regola i suoi segreti più intimi. Se gli atti mancati si realizzano con particolare facilità e frequenza persino nell'uomo sano, al quale nel complesso è ben riuscita la rimozione dei propri impulsi inconsci, ciò si deve alla loro futilità e scarsa appariscenza. Tuttavia essi possono pretendere a un alto valore teorico, poiché ci dimostrano l'esistenza della rimozione e della formazione sostitutiva anche in condizioni di buona salute.

Vi rendete conto ormai come lo psicoanalista si distingue per una fiducia singolarmente ferma nel determinismo della vita psichica. Per lui non vi è nulla di in significativo, di arbitrario e casuale nelle manifestazioni psichiche; egli si aspetta sempre una motivazione esauriente laddove di solito non si avanza siffatta pretesa; anzi egli è preparato a una motivazione multipla del medesimo effetto psichico, mentre la nostra esigenza causale, presuntamente congenita, si dichiara soddisfatta di un unico motivo psichico.

Riunite ora insieme i mezzi di cui disponiamo per la scoperta del materiale celato, dimenticato, rimosso nella vita psichica (lo studio delle idee dei pazienti evocate nell'associazione libera, lo studio dei loro sogni e delle loro azioni mancate e sintomatiche); aggiungete inoltre l'utilizzazione di altri fenomeni che si verificano durante il trattamento psicoanalitico, sui quali farò in seguito alcune osservazioni servendomi del termine "traslazione", e giungerete con me alla conclusione che la nostra tecnica è ormai abbastanza efficace per poter assolvere il suo compito, per procurare alla coscienza il materiale psichico patogeno ed eliminare in tal modo le sofferenze provocate dalla formazione di sintomi sostitutivi. Il fatto che nel corso dei tentativi terapeutici noi arricchiamo e approfondiamo la nostra conoscenza della vita psichica degli uomini normali e malati, deve indubbiamente essere

considerato un elemento che conferisce a questo lavoro un privilegio e un fascino particolari.

Non so se avete avuto l'impressione che la tecnica psicoanalitica, nel cui arsenale vi ho or ora guidati, sia particolarmente difficile. Io penso che sia assolutamente adeguata alla materia di cui deve venire a capo. Ma certo è che non è ovvia, che dev'essere imparata al pari delle tecniche dell'istologia o della chirurgia. Vi stupirete forse di apprendere che in Europa abbiamo ascoltato una quantità di giudizi negativi sulla psicoanalisi da parte di persone che non sanno nulla di questa tecnica, che non la applicano, e che poi – come per beffa – pretendono da noi che proviamo loro l'esattezza dei nostri risultati. Tra questi oppositori vi sono per certo anche persone alle quali di solito non è estranea una mentalità scientifica, persone che per esempio non rifiuterebbero il risultato di un esame microscopico per il fatto che non è confermabile sul preparato anatomico a occhio nudo, e prima di aver giudicato il dato in questione avvalendosi del microscopio. Ma quando si tratta di ottenere un riconoscimento per la psicoanalisi la situazione presenta difficoltà maggiori. La psicoanalisi intende portare il materiale rimosso della vita psichica a un riconoscimento cosciente, e chiunque la giudichi è egli stesso un uomo che possiede siffatte rimozioni, e che forse le tiene a bada soltanto a fatica. Essa è quindi destinata a provocare in lui la stessa resistenza che risveglia nei malati, ed è facile per questa resistenza mascherarsi da rifiuto intellettuale, accampando argomenti simili a quelli che nei nostri malati ribattiamo con la regola psicoanalitica fondamentale. Come nei malati, anche nei nostri avversari possiamo spesso costatare un influsso affettivo molto considerevole sulla facoltà di giudizio, nel senso di una riduzione di quest'ultima. L'alterigia della coscienza, che per esempio rifiuta il sogno con tanto disprezzo, è uno dei più potenti meccanismi protettivi di cui siamo universalmente provvisti contro l'infiltrazione dei complessi inconsci; ed è per questo che è così difficile convincere gli uomini della realtà dell'inconscio e insegnare loro a conoscere cose nuove che contraddicono il loro sapere cosciente.

## QUARTA CONFERENZA

Signore e signori, ora vorrete sapere che cosa abbiamo stabilito, con l'aiuto dei mezzi tecnici descritti, riguardo ai complessi patogeni e agli impulsi di desiderio rimossi dei nevrotici.

Ebbene, soprattutto una cosa: l'indagine psicoanalitica riconduce con regolarità veramente sorprendente i sintomi morbosi dei pazienti a impressioni provenienti dalla loro vita amorosa, ci mostra che gli impulsi di desiderio patogeni sono per natura componenti pulsionali erotiche, e ci costringe ad ammettere che, tra gli influssi che portano alla malattia, la massima importanza deve venir attribuita ai disturbi dell'erotismo, e questo per entrambi i sessi.

