

Bonomi, C. (2001). "Breve storia del trauma dalle origini a Ferenczi (1880-1930ca)", in: C. Bonomi, F. Borgogno, *La Catastrofe e i suoi Simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla storia del trauma*, Torino: UTET Libreria, 2001, pp. 71-115.

**BREVE STORIA DEL TRAUMA PSICHICO
DALLE ORIGINI A FERENCZI
(1870-1930ca.)***

Carlo Bonomi

Introduzione

Freud abbandonò la cosiddetta "teoria della seduzione" nel 1897 e trent'anni dopo, nel 1929, Sándor Ferenczi, ripropose la teoria del trauma infantile come causa specifica delle nevrosi: aveva ignorato le ragioni del Maestro e aveva riproposto una teoria superata? O era stato Freud a ingannarsi e Ferenczi aveva ristabilito una verità soppressa? E in ogni caso, si trattava della stessa teoria o era una teoria nuova? Ferenczi era "tornato indietro" oppure era "andato avanti"? Siamo poi proprio sicuri che Freud avesse davvero abbandonato la teoria della seduzione?

Chi ha seguito il dibattito scaturito dalla riscoperta del trauma e dalla conseguente rinascita dell'interesse per l'opera di Ferenczi, sa che non vi è consenso in merito a questi problemi che hanno caratterizzato discussioni a volte infiammate. Anche se oggi i toni non sono più accesi come una volta, non per questo vi è una maggiore chiarezza; anzi, proprio in questo clima la molteplicità e l'incoerenza delle versioni rischia di diventare nient'altro che confusione. Forse chi ha maturato le sue convinzioni da anni difficilmente perderà il senso dell'orientamento, ma i più giovani sono davvero disturbati da questo stato delle cose.

Si può fare un po' di chiarezza? Evidentemente, se vi sono così tante versioni, è perché i problemi sono complessi e non si lasciano chiudere in risposte univoche. La cosa più plausibile è che le due teorie sul trauma, quella abbandonata da Freud e quella ritrovata da Ferenczi, siano in parte simili e in parte diverse. Ma in che cosa si assomigliano e in che cosa divergono? Su questo si possono trovare una infinità di posizioni. La cosa non deve sorprendere, giacché non si riesce neppure a stabilire se Freud abbia o no abbandonato la teoria del trauma. E allora?

Forse dovremmo chiederci che cosa vuol dire "trauma", distinguere i diversi significati del termine, identificare come questi cambiano nel tempo: in breve, riferirci a una storia generale del trauma su cui posizionare i problemi che ci interessano. Purtroppo, anche se esistono lavori eccellenti su aspetti parziali della questione, tale storia non è ancora stata scritta¹, né lo avrebbe potuto essere indipendentemente dai contributi di Freud e di Ferenczi.

* Lavoro presentato al Convegno "La catastrofe e i suoi simboli: il contributo di Sándor Ferenczi alla storia della psicoanalisi", Firenze, 12-13 novembre 1999.

¹ Raccomando il classico lavoro sulla nevrosi traumatica di Fischer-Homberger (1975), e la raccolta di saggi a cura di Lerner e Micale (in corso di pubblicazione). Meno equilibrate e informate sono le tesi sostenute nell'ambito del movimento americano di riscoperta del trauma (Trimble, 1981; Healy, 1993). Alcuni aspetti interessanti sono trattati da Hacking (1995).

Dobbiamo quindi accontentarci di impostare noi stessi una cornice storica suscettibile a sua volta di revisioni e approfondimenti.

La prospettiva più importante che organizza la presente ricerca deriva da alcuni precedenti studi (Bonomi, 2000a, 2000b), che hanno messo in rilievo l'importanza per Freud della cosiddetta teoria "ideogenetica" del trauma, secondo cui il meccanismo psichico con cui opera il trauma è quello di *generare idee patogene*. L'assunto più generale della ideogenesi è discusso soprattutto nel capitolo teorico degli *Studi sull'isteria* (Freud e Breuer, 1892-95), scritto da Breuer, dove se ne dà una definizione semplice, mutuata da Moebius, per il quale tutti i fenomeni isterici erano ideogeni, ossia "condizionati da rappresentazioni" (p. 334). Sebbene Breuer ponga dei limiti a questa generalizzazione², è tuttavia chiaro che si tratta di un assunto fondamentale, senza il quale Breuer e Freud non avrebbero potuto scrivere gli *Studi sull'isteria*. Ellenberger (1970), pur segnalando l'importanza della ideogenesi nella visione psicogenetica delle nevrosi di fine Ottocento e riconducendola sostanzialmente alla pratica ipnotica, non dà una valutazione in relazione alla traumatogenesi.