Lo so, questa mia affermazione non sarà creduta volentieri. Persino certi studiosi disposti a seguire i miei lavori psicologici, tendono a credere ch'io sopravvaluti l'etiologia dei fattori sessuali, e si rivolgono a me, chiedendomi perché mai anche altri eccitamenti psichici non dovrebbero dare luogo ai fenomeni della rimozione e della formazione sostitutiva che abbiamo descritto. Ebbene posso rispondere: non so perché non dovrebbero, né avrei qualche cosa in contrario se così fosse, ma l'esperienza dimostra che non hanno siffatta importanza, che tutt'al più possono rafforzare l'azione dei fattori sessuali, mai però sostituirli. Questo fatto non è stato certamente postulato da me teoricamente; negli Studi sull'isteria pubblicati nel 1895 con Josef Breuer non sostenevo ancora questo punto di vista; dovetti convertirmi ad esso quando le mie esperienze si fecero più numerose e penetrarono più a fondo nella materia. Signori, qui tra voi si trovano alcuni dei miei amici e discepoli più intimi che hanno fatto con me il viaggio a Worcester. Rivolgetevi a loro e udirete che all'inizio opposero tutti una profonda incredulità alla mia affermazione circa l'importanza decisiva dell'etiologia sessuale, sino a che le loro personali esperienze analitiche non li costrinsero a farla propria.

Il convincersi dell'esattezza della tesi di cui parliamo non è per la verità reso più facile dal comportamento dei pazienti. Anziché fornirci

preziosamente raggiunti sulla loro vita sessuale, essi cercano con tutti i mezzi di celarla. In generale gli uomini non sono sinceri in materia sessuale. Non mostrano liberamente la loro sessualità, per nascondere si coprono di una spessa sopravveste, intessuta di menzogne, come se nel mondo della sessualità minacciasse il maltempo. E non hanno torto, effettivamente sole e vento non sono favorevoli nel nostro mondo civile all'attività sessuale; in verità nessuno di noi può svelare liberamente agli altri il proprio erotismo. Appena però i vostri pazienti si sono accorti che possono stare a loro agio durante il trattamento, depongono quella veste di menzogne e solo allora siete in grado di farvi un giudizio sulla questione controversa di cui abbiamo parlato. Purtroppo anche i medici, nel loro rapporto personale con i problemi della vita sessuale, non godono di alcun privilegio rispetto agli altri esseri umani e molti di essi sono in balia di quell'ibrido di pruderie e di concupiscenza che domina la maggior parte degli "uomini civili" in fatto di sessualità.

Mi sia concesso ora di proseguire nella comunicazione dei nostri risultati. In una serie diversa di casi l'indagine psicoanalitica riconduce effettivamente i sintomi non a esperienze sessuali, bensì a banali esperienze traumatiche. Ma questa distinzione è resa insignificante da un'ulteriore circostanza. Il lavoro analitico necessario alla radicale chiarificazione e al ristabilimento definitivo di un caso patologico non si ferma infatti mai alle esperienze del periodo di malattia, ma risale in tutti i casi sino alla pubertà e all'età infantile del malato, per imbattersi soltanto lì nelle impressioni e negli avvenimenti decisivi per la successiva malattia. Soltanto le esperienze infantili spiegano la sensibilità nei confronti di traumi successivi, e solo scoprendo e rendendo coscienti queste tracce mnestiche quasi regolarmente dimenticate acquistiamo la forza necessaria per eliminare i sintomi. Giungiamo qui allo stesso risultato ottenuto nell'indagine sui sogni: sono gli imperituri e rimossi impulsi di desiderio dell'infanzia che hanno prestato la loro forza per la formazione dei sintomi, e senza di essi la reazione a traumi successivi si sarebbe svolta normalmente. Questi potenti impulsi di desiderio dell'infanzia si possono definire peraltro in modo assolutamente generale come sessuali.

Ora però sono più che mai certo del vostro stupore. Esiste dunque una sessualità infantile? chiederete. Non è piuttosto l'infanzia proprio il periodo della vita contraddistinto dall'assenza della pulsione sessuale? No, signori miei, non è così: la pulsione sessuale non balza sui bambini nel periodo della pubertà come i demoni del Vangelo entrarono nei porci; il bambino ha le sue pulsioni e le sue attività sessuali sin dall'inizio, le porta con sé venendo al mondo, e da esse, attraverso uno sviluppo significativo, ricco di tappe, emerge la cosiddetta sessualità normale dell'adulto. Non è nemmeno difficile osservare le manifestazioni di quest'attività sessuale infantile; ci vuole piuttosto una certa abilità per trascurarla o misconoscerla.

Il favore della sorte mi pone in condizione di fare appello, dalla vostra stessa cerchia, a un testimone delle mie affermazioni. Eccovi un lavoro di un certo dottor Sanford Bell, che è stato pubblicato nel 1902 sull'"American Journal of Psychology". L'autore è assistente alla Clark University, presso lo stesso istituto nei cui locali ci troviamo. In questo lavoro intitolato: *A Preliminary Study of the Emotion of Love between the Sexes* [Studio preliminare dell'emozione amorosa tra i sessi], apparso tre anni prima dei miei *Tre saggi sulla teoria sessuale* [1905], egli dice esattamente quello che vi ho appena detto: "L'emozione dell'amore sessuale... non fa la sua comparsa per la prima volta nel periodo dell'adolescenza, come si è pensato." L'autore ha condotto il suo lavoro alla maniera degli americani, come diremmo noi in Europa, raccogliendo nel corso di quindici anni non meno di 2500 osservazioni empiriche, tra cui 800 sue personali. Dei segni attraverso i quali si manifestano questi stati d'innamoramento, egli dice: "Una mente spregiudicata, nell'osservare queste manifestazioni in centinaia di coppie di bambini, non può fare a meno di riferirle a un'origine sessuale. Lo spirito più esigente è soddisfatto, allorché a queste osservazioni vengano aggiunte le confessioni di coloro che hanno da bambini sperimentato tale emozione in misura notevolmente intensa e i cui ricordi d'infanzia sono relativamente distinti." Ma coloro tra voi che non volevano credere alla sessualità infantile, saranno sorpresi soprattutto nell'udire che tra questi bambini precocemente innamorati non pochi si trovavano nella tenera età di tre, quattro e cinque anni.