Sorprendentemente, il modello ideogenetico dell'azione patogena del trauma è rimasto praticamente indiscusso nella letteratura psicoanalitica, nonostante costituisse un esplicito punto di partenza della riflessione di Freud³. Questa negligenza è probabilmente dovuta alla tendenza, a lungo prevalente, di minimizzare sia la teoria del trauma che l'incidenza del contesto storico sulla nascita del pensiero psicoanalitico. Forse si è pensato che Freud abbia presto superato il modello dell'idea patogena grazie al modello dinamico della difesa dalla "idea incompatibile" (Freud, 1894), poi evolutosi nel modello della rimozione dei ricordi, nonostante che la continuità tra l'uno e l'altro sia piuttosto evidente. Pur nelle variazioni, il modello dell'idea patogena rimane un presupposto fondamentale in quanto introduce degli assunti che condizionano gli sviluppi del pensiero di Freud⁴. Tenendo presente questo modello, diventa possibile cogliere con una certa coerenza sia le ragioni che portano Freud ad abbandonare la traumatogenesi, che le difficoltà in cui si trova avvolto una volta compiuto questo passo, e soprattutto diventa possibile delineare precise somiglianze e differenze tra la posizione di Freud e quella di Ferenczi. Il meccanismo di azione del trauma psichico è davvero quello di generare delle idee patogene? Può questo modello (essenzialmente "adulto" e "verbale") essere trasferito alla mente infantile? E' attorno a queste domande che si sviluppa il presente lavoro, in cui cercherò di mostrare come Ferenczi torni sì alla vecchia teoria del trauma come "causa specifica" delle nevrosi, ma proponga un modello psicogenetico del trauma infantile che, invece di essere basato sulle "idee", si radica nel mondo precategoriale dei

² In questo periodo sia Breuer che Freud consideravano le stigmati non ideogene, come faceva la scuola di Charcot; Freud, poi, cambierà d'avviso su questo punto con la teoria della seduzione.

³ Vi sono due eccezioni: una valutazione dei presupposti ideogenetici del pensiero di Freud è stata tentata, con risultati invero piuttosto confusi, da Neu (1973), mentre una critica corretta, anche se limitata a una componente dell'ideogenesi, la teoria della azione ideomotoria (o ideodinamismo) quale è usata da Charcot per spiegare la paralisi isterotraumatica, è fatta da Macmillan (1997, pp. 146-149).

⁴ Fondamentalmente questo modello è quello delle "idee + energia", che deriva da una combinazione dell'associazionismo (e in particolare dall'assunto lockiano della derivazione dei contenuti mentali complessi dalle "idee semplici") con le teorie dell'epoca del sistema nervoso (in particolare, le idee semplici starebbero nel cervello e verrebbero attivate da scariche elettriche, dando luogo alle corrispondenti azioni). Le conseguenze di questo modello, soprattutto rispetto alla concezione dell'inconscio come contenitore-deposito di rappresentazioni, e alla teoria delle fantasie inconscie, sono state fatte oggetto di numerose e circostanziate critiche. Per una panoramica ragionata si veda, fra gli altri,

vissuti corporei e del rapporto con gli altri.

La psicologizzazione del trauma e i suoi paradossi

Origine dell'idea di trauma psichico

La storia del trauma psichico è anche la storia di come la nostra percezione della mente si modifica e, probabilmente, di come la stessa mente si modifica. In questo senso molto ampio, l'inizio di questa storia dovrebbe essere fatto coincidere con l'inizio dell'età moderna quando, come dicono gli storici della soggettività, si assiste a una rottura con la tradizionale visibilità delle passioni, ossia con l'idea che le passioni manifestino immediatamente i loro effetti fisici, come nell'esempio classico dell'ira di Achille o del volto che si contrae quando l'anima cerca di sfuggire al dolore, come nel Laocoonte. Riferendosi alla cultura barocca, Maraval (1985) parla di un apparire che si separa dall'intima essenza di una persona, e vari autori hanno insistito su come in questo periodo si instauri una scissione tra superficie e profondità, le quali dovranno poi essere ricucite, cercando le coordinate di un mondo interiore che non è più direttamente visibile. Ma è soprattutto alla fine del Settecento che i rapidi cambiamenti sociali e le rotture della storia da un lato, e le nuove teorie mediche sui nervi e sulla sensibilità dell'organismo umano, mettono in luce un nuovo problema: la grande impressionabilità dell'uomo. Questo problema sollevava però una domanda: perché le impressioni spiacevoli (o, come si diceva, "immorali") a volte spariscono del tutto e a volte permangono?

Quello del permanere di immagini, flash back, ricordi che si ripresentano ossessivamente, scene che ritornano nei sogni, è uno dei problemi centrali del disturbo post-traumatico da stress, nonché l'altra faccia del naturale processo di oblio. La questione del *non-riuscire-a-dimenticare* è inscindibile dalla nostra comprensione del dimenticare (e quindi del ricordare). La psichiatria morale della prima metà dell'Ottocento, acutamente sensibile al problema delle conseguenze delle cattive impressioni, si era interrogata su come esse potessero far presa nell'anima e fissarsi durevolmente nei suoi strati più passivi. La risposta era che, per preservare l'armonia dei sentimenti, la "Natura previdente" aveva donato all'uomo sano e attivo la capacità di dimenticare presto tali impressioni. Se questo non avveniva, allora voleva dire che una parte della sua anima indulgeva su di esse, alimentando con vane chimere segrete passioni. E poiché, tradizionalmente, le passioni erano considerate dannose quando si sottraevano al guinzaglio della ragione per porsi al servizio del vizio e del peccato, in ultima istanza erano proprio i vizi e i peccati della vittima a essere chiamati in causa come "fissativo" delle cattive impressioni.

La psichiatria morale della prima metà del secolo era riuscita a sviluppare una visione psicodinamica dell'uomo estremamente sofisticata (si veda a questo riguardo Ellenberger, 1970), descrivendo la psiche come un organismo diviso in più parti in conflitto fra loro e presentando questo conflitto come nocivo alla salute dell'uomo. Tuttavia a essa era rimasta estranea l'idea di trauma psichico proprio per via della sua psicologia delle passioni che finiva per colpevolizzare la vittima. Di fatto, è stato solo grazie ai neurologi che incomincia a farsi strada un discorso non colpevolizzante, dato che per il neurologo dentro all'uomo ci sono non

Fossi (1981).

tanto passioni e vizi ma fasci di nervi.

Anche questo discorso sui nervi appartiene alla modernità: fino a metà Settecento i malati psicosomatici rispondevano non a una cultura medica ufficiale ma a un corpus costante di tradizioni mediche umorali e di tradizioni popolari che risalivano all'antichità. Da fine Settecento si ha invece una continua produzione di nuove teorie mediche sui nervi, le quali introducono modi nuovi di pensare ai sintomi. Così, quando viene introdotta l'idea che i tessuti sono "eccitabili", i medici non si chiedono più se ci sia uno squilibrio negli umori ma se il sistema nervoso non sia troppo "eccitato". Le varie scoperte attorno alla spina dorsale come centro della comunicazione nervosa si riflettono in nuove immagini del corpo. La più influente è quella di "irritazione spinale", una diagnosi di grande successo con la quale inizia quello che è stato chiamato il condizionamento medico della formazione dei sintomi. Inizia anche la storia del trauma psichico quando, a metà Ottocento, il mondo è ammirato e spaventato da uno dei più potenti simboli della nascente società industriale, la ferrovia, immagine concreta di quella rapidità dei tempi moderni che si traduce in una pericolosa eccitazione dei nervi.

Gli incidenti ferroviari, inoltre, permettono di separare con una certa chiarezza vittime e responsabili. E' allora che i due simboli della modernità, la ferrovia e l'irritazione spinale, si incontrano, dando luogo alla prima descrizione di un complesso di sintomi di tipo post-traumatico, la "railway-spine". Negli anni seguenti la localizzazione della lesione nervosa viene riconcettualizzata conformemente all'evolversi delle teorie mediche, spostandosi prima sui riflessi nervosi, poi sul sistema nervoso centrale e infine sulle rappresentazioni mentali. Questa migrazione della sede è anche uno slittamento semantico, un viaggio attraverso linguaggi e universi diversi, da cui prende forma il concetto ibrido di "trauma psichico". Esso origina da una confluenza di discorsi diversi attorno alla nozione chirurgica di "shock", la quale incomincia a colorarsi di un significato emozionale, molto prossimo all'idea classica di "spavento".

Dalla neurogenesi alla psicogenesi

Nel 1883 Herbert Page pubblica una monografia sugli incidenti ferroviari "senza lesioni meccaniche apparenti", costruita attorno alla nozione ambigua di "shock nervoso". La sua idea è che la sola paura può causare i sintomi nervosi che si osservano negli incidenti ferroviari⁵. Da questo momento vari autori incominciano a discutere la natura dei disturbi nervosi indotti dalla paura, fra cui Adolf Strümpell che, nel 1884, introduce la nozione di "trauma psichico". Egli riteneva che un violento incidente potesse generare domande del tipo "E ora, che ne sarà di me?" e che dalle sensazioni corporee che accompagnavano la forte emozione (il mal di testa, il tremore, i dolori locali) potessero scaturire rappresentazioni patogene. Ma il contributo di gran lunga più famoso e influente di questi anni è la dimostrazione del meccanismo psichico delle paralisi istero-traumatiche da parte di Jean Martin Charcot.