Non mi meraviglierei se prestaste più fede a queste osservazioni di un vostro più vicino compatriota che alle mie. Lo stesso ho avuto recentemente la fortuna di ricavare dall'analisi di un bambino di cinque anni sofferente d'angoscia<sup>21</sup> – analisi effettuata con tecnica corretta dal padre stesso – un quadro piuttosto completo delle manifestazioni pulsionali somatiche e delle produzioni psichiche in uno dei primi stadi della vita amorosa infantile. E mi è lecito ricordarvi che poche ore fa in questa sala il mio amico C. G. Jung vi ha dato lettura dell'osservazione di una bambina ancora più piccola, che per il medesimo motivo del mio paziente – la nascita di una sorellina – permise di individuare con certezza quasi gli stessi impulsi sensuali, le stesse configurazioni di desideri e di complessi.<sup>22</sup> Non dispero quindi che voi riusciate a familiarizzarvi con l'idea, a prima vista sorprendente, della sessualità infantile, e vorrei citarvi ancora il celebre esempio dello psichiatra zurighese Eugen Bleuler, che ancora pochi anni fa dichiarava pubblicamente di “stare di fronte alle mie teorie sessuali senza comprenderle” e che da allora ha confermato attraverso osservazioni personali la sessualità infantile in tutta la sua estensione.<sup>23</sup>

Che la maggior parte degli uomini, siano essi osservatori clinici oppure no, si rifiuti di ammettere la vita sessuale del bambino, si può spiegare persino con troppa facilità. Essi hanno dimenticato, sotto la pressione dell'educazione alla civile convivenza, la loro attività sessuale infantile, e adesso non vogliono che si ricordi loro ciò che è stato rimosso. Giungerebbero ad altre convinzioni, ove cominciasse l'indagine da un'autoanalisi, da una revisione e interpretazione dei propri ricordi d'infanzia.

Abbandonate i dubbi e accingetevi con me a riconoscere il valore della sessualità infantile, a partire dai primissimi anni.<sup>24</sup> La pulsione sessuale del bambino si rivela altamente composita e si presta a essere smembrata in

---

<sup>21</sup> *Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (Caso clinico del piccolo Hans)* (1908 [in OSF, vol. 5]).

<sup>22</sup> [Vedi C. G. Jung, *Conflitti dell'anima infantile* (1910/1946).]

<sup>23</sup> E. Bleuler, *Sexuelle Abnormitäten der Kinder*, Jb. schweiz. Ges. SchulgesundPfl., vol. 9, 623 (1908).

<sup>24</sup> Vedi *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905 [in OSF, vol. 4]).

molte componenti che provengono da varie fonti. Essa è innanzitutto ancora indipendente dalla funzione riproduttiva, al cui servizio si porrà in seguito. Serve al raggiungimento di sensazioni piacevoli di vario tipo, che in base ad analogie e correlazioni raccogliamo sotto l'espressione di piacere sessuale. La fonte principale del piacere sessuale infantile consiste nell'appropriata stimolazione di determinate zone del corpo particolarmente eccitabili, e cioè, oltre ai genitali, dell'orifizio orale, anale e uretrale, nonché della pelle e di altre superfici sensoriali. Poiché in questa prima fase della vita sessuale infantile il soddisfacimento viene ottenuto sul proprio corpo e prescindendo da un oggetto estraneo, chiamiamo questa fase, con un termine di Havelock Ellis, fase dell'autoerotismo; e chiamiamo zone erogene le parti del corpo che elettivamente consentono di raggiungere il piacere sessuale. Il poppare o succhiare estasiato dei bambini molto piccoli è un buon esempio di siffatto soddisfacimento autoerotico a partire da una zona erogena; il primo osservatore scientifico di questo fenomeno, un pediatra di nome Lindner di Budapest, lo ha interpretato esattamente come soddisfacimento sessuale e ne ha descritto esaurientemente il passaggio ad altre e più elevate forme di attività sessuale.<sup>25</sup> Un altro soddisfacimento sessuale di questo periodo è l'eccitamento masturbatorio dei genitali, che conserva tanta importanza per la vita successiva e non viene mai del tutto superato da molti individui. Accanto a queste e altre attività autoerotiche, nel bambino si manifestano molto precocemente quelle componenti pulsionali del piacere sessuale ovvero, come usiamo dire, della libido, che presuppongono come oggetto una persona estranea. Queste pulsioni compaiono a coppie antitetiche, in forma attiva e passiva; cito quali rappresentanti più significativi di questo gruppo il piacere di procurare dolori (sadismo) con il suo risvolto passivo (masochismo), e il piacere di guardare, sia attivo che passivo; il primo di essi dà luogo in seguito al desiderio di sapere, il secondo alla tendenza verso l'esibizione artistica e scenica. Altre attività sessuali del bambino rientrano già nell'ambito della *scelta oggettuale*, in cui diventa essenziale una persona estranea, che deve la sua importanza, originariamente, a considerazioni derivanti dalla pulsione di autoconservazione. La differenza dei sessi non ha

---

<sup>25</sup> S. Lindner, *Das Saugen an den Fingern, Lippen, etc. bei den Kindern (Ludeln)*, Jb. Kinderheilk., n.s., vol. 14, 68 (1879).

però ancora un ruolo decisivo in questo periodo dell'infanzia; sicché potete attribuire ad ogni bambino, senza fargli torto, una certa inclinazione omosessuale.

Questa caotica vita sessuale del bambino, ricca ma dissociata, in cui la singola pulsione persegue la conquista del piacere indipendentemente da tutte le altre, a un certo momento si concentra e perviene a un'organizzazione in due direzioni principali, cosicché con il concludersi del periodo puberale il carattere sessuale definitivo dell'individuo è perlopiù perfettamente formato. Da una parte le singole pulsioni si sottomettono alla sovranità della zona genitale, sicché tutta la vita sessuale si pone al servizio della riproduzione e il soddisfacimento delle singole pulsioni conserva ancora importanza solo come preparazione e agevolazione dell'atto sessuale vero e proprio. Dall'altra parte la scelta oggettuale ricaccia indietro l'autoerotismo, di modo che nella vita amorosa tutte le componenti della pulsione sessuale cercano ora soddisfacimento in relazione alla persona amata. Ma non tutte le componenti pulsionali originarie sono ammesse a partecipare a questa definitiva sistemazione della vita sessuale. Ancor prima del periodo puberale si sono imposte, sotto l'influsso dell'educazione, rimozioni estremamente energiche di alcune pulsioni, e sono state prodotte forze psichiche come il pudore, il disgusto, la morale, che, come custodi, vegliano su queste rimozioni. Quando poi nel periodo della pubertà sopraggiunge l'alta marea dei bisogni sessuali, essa trova, nelle suddette formazioni psichiche di reazione e di resistenza, degli argini che le prescrivono il deflusso lungo le vie cosiddette normali e rendono impossibile la riattivazione delle pulsioni che hanno subito la rimozione. Sono soprattutto gli impulsi *coprofili* dell'infanzia, vale a dire quelli in cui il piacere è connesso con gli escrementi, che vengono colpiti più a fondo dalla rimozione, e lo stesso vale per la fissazione alle persone su cui si era concentrata la primitiva scelta oggettuale del bambino.

Vi è una tesi in patologia generale, signori, che dichiara che ogni processo di sviluppo porta con sé i germi della disposizione patologica, in quanto può essere inibito, ritardato o svolto in modo incompleto. Questo vale anche per il complicato sviluppo della funzione sessuale. Esso non procede in modo piano in tutti gli individui, e in questo caso si lascia dietro

anormalità o disposizioni a malattie successive nel senso di una involuzione (regressione). Può accadere che non tutte le pulsioni parziali si sottomettano al dominio della zona genitale; una pulsione che rimanga in tal modo indipendente, produce in seguito ciò che chiamiamo una *perversione* e può sostituire la propria meta sessuale a quella normale. Come ho già detto, capita molto spesso che l'autoerotismo non venga completamente superato, e ne sono testimonianza in seguito i disturbi più svariati. L'originaria equivalenza attribuita ai due sessi come oggetti sessuali può perdurare e ne risulterà nella vita adulta una tendenza all'attività omosessuale, che può svilupparsi eventualmente sino a omosessualità esclusiva. Questa serie di disturbi corrisponde alle inibizioni dirette nello sviluppo della funzione sessuale; essa comprende le *perversioni* e l'*infantilismo* in senso lato, che nella vita sessuale non è affatto raro.

La disposizione alle nevrosi può derivare da un'offesa dello sviluppo sessuale in altro modo. Le nevrosi si comportano rispetto alle perversioni come il negativo rispetto al positivo; in esse si possono ravvisare, quali portatrici dei complessi e formatrici dei sintomi, le stesse componenti pulsionali delle perversioni, che qui però agiscono dall'inconscio; esse hanno dunque subito una rimozione, ma sono riuscite, a dispetto di questa, a persistere nell'inconscio. La psicoanalisi ci consente di riconoscere che una manifestazione troppo intensa di queste pulsioni in periodi molto precoci porta a una specie di *fissazione* parziale, che da allora rappresenta un punto debole nella struttura della funzione sessuale. Se nell'età matura l'esercizio della funzione sessuale normale incontra degli ostacoli, la rimozione avvenuta durante il periodo dello sviluppo viene infranta proprio nei punti in cui si sono avute le fissazioni infantili.

Ora forse obietterete: in fondo tutto questo non è sessualità. Ho usato la parola in un senso molto più lato di quanto siate soliti intenderla. Lo ammetto volentieri. Ma si tratta di vedere se non siete piuttosto voi che usate la parola in senso troppo ristretto, limitandola all'ambito della riproduzione. Voi sacrificate in questo modo la comprensione delle perversioni, il nesso tra perversione, nevrosi e vita sessuale normale, e vi ponete nell'impossibilità di riconoscere nel loro vero significato i prodromi, facilmente osservabili, della vita amorosa, somatica e psichica, dei bambini.

Ma qualunque sia il vostro orientamento sull'uso di questo termine, tenete fermo il fatto che lo psicoanalista intende la sessualità in quel senso pieno a cui si giunge attraverso la corretta valutazione della sessualità infantile.