Fin dal 1876, Charcot aveva iniziato a collegare un complesso di sintomi nervosi in un unico quadro post-traumatico, che egli interpretava come "isteria traumatica". Negli anni

⁵ Una curiosità: Page, allora sovrintendente di un ospedale psichiatrico del Massachusset, introdusse in America il concetto di rimozione ("repression", in inglese) in epoca prefreudiana nell'articolo del 1892 *The adverse consequences of repression* (si veda Bunker, 1945).

seguenti aveva poi esplorato questo quadro attraverso l'ipnosi e nell'anno accademico 1884-85 era riuscito a fornire una elegante dimostrazione del "meccanismo psichico" (anziché fisiologico) alla base del principale di questi sintomi: la paralisi istero-traumatica, ossia la paralisi che insorge dopo un incidente in persone con una disposizione isterica (Charcot, 1890). Le conclusioni di Charcot erano le seguenti: un incidente può suscitare l'idea di essere incorso in un danno grave e questa idea può a sua volta diventare "patogena" e produrre una paralisi, in certe condizioni mentali di obnubilamento e dissociazione della coscienza, analoghe allo stato ipnotico o alla condizione isterica. L'idea patogena era considerata da Charcot come un parassita insediatosi nella corteccia motoria e il disturbo nervoso come una "lésion dynamique", la quale, sebbene fosse individuabile unicamente con la psicologia, era tuttavia concepita come malattia reale, ben ancorata nella neurofisiologia.

La dimostrazione di Charcot è una pietra miliare nella storia dell'idea di trauma psichico, e questo non tanto perché dice qualcosa di radicalmente nuovo, e neppure per la popolarità improvvisamente acquistata dal trauma, ma perché, dopo la dimostrazione di Charcot, l'ideogenesi diventa un nuovo paradigma che permette sia di identificare nuovi fenomeni, sia di vedere in una prospettiva nuova la serie di fenomeni prima ascritti al paradigma nervoso. Da questo momento l'interpretazione psicologica viene estesa a un crescente numero di sintomi post-traumatici, i quali vengono riconosciuti come dipendenti da una "idea fissa" conscia o inconscia che, dopo l'incidente, continua a essere rimuginata, pensata ossessivamente, sognata in modo ricorrente. In parte è lo stesso Charcot a estendere il tipo di riflessioni elaborate rispetto alla paralisi traumatica a altri sintomi quali: "Contratture, iperestesie più o meno intense, e persino sintomi isterici in apparenza del tutto diversi, vomiti, anoressie, mutismi" (Janet, 1893, p. 424). Ma la gran parte di questo lavoro di estensione viene svolta o da suoi allievi o da altri medici, in modo del tutto indipendente.

Una conseguenza del fatto che un numero sempre maggiore di sintomi dell'isteria poteva essere compreso psicologicamente, ossia a partire da traumi, fu il modificarsi del concetto di isteria: nel 1888, nella lezione sull'isteria dei ragazzi, Charcot (1889) giunge ad affermare che l'isteria è "per $\frac{3}{4}$ psichica". Si può apprezzare questa affermazione solo avendo presente che in pochi anni l'isteria si trasforma da malattia dei nervi, ossia "nevrosi", a "neuro-psicosi", a "psico-nevrosi" e infine a "psicosi", o per meglio dire a disturbo *psicogeno* (termine che viene introdotto proprio in questo periodo per evitare la confusione a cui dava adito il parlare, in questo contesto, di "psicosi"). Infatti, la trasformazione che si compie in questi anni è così veloce che l'affermazione di Charcot risulta immediatamente superata dall'imporsi del "paradigma psicologico"⁶.

E' soprattutto in ambiente tedesco che questa trasformazione si compie. La dottrina psicologica delle nevrosi accidentali si sviluppa attorno all'Università di Lipsia (dove Wundt aveva costruito il primo laboratorio di psicologia sperimentale), con Adolf Strümpell, Paul Julius Möbius e Robert Sommer. Möbius estese nel 1888 l'interpretazione "ideogena" dei sintomi post-traumatici a tutti i sintomi dell'isteria, proponendo di chiamare "isteriche tutte quelle modificazioni morbose del corpo causate da rappresentazioni". Egli riteneva che l'isteria fosse solo l'intensificazione patologica di una disposizione esistente in ogni persona. Strümpell propose nel 1893 di considerare la nevrosi traumatica come una malattia puramente psichica, e

⁶ Sull'imporsi del paradigma psicologico nell'ambito della clinica si veda il lavoro interessante, sebbene in alcuni punti discutibile, di Shorter (1992). Ellenberger (1970) sottovaluta questa svolta accademica.

l'anno dopo, Robert Sommer coniò la nozione di “psicogenesi”. Egli definiva come psicogeni tutti quei disturbi che erano stati prodotti da “rappresentazioni e potevano essere guariti con rappresentazioni”.

Conseguenze della generalizzazione del modello ideogenetico

Un primo elemento da tener presente è la generalizzazione dell'interpretazione psico-traumatica dei sintomi isterici. Un ottimo esempio di questa tendenza è l'articolo pubblicato nel 1893 sul *Neurologisches Centralblatt* da Joseph Breuer e Sigmund Freud,⁷ la cui tesi centrale venne così riassunta da Pierre Janet:

I vari sintomi dell'isteria non sono delle manifestazioni spontanee della malattia, ma sono in stretta connessione con il trauma provocatore. I caratteri accidentali più comuni dell'isteria, la stessa iperestesia, i dolori, gli attacchi banali devono essere interpretati nello stesso modo dei sintomi accidentali dell'isteria traumatica con *la persistenza di un'idea, d'un sogno*. Il rapporto tra l'idea provocatrice e il sintomo accidentale può essere più o meno diretto, ma esiste sempre (Janet, 1893, p. 437; corsivo aggiunto).