Torniamo ora, ancora una volta, allo sviluppo sessuale del bambino. Abbiamo in proposito parecchie cose da aggiungere, dato che abbiamo concesso la nostra attenzione più alle manifestazioni somatiche che a quelle psichiche della vita sessuale. La primitiva scelta oggettuale del bambino, che deriva dal suo bisogno d'aiuto, esige ancora il nostro interesse. Essa si rivolge in un primo momento a tutte le persone che hanno cura di lui, ma ben presto queste cedono il passo ai genitori. Il rapporto dei bambini con i loro genitori, come dimostrano concordemente l'osservazione diretta dei bambini e la successiva indagine analitica degli adulti, non è affatto privo di elementi di un concomitante eccitamento sessuale. Il bambino fa di entrambi i genitori, e soprattutto di uno di essi, l'oggetto dei suoi desideri erotici. Di solito asseconda la stessa sollecitazione dei genitori, la cui tenerezza ha i connotati più chiari di un'attività sessuale, se pure inibita nelle sue mete. Di regola il padre predilige la figlia, la madre il figlio; il bambino reagisce desiderando di essere, se figlio, al posto del padre, se figlia, al posto della madre. I sentimenti che si risvegliano in questi rapporti tra genitori e figli e in quelli modellati su di essi tra fratelli, non sono soltanto di natura positiva, affettuosa, ma anche negativa e ostile. Il complesso così formato è destinato a una rapida rimozione, ma continua a esercitare dall'inconscio un'influenza straordinaria e persistente. Ci è lecito formulare l'ipotesi che con le sue diramazioni esso rappresenta il complesso nucleare di ogni nevrosi, e siamo perciò convinti di incontrarlo, non meno efficace, in altri campi della vita psichica. Il mito del re Edipo che uccide suo padre e prende in moglie sua madre, rivela, modificato appena, il desiderio infantile, contro cui interviene più tardi la ripulsa della *barriera contro l'incesto*.<sup>26</sup> La creazione poetica dell'*Amleto* di Shakespeare nasce sul medesimo terreno del complesso incestuoso, questa volta meglio mascherato.

---

<sup>26</sup> [Freud aveva meditato su questo punto già da più di vent'anni, ma il termine "complesso edipico" fu da lui adottato per la prima volta poco dopo queste conferenze, nel primo dei *Contributi alla psicologia della vita amorosa* (1910-17).]

Nel periodo in cui è dominato dal complesso nucleare non ancora rimosso, il bambino pone una parte significativa della sua attività intellettuale al servizio degli interessi sessuali. Comincia a indagare da dove vengano i bambini, e, utilizzando gli indizi offertigli, intuisce le situazioni reali più di quanto gli adulti possano supporre. Di solito il suo interesse per queste indagini è stato destato dalla concreta minaccia costituita da un bambino nuovo arrivato, nel quale in un primo momento vede soltanto il rivale. Sotto l'influsso delle pulsioni parziali che operano in lui, egli giunge a un gran numero di *teorie sessuali infantili*: assegna per esempio lo stesso genitale maschile a entrambi i sessi, pensa che i bambini vengano concepiti mangiando e nascano dall'estremità intestinale, concepisce il rapporto sessuale come un atto ostile, una specie di sopraffazione. Ma proprio l'incompiutezza della sua costituzione sessuale e la lacunosità del suo sapere, dovuta al fatto che egli ignora l'esistenza del canale genitale femminile, costringono il piccolo ricercatore a sospendere il suo lavoro per mancanza di risultati. Questa stessa indagine che il bambino compie e le singole teorie sessuali infantili da essa portate alla luce, restano d'importanza decisiva per la formazione del carattere del bambino e per il contenuto di qualunque malattia nevrotica successiva.

È inevitabile e assolutamente normale che il bambino faccia dei genitori gli oggetti della sua prima scelta amorosa. Ma la sua libido non dovrebbe rimanere fissata a questi primi oggetti; in seguito essa dovrebbe soltanto prenderli a modello, e passare gradualmente da essi a persone estranee, nel periodo della scelta oggettuale definitiva. Il distacco del bambino dai genitori diventa quindi un compito inevitabile, qualora non si voglia compromettere la capacità sociale del giovane individuo. Nel periodo in cui la rimozione opera una selezione tra le pulsioni parziali della sessualità, e più tardi, quando è necessario che diventi meno pressante l'influsso dei genitori, cui soprattutto è da ascrivere il dispendio di energia necessario per tali rimozioni, allora al lavoro educativo spettano grandi compiti che attualmente non vengono certo sempre assolti in modo intelligente e ineccepibile.

Signore e signori, non dovete pensare che con queste discussioni sulla vita sessuale e lo sviluppo psicosessuale del bambino ci siamo troppo

allontanati dalla psicoanalisi e dal compito dell'eliminazione dei disturbi nervosi. Se volete, potete descrivere il trattamento psicoanalitico semplicemente come un'educazione permanente al superamento dei residui infantili.

## QUINTA CONFERENZA

Signore e signori, scoprendo la sessualità infantile e riconducendo i sintomi nevrotici a componenti pulsionali erotiche, siamo pervenuti ad alcune formulazioni inattese sulla natura e sulle tendenze delle malattie nevrotiche. Vediamo che gli uomini s'ammalano quando, in conseguenza di ostacoli esterni o di una mancanza interiore di adattamento, è loro negato il soddisfacimento delle esigenze erotiche nella realtà. Vediamo allora che si rifugiano nella malattia, per trovare, grazie ad essa, un soddisfacimento sostitutivo di ciò che è loro negato. Riconosciamo che i sintomi morbosi contengono una parte dell'attività sessuale o tutta la vita sessuale della persona, e riscontriamo nel fatto di sottrarsi alla realtà la tendenza principale della malattia, ma anche il danno principale da essa causato. Presumiamo che la resistenza dei nostri malati alla guarigione non sia semplice, bensì composta da parecchi motivi. Non solo l'io del malato si rifiuta di abbandonare le rimozioni attraverso le quali si è staccato dalle sue inclinazioni originarie, ma neppure le pulsioni sessuali intendono rinunciare al loro soddisfacimento sostitutivo, finché rimane incerto se la realtà offrirà loro qualcosa di meglio.

La fuga dalla realtà insoddisfacente verso ciò che a causa del danno biologico che provoca chiamiamo malattia, anche se non si realizza mai senza un immediato conseguimento di piacere per il malato, si compie sulla via dell'involuzione (regressione), del ritorno a fasi precedenti della vita sessuale in cui a suo tempo il soddisfacimento sessuale non era venuto meno. Tale regressione avviene a quanto sembra secondo una duplice modalità: *temporale*, in quanto la libido, il bisogno erotico, si è ancora a fasi dello sviluppo precedenti nel tempo, e *formale*, in quanto vengono usati per la manifestazione di questo bisogno i mezzi originari e primitivi di espressione psichica. Entrambi i tipi di regressione riconducono comunque all'infanzia e coincidono nel produrre una condizione infantile di vita sessuale.

Quanto più a fondo penetrate nella patogenesi della malattia nervosa, tanto più chiara vi appare la connessione delle nevrosi con altre produzioni

della vita psichica umana, anche con le più nobili fra esse. Rammenterete che di fronte alle elevate esigenze della nostra civiltà e sotto la pressione delle nostre rimozioni interne, noi uomini troviamo la realtà del tutto insoddisfacente e perciò coltiviamo una vita fantastica, in cui amiamo compensare le carenze della realtà con la creazione di appagamenti di desideri. In queste fantasie si esprime gran parte dell'autentica essenza che costituisce la personalità dell'individuo, nonché gli impulsi che egli ha rimosso in considerazione dei fatti reali. L'uomo energico e di successo è colui che riesce attraverso il lavoro a tradurre in realtà le sue fantasie di desiderio. Quando ciò non accade, a causa delle resistenze del mondo esterno e della debolezza dell'individuo, subentra il distacco dalla realtà: l'individuo si ritira nel suo mondo fantastico che lo soddisfa di più, il cui contenuto in caso di malattia si trasforma in sintomi. In determinate circostanze favorevoli gli rimane ancora la possibilità, partendo da queste fantasie, di trovare un'altra via verso la realtà, anziché estraniarsi definitivamente da essa attraverso una regressione all'infanzia. Se la persona inimicatasi con la realtà possiede del *talento artistico*, fenomeno per noi ancora psicologicamente enigmatico, essa può tradurre le sue fantasie in creazioni artistiche anziché in sintomi, sfuggendo in tal modo al destino della nevrosi e riconquistando per questa via indiretta il rapporto con la realtà.<sup>27</sup> Là dove, pur sussistendo una ribellione contro il mondo reale, manchi o risulti insufficiente questa preziosa inclinazione, diventa inevitabile che la libido, seguendo la provenienza delle fantasie, giunga, lungo la strada della regressione, alla reviviscenza dei desideri infantili e con ciò alla nevrosi. La nevrosi sostituisce nella nostra epoca il convento nel quale solevano ritirarsi tutte le persone che la vita aveva deluso o che si sentivano troppo deboli per affrontarla.

Lasciatemi inserire a questo punto il principale asserto cui siamo pervenuti attraverso l'indagine psicoanalitica dei soggetti nevrosi, vale a dire che le nevrosi non hanno un loro contenuto psichico peculiare il quale non sarebbe reperibile anche nelle persone sane, oppure, come si è espresso C. G. Jung, che i nevrotici si ammalano degli stessi complessi con i quali lottiamo

---

<sup>27</sup> Vedi O. Rank, *Der Künstler: Ansätze zu einer Sexualpsychologie* (Vienna 1907, 2a ed. 1918, 4a ed. 1925).

anche noi sani. Dipende dalle proporzioni quantitative, dai rapporti delle forze in lotta tra loro, se il conflitto porta alla salute, alla nevrosi, oppure a una iperprestazione compensatoria.