Questa tendenza alla generalizzazione dell'interpretazione psico-traumatica dei sintomi isterici poneva un serio problema di ridefinizione dei confini tra l'isteria comune e il quadro definito da Charcot “isteria traumatica”. Se infatti tutti i sintomi dell'isteria comune erano interpretabili secondo il meccanismo psichico individuato nell'isteria traumatica, allora tutti i sintomi dell'isteria erano psicogeni allo stesso titolo. Ma questo poneva davanti a un bivio: o il quadro dell'isteria traumatica si dissolveva nell'isteria comune (e ciò significava ammettere che i soggetti traumatizzati facevano “la commedia”), oppure si cercava di preservare la specificità del quadro post-traumatico ponendo dei limiti alla interpretazione psicogena. Scegliendo la prima opzione, l'isteria diventava sì un disturbo interamente psicogeno ma il trauma finiva per perdere ogni specificità, dato che i suoi effetti potevano essere spiegati come degli “isterismi”. La seconda opzione può essere illustrata attraverso due autori eccellenti che, pur avendo visioni diverse, credevano entrambi che i pazienti che mostravano sintomi riconducibili a traumi psichici non facessero “la commedia”: Pierre Janet e Hermann Oppenheim.

Questi due autori, che pubblicano la loro opera principale sul trauma entrambi nel 1889, credevano di trovarsi di fronte a una autentica malattia. Janet, in quanto psicologo, era particolarmente sensibile agli effetti della suggestione e non mancava di evidenziare che i sintomi prodotti attraverso il meccanismo psichico, ossia dalle “idee fisse”, erano influenzabili con la suggestione, plasmabili dalla cultura e variabili nel corso della storia. Tuttavia egli si opponeva alla tendenza di considerare l'isteria come interamente costruita su rappresentazioni mentali, sostenendo l'esistenza di sintomi che *non erano riconducibili a idee* e che, non essendo permeati di soggettività, erano invariabili, obiettivi, conformi a leggi di natura. Questi sintomi, che egli chiama “stigmati” (aderendo in ciò all'insegnamento di Charcot), non subiscono variazioni storico-culturali perché non sono costruiti con la mediazione del pensiero: non aggiungono qualcosa ma al contrario privano la mente di qualcosa. Per lo stesso motivo,

⁷ Si tratta della “Comunicazione preliminare: Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici”, in seguito divenuta il primo capitolo degli *Studi sull'isteria* di Breuer e Freud (Freud e Breuer, 1892-1895).

non dipendono dalla suggestione e dai molteplici condizionamenti della mente, ma rappresentano una diretta espressione della malattia cerebrale, dove la malattia è intesa nella sua accezione canonica di indebolimento delle funzioni. Dunque, se per Janet i sintomi istero-traumatici non erano una “commedia” è perché essi erano i prodotti indiretti di una malattia vera e propria che priva la mente di certe sue funzioni, condizionando il particolare modo di reagire alle esperienze traumatiche che caratterizza le persone isteriche. E questo particolare modo è l’incapacità di dimenticare prodotta dalla dissociazione, il fatto che le idee provocate dagli incidenti, invece di soccombere al processo naturale dell’oblio, vengono esagerate fissandosi in aree della mente che si sottraggono al confronto e alla coordinazione dei pensieri da parte della coscienza. Insomma se le idee suggerite accidentalmente dal trauma riescono ad acquisire quello strapotere che è alla base della costruzione psicologica del sintomo, è per via della “disaggregazione” (o dissociazione) della coscienza, la quale aumenta l’emotività, l’impressionabilità e la suggestionabilità, preparando il terreno all’insediarsi dei sintomi prodotti da idee. Ma a differenza di questi sintomi, che hanno un carattere secondario, la disaggregazione non può essere spiegata psicologicamente, essendo la diretta manifestazione di un indebolimento del SNC.

Un’altra teoria che non considera le vittime di traumi psichici come dei commedianti è quella del neurologo di Berlino Hermann Oppenheim a cui si deve la categoria diagnostica, introdotta nel 1888, di “nevrosi traumatica”, con cui il quadro post-traumatico interpretato da Charcot come isteria è riportato nell’ambito delle nevrosi (ossia delle malattie dei nervi). Egli sviluppa la sua teoria basandosi, oltre che sul lavoro di Charcot, su 5 anni di osservazioni (1883-1888) compiute alla Charité di Berlino. Nel 1889 egli presenta 41 casi, quasi tutti uomini della classe lavoratrice, con sintomi nervosi e psichici insorti dopo incidenti sul lavoro, quali disorientamento, afasia, incapacità di stare in piedi e disturbi della deambulazione, tremori, disturbi del sonno. La sua tesi era che l’urto meccanico fosse la causa di disturbi funzionali cerebrali, con sede nei centri della motilità e sensibilità. Oltre alla scossa meccanica, Oppenheim ipotizzava un trauma psichico (cioè uno spavento) che poteva avere conseguenze durature proprio grazie al disturbo nervoso funzionale. Anche qui, dunque, i sintomi indotti dal trauma psichico erano di natura secondaria.

Il libro di Oppenheim è considerato una pietra miliare nello sviluppo della dottrina delle malattie nervose accidentali per il suo ruolo assunto nel contesto sociale della legislazione tedesca sugli infortuni. La “nevrosi traumatica” venne infatti riconosciuta dall’ufficio imperiale tedesco come malattia avente diritto a pensione di invalidità, ma questo suscitò anche forti polemiche. Alcuni psichiatri segnalavano questa situazione come iatrogena: si disse che le perizie medico-legali portavano a un aggravamento dei sintomi e che la nevrosi traumatica da spavento altro non era che un artefatto della prassi assicurativa. Sebbene i casi psicologici non superassero mai l’1 o 2% di tutte le richieste di pensione, il solo fatto che la nevrosi traumatica fosse soggetta a pensione generò tra i medici una forte paura di epidemie, al punto che essa venne ribattezzata “nevrosi da pensione”.

Questa reazione, è da notare, era solidale con la generalizzazione dell’interpretazione psicogenetica delle nevrosi. Per capire questo punto, che può giustamente apparire paradossale, bisogna tenere presente quanto segue. L’interpretazione psicogenetica era inizialmente limitata a certi sintomi, i quali apparivano motivati da idee solo sulla base di una serie di condizioni accidentali e predisponenti. L’idea del braccio paralizzato non provoca infatti di per sé la paralisi del braccio, ma è soltanto all’interno di una più ampia cornice, la quale funziona come

una sorta di “se-allora”, che l’idea può diventare un motivo cogente. Una parte di questa cornice era accidentale, per esempio l’incidente che fa sorgere l’idea. Ma anche questo non bastava, dato che non tutti gli incidenti causano una paralisi. C’era bisogno di qualcosa di più, di una predisposizione⁸. Per gli autori che abbiamo considerato, questa cornice era data da una “malattia” che impoveriva la mente. Una conseguenza di questa impostazione era che i malati non potevano essere considerati responsabili dei loro sintomi. Ma negli anni che stiamo considerando, emerge l’idea che la cornice all’interno della quale certi motivi accidentali possono diventare cogenti, potesse a sua volta essere spiegata psicologicamente a partire da motivi. L’esempio paradigmatico è, per l’appunto, il “desiderio di una pensione”. Qui abbiamo a che fare con un motivo che non produce un sintomo, ma che crea la cornice necessaria, in forma di disposizione, perché una idea possa diventare cogente e produrre un sintomo. In questo caso l’idea di avere il braccio paralizzato può produrre il sintomo non tanto perché non la si può verificare, quanto perché *non la si vuole* verificare: il desiderio di fondo di avere una pensione è talmente forte, che predispone a credere che il braccio sia paralizzato. Certo, perché sorga l’idea è ancora necessario un “incidente”, ma all’interno di questa struttura motivazionale allargata l’evento accidentale conserva un peso minimo, in quanto ciò che rende l’idea patogena è la particolare disposizione psicologica del soggetto, per esempio il desiderio di sottrarsi alla quotidiana lotta per la vita trovando sostentamento grazie a una pensione. In breve, l’idea diventa patogena in virtù della “volontà di ammalarsi”. Se nel primo modello “neuro-psicologico” ciò che creava la disposizione era una deficienza della mente (la malattia funzionale del SNC), in questo secondo modello, “psicologico”, la disposizione è dovuta alla personalità. La funzione è simile, ma le conseguenze sono molto diverse: il secondo modello – che emerge nel corso degli anni 1890, parallelamente allo scomparire degli impressionanti quadri post-traumatici così frequenti negli anni precedenti – porta a considerare i sintomi isterici come una sorta di frode. Al tempo stesso l’annoso problema della simulazione è risolto, perché nella nuova prospettiva psicologica la tendenza a mentire diventa il tratto fondamentale della personalità isterica⁹.

⁸ Questo qualcosa in più per Charcot era uno stato ipnotico della mente dovuto a degenerazione ereditaria; per Janet era il restringimento della coscienza che impediva all’idea motivante di essere adeguatamente giudicata; per Oppenheim era il disturbo neurologico funzionale causato dall’urto meccanico, e così via. Questi fattori non erano essi stessi dei “motivi”, ma facevano parte delle condizioni necessarie per fare di una idea un motivo cogente. Se io non riesco a verificare una certa idea, né a confrontarla con altre che possono fare da contrappeso, ecco, allora, che questa idea acquista un potere che altrimenti non avrebbe. Come chi controlla le sette religiose sa benissimo, la prima cosa da fare per aumentare la fede, è creare un cordone di isolamento attorno all’adepto in modo da eliminare le altre informazioni e provocare il vuoto attorno alla convinzione che si vuole alimentare.