Signore e signori, non vi ho sinora parlato dell'esperienza più importante che conferma la nostra ipotesi riguardo alle forze pulsionali sessuali operanti nella nevrosi. Ogniqualevolta sottoponiamo al trattamento psicoanalitico un soggetto nervoso, compare in lui il sorprendente fenomeno della cosiddetta *traslazione*, vale a dire egli rivolge sul medico una certa quantità di moti di tenerezza, abbastanza spesso frammisti a ostilità, che non sono fondati su alcun rapporto reale e che non possono che derivare, date le particolarità della loro comparsa, dagli antichi desideri fantastici del malato divenuti inconsci. Quella parte della sua vita emotiva che egli non riesce più a richiamare alla memoria, viene dunque da lui rivissuta nel suo rapporto con il medico ed è solo attraverso codesta reviviscenza nella "traslazione" ch'egli si convince dell'esistenza, nonché della potenza, degli impulsi sessuali inconsci. I sintomi che, per usare un paragone tolto dalla chimica, sono i sedimenti di precedenti esperienze amorose (nel senso più lato), possono sciogliersi soltanto alla temperatura più elevata dell'esperienza di traslazione ed essere trasferiti ad altri prodotti psichici. Per usare l'eccellente espressione di Sándor Ferenczi,<sup>28</sup> in questa reazione il medico funge da *fermento catalitico*, il quale attrae a sé temporaneamente gli affetti che si liberano durante il processo. Lo studio della traslazione può inoltre fornirvi la chiave per comprendere la suggestione ipnotica, di cui ci eravamo serviti inizialmente con i nostri malati come mezzo tecnico per l'indagine dell'inconscio. L'ipnosi si era allora rivelata come un ausilio terapeutico, ma anche come un ostacolo alla conoscenza scientifica della situazione reale, in quanto eliminava le resistenze psichiche da una certa zona per accumularle ai confini della medesima, sino a formare un baluardo insormontabile. Non crediate del resto che il fenomeno della traslazione, sul quale purtroppo posso soffermarmi troppo poco in questa sede, sia creato dall'influsso psicoanalitico. La traslazione si instaura spontaneamente in tutte le relazioni

---

<sup>28</sup> S. Ferenczi, *Introjektion und Übertragung*, Jb. psychoanal. psychopath. Forsch., vol. 1, 422 (1909).

umane, esattamente come nel rapporto tra malato e medico; essa è dovunque l'autentico supporto dell'influsso terapeutico e agisce tanto più vigorosamente quanto meno se ne sospetta la presenza. La psicoanalisi dunque non crea la traslazione, semplicemente la svela alla coscienza e se ne impossessa per guidare i processi psichici verso la meta desiderata. Ma non posso abbandonare l'argomento della traslazione senza rilevare che questo fenomeno ha importanza decisiva non solo per il convincimento del malato, ma anche per quello del medico. So che soltanto attraverso le loro esperienze sulla traslazione tutti i miei seguaci si sono convinti dell'esattezza delle mie affermazioni sulla patogenesi delle nevrosi, e posso capire benissimo che tale sicurezza di giudizio non si può acquistare finché non si sono fatte personalmente psicoanalisi, finché non si sono quindi osservati personalmente gli effetti della traslazione.

Signore e signori, penso che dal punto di vista intellettuale si debbano prendere in considerazione soprattutto due ostacoli all'accettazione dei ragionamenti psicoanalitici: in primo luogo, manca l'abitudine a tener conto del rigoroso determinismo che governa senza eccezioni la vita psichica; in secondo luogo vengono ignorate le peculiarità che contraddistinguono i processi psichici inconsci rispetto a quelli consci a noi familiari. Una delle resistenze più diffuse contro il lavoro psicoanalitico – sia in persone malate che sane – è da ricondurre al secondo motivo. Si teme che la psicoanalisi possa produrre dei danni, si ha paura di richiamare alla coscienza del malato le pulsioni sessuali rimosse, come se ciò implicasse il pericolo ch'esse possano poi sopraffare le sue più elevate aspirazioni etiche, nonché sottrargli ciò che la civiltà gli ha permesso di acquisire.<sup>29</sup> Si nota che nella sua vita psichica esistono parti lese, ma ci si guarda dal toccarle affinché il suo male non risulti ulteriormente accresciuto. Possiamo addurre la seguente analogia: è certamente un segno di delicatezza non toccare parti malate, quando non si sa procurare altro che dolore. Il chirurgo però, com'è noto, non si lascia distogliere dall'esame e dalla manipolazione del focolaio d'infezione quando si propone un intervento che dovrà portare a una guarigione duratura. A nessuno viene in mente di imputargli le inevitabili sofferenze che la disamina

---

<sup>29</sup> [Le ultime parole sono state omesse, probabilmente per una svista, nelle *Gesammelte Schriften* (1924) e *Gesammelte Werke* (1942).]

clinica comporta o i fenomeni reattivi dell'operazione, purché questa raggiunga il suo scopo e il malato acquisti, attraverso il temporaneo peggioramento del suo stato, un rinvigorimento definitivo. Condizioni analoghe valgono per la psicoanalisi; essa può avanzare le stesse pretese della chirurgia; l'aumento di sofferenze che causa al malato il trattamento psicoanalitico è incomparabilmente inferiore, se si usa una buona tecnica, a quello che gli impone il chirurgo, e comunque trascurabile rispetto alla gravità del male di base. In ogni caso il temuto esito finale – la distruzione del carattere che il paziente ha acquisito grazie alla civiltà ad opera delle pulsioni liberate dalla rimozione – è assolutamente escluso; infatti questa preoccupazione non tiene conto di quanto ci hanno insegnato con certezza le nostre esperienze, cioè che la forza psichica e somatica di un impulso di desiderio, una volta che ne sia fallita la rimozione, è ben più intensa se inconscia anziché conscia, per cui non può che risultare indebolita dal fatto di essere resa conscia. Sul desiderio inconscio, indipendente da tutte le tendenze che lo contrastano, non si può influire; il desiderio conscio è invece inibito da tutto quanto è parimenti conscio e a esso si oppone. Il lavoro psicoanalitico si presenta dunque come il migliore sostituto della rimozione non riuscita, precisamente poiché si pone al servizio delle più alte e più preziose aspirazioni della civiltà.