⁹ Questo punto, elegantemente discusso da Fischer-Homberger (1975), è in sintonia con altri aspetti del nuovo discorso psicologico di fine Ottocento (uso il termine “discorso” nel senso foucaultiano di organizzatore di un universo concettuale), e in particolare con lo slittamento del giudizio di perversione dal singolo atto alla “personalità” agente, la quale diventa allora, per la prima volta nella storia, “perversa”, con tutte le contraddizioni che ciò comporta. Anche la cosiddetta scoperta della sessualità infantile da parte di Freud dovrebbe essere riletta a partire da questa vasta riorganizzazione degli spazi mentali, guidata, nel bene e nel male, dalla psicologizzazione delle azioni umane (Bonomi, 1997). E’ così, fra l’altro, che nasce il concetto (psicologico) di “sessualità”: prima, infatti, esisteva solo il “sesso” (nel senso fisiologico degli organi genitali).

Dissoluzione dell'idea di trauma psichico

Ci troviamo di fronte a questo paradosso: dopo esser stata promossa dal trauma, la dottrina psicologica delle nevrosi si rese indipendente dall'idea di trauma psichico e vi si rivolse contro fino a dissolverla. Possiamo individuare alcune tappe precise di questo processo di "psicologizzazione del trauma" (Bonomi, 2000a, 2000b). Un caso clinico citato da Sommer, nel libro in cui viene coniata la nozione di psicogenesi del 1894, è quello di un ragazzo che aveva battuto la testa a cinque anni sviluppando un mal di testa sei anni dopo, grazie all'immaginazione, la quale aveva combinato in modo puramente psicogeno la sede della ferita con la sensazione di dolore. Qui l'evento reale non gioca più alcun ruolo causale, in quanto è l'associazione psicologica (se vogliamo, il fantasticare retrospettivo) che è riconosciuto come ciò che produce il sintomo. La crisi della concezione causale del trauma sarà ben illustrata da un articolo del 1898 intitolato *Zur Kritik der Verwendung des Begriffs "Trauma" in der Ätiologie der Nervenkrankheiten* (Critica dell'impiego del concetto di "trauma" nella eziologia delle malattie dei nervi), in cui Robert Gaupp dissolve il concetto di nevrosi traumatica perché o si trattava di un disturbo nervoso costituzionale che il trauma aveva semplicemente reso manifesto (o peggiorato), o tra il trauma e il disturbo vi era una causalità solo pensata, ma non "reale". Da evento obiettivo, governato da leggi fisiche, il trauma si era trasformato in *Erlebnis* – in vissuto soggettivo – governato da leggi psicologiche.

Il momento più significativo di questo divorzio tra leggi fisiche e leggi psicologiche è l'introduzione nel 1895, da parte di Strümpell, del concetto di "rappresentazioni di desiderio" [Begehrungs-Vorstellungen]. Riferendosi alle nevrosi traumatiche, egli disse che "quelle che si insediano progressivamente [...] nella coscienza del ferito, mescolandosi con tutti i processi della formazione della volontà e inibendoli [...] sono in parte rappresentazioni ipocondriache e in parte rappresentazioni di desiderio". Per Charcot le idee erano patogene perché dissociate dalla coscienza. Per Strümpell invece esse sono patogene per la loro funzione *nella* coscienza: si tratta di rappresentazioni che, per così dire, imbrogliano la coscienza, intercettando la volontà. Ma così facendo, esse imprimono *una intenzionalità ai sintomi e uno scopo alla malattia*. E per questa via rientra l'idea di una responsabilità del ferito sul permanere delle rappresentazioni post-traumatiche: nel 1928 Flatau riassumerà la questione dicendo che il contributo alla teoria del trauma dato da Strümpell con le sue "rappresentazioni di desiderio" è stato di aver indicato la partecipazione del ferito nell'insorgere e nel permanere dei sintomi.

Questa linea di pensiero trovò un ulteriore sviluppo in Karl Bonhöffer che nel 1911 spiegò l'isteria accidentale come una "reazione" all'incidente che si genera a partire dalla volontà di realizzare uno scopo desiderato. Con ciò la nevrosi traumatica aveva perso definitivamente il carattere di malattia, in quanto era divenuta interamente spiegabile a partire da motivi¹⁰. Questo orientamento sarà confermato dal dibattito che si svolse nel corso della prima guerra mondiale attorno alle migliaia di nevrosi traumatiche insorte soprattutto in seguito agli scoppi di granate tra i soldati in trincea. Oppenheim vi riconobbe il medesimo quadro di sintomi che aveva descritto negli anni 1880 (e che in seguito si era andato affievolendo fino a scomparire). Ma questa volta le sue posizioni furono combattute e respinte molto più duramente

¹⁰ Questo è il paradosso del discorso psicogenetico: esso tende a rendere i sintomi comprensibili in base a motivi, ma se vi riesce, dissolve l'opacità dei sintomi, la cui ragione profonda deve allora essere cercata al di fuori della psicologia, in fatti appartenenti alla biologia o alla sociologia.

perché, si diceva, esse avrebbero generato epidemie tra i soldati. La diagnosi di “nevrosi traumatica” venne così sostituita con il termine neutro di “nevrosi di guerra”, e si impose una dottrina puramente psicologica di tali nevrosi, secondo cui l’insorgenza dei sintomi rientrava nei limiti di una reazione normale alle condizioni di combattimento. Come scrisse Martin Reichardt nel 1922, la guerra aveva dimostrato che la nevrosi traumatica doveva “essere definitivamente compresa psicologicamente”. Essa, aggiungeva Reichardt, “Non è una malattia in senso stretto, ma una reazione psichica”. Ma questo poneva il problema (che era anche militare), della *durata* dei sintomi. La reazione come tale doveva infatti tornare in breve tempo a essere padroneggiabile, e quando questo non avveniva, voleva dire che un qualche altro fattore era intervenuto nel produrre la *fissazione* dei sintomi. L’idea comune era che la fissazione dipendesse da desideri non dichiarati e da una volontà troppo debole per contrastare tali desideri, ossia da disposizioni psicologiche che erano espressione di una personalità morbosa (all’epoca si parlava per lo più di “inferiorità psicopatica”). Insomma, alla fine del lungo processo di psicologizzazione del trauma, la psicogenesi aveva trionfato, ma si era anche resa indipendente dagli eventi accidentali per appoggiarsi sui “tipi” e sulla costituzione, consentendo il riemergere dell’idea, che abbiamo già incontrato nella prima psichiatria morale, che la vittima fosse in fondo colpevole del permanere delle proprie rappresentazioni morbose.

In questo clima la psicoanalisi vinse la diffidenza dell’establishment psichiatrico grazie al concetto freudiano di “tornaconto della malattia”, accolto da molti psichiatri come la chiave di volta della spiegazione psicologica¹¹.

Freud e il trauma psichico infantile

Assonanze e dissonanze con il contesto

Ma veniamo alla nascita del pensiero psicoanalitico¹². Gli anni in cui Freud debutta come neuropatologo sono quelli centrali del processo di psicologizzazione del trauma. Ecco alcune coordinate: grazie a un viaggio di studi a Parigi, egli frequenta le lezioni di Charcot nel 1885-86, solo pochi mesi dopo la sua famosa dimostrazione del “meccanismo psichico” delle paralisi istero-traumatiche; abbraccia la psicoterapia nel 1889, quando ormai la spiegazione psicologica viene estesa a molti altri sintomi post-traumatici; e pubblica i suoi primi contributi sul “meccanismo psichico” delle nevrosi nel 1893-94, quando il paradigma psicologico ha ormai preso il sopravvento. Punto di partenza di tali contributi è il principio della “*analogia completa fra la paralisi traumatica e l’isteria comune, non traumatica*” (Freud, 1893, p. 92), in cui si riflette la generalizzazione a tutti i sintomi dell’isteria del meccanismo di formazione dei

¹¹ Bisogna dire che questo successo tardivo fu in parte conseguenza di equivoci perché, cogliendo gli umori attorno a lui, Freud aveva cercato di limitare l’uso del concetto di “tornaconto della malattia”, chiarendo per esempio che non intendeva dire che era “l’Io stesso a volere e a creare la malattia” (Freud, 1915-17, p. 537). Non si può peraltro ignorare ciò che egli scrisse rispetto alle nevrosi traumatiche, nelle quali, “particolarmente quelle originate dagli orrori della guerra, si impone inequivocabilmente un motivo dell’Io di tipo egocentrico, motivo volto a ottenere protezione e vantaggio e che forse non può di per sé creare la malattia, ma le dà il suo consenso e la sostiene una volta sorta” (Freud, 1915-17, p. 535).

¹² La storia ufficiale della psicoanalisi ha presentato questa nascita al di fuori di ogni contesto e in termini talmente autoreferenziali, che storici indipendenti come Ellenberger (1970) e Sulloway (1979) hanno incluso questa narrativa tra le principali “leggende” prodotte dalla psicoanalisi.

sintomi individuato nelle situazioni post-traumatiche.

Egli si muove dunque in sintonia con le principali trasformazioni di quegli anni. Ciò che caratterizza l'approccio di Freud è piuttosto il *modello catartico*, che egli mutua da Joseph Breuer, arricchendolo di importanti osservazioni. Secondo questo modello l'episodio traumatico tende a fissarsi