Qual è in genere il destino dei desideri inconsci messi allo scoperto dalla psicoanalisi, per quali vie riusciamo a porli nella condizione di non nuocere alla vita dell'individuo? Di vie ce n'è più d'una. L'esito più frequente è che essi già nel corso del lavoro analitico vengano annientati dall'attività psichica corretta degli impulsi migliori che a essi si oppongono. La rimozione viene sostituita da una condanna portata a termine a regola d'arte. Questo è possibile perché in larga misura non dobbiamo far altro che sbarazzarci delle conseguenze di precedenti stadi di sviluppo dell'Io. A suo tempo l'individuo riuscì soltanto a rimuovere la pulsione inservibile, perché a quell'epoca egli stesso era organizzato in modo parziale ed era debole; oggi, maturo e forte com'è, è forse in grado di padroneggiare perfettamente quanto gli è ostile. Un secondo esito del lavoro psicoanalitico è questo: le pulsioni inconscie che sono state portate alla luce possono essere indirizzate verso le giuste mete che già prima esse avrebbero dovuto identificare se il loro sviluppo non

fosse stato disturbato. L'estirpazione degli impulsi di desiderio infantili non rappresenta infatti in nessun modo il fine ideale dello sviluppo. Attraverso le sue rimozioni, il nevrotico ha attinto a molte fonti di energia psichica, il cui contributo sarebbe stato preziosissimo per la formazione del suo carattere e la sua attività; ci è noto infatti un processo di sviluppo di gran lunga più adeguato allo scopo, la cosiddetta sublimazione, nel quale l'energia degli impulsi di desiderio infantile non viene bloccata, ma rimane a disposizione, perché ai singoli impulsi viene imposta, anziché quella inservibile, una meta più alta, eventualmente non più sessuale. Le componenti della pulsione sessuale si distinguono precisamente per tale capacità di sublimazione, di permuta della loro meta sessuale con una meta più lontana e di maggiore valore sociale. Dobbiamo probabilmente ai contributi di energia resi così disponibili per le nostre prestazioni psichiche, le acquisizioni più elevate della civiltà. Una rimozione che si sia verificata precocemente esclude la sublimazione della pulsione rimossa; una volta eliminata la rimozione, la via alla sublimazione è di nuovo libera.

Non ci è lecito trascurare anche il terzo dei possibili esiti del lavoro psicoanalitico. Una certa parte degli impulsi libidici rimossi ha diritto a un soddisfacimento diretto e deve trovarlo nella vita. Le esigenze della civiltà rendono la vita troppo difficile alla maggior parte delle organizzazioni umane, favorendo così il distacco dalla realtà e l'insorgere delle nevrosi, senza che da tale soverchia rimozione sessuale derivi un sovrappiù di civiltà. Dobbiamo stare attenti a non idealizzarci al punto da trascurare totalmente l'animalità originaria della nostra natura, né dobbiamo dimenticare che la realizzazione della felicità individuale non può essere cancellata dalle mete della nostra civiltà. La plasticità delle componenti sessuali, che si rivela nella loro capacità di sublimazione, può certo indurre alla grande tentazione di raggiungere, nel continuo perseguimento di una loro ulteriore sublimazione, esiti di civiltà sempre più cospicui. Ma come non ci illudiamo che nelle nostre macchine possa essere convertita in lavoro meccanico utilizzabile più di una certa frazione del calore impiegato, allo stesso modo non dovremmo nutrire l'aspirazione di alienare la pulsione sessuale, in tutto il suo ammontare energetico, dai suoi scopi veri e propri. La cosa non può riuscire e qualora la

limitazione della sessualità dovesse esser spinta troppo oltre, essa porterebbe con sé tutti i danni di una devastazione.

Non so se da parte vostra considererete questo mio avvertimento conclusivo come un atto di arroganza. Per parte mia mi permetto soltanto di esporre indirettamente quel che penso, raccontandovi una vecchia storiella dalla quale sarete voi a dover trarre le conclusioni. La letteratura tedesca conosce una cittadina, Schilda, dei cui abitanti si diceva escogitassero ogni sorta di ingegnose trovate. I cittadini di Schilda, si racconta, possedevano un cavallo delle cui prestazioni erano molto soddisfatti e al quale avevano un solo rimprovero da muovere: che consumava una gran quantità di costosa avena. Decisero di fargli perdere delicatamente questa cattiva abitudine, alleggerendo quotidianamente la sua razione di qualche filo, sino ad abituarlo all'astinenza completa. Per un po' di tempo le cose andarono ottimamente, il cavallo era ridotto a un filo d'avena al giorno, e il giorno successivo avrebbe dovuto finalmente lavorare senza avena. La mattina in questione l'impertinente animale fu trovato morto; i cittadini di Schilda non riuscirono a spiegarsi di che cosa fosse morto.

Noi saremmo inclini a credere che il cavallo sia morto di fame e che comunque senza una certa razione di avena, non ci si possa aspettare da un animale prestazione alcuna.

Vi ringrazio del vostro invito e dell'attenzione con la quale avete voluto prestarmi ascolto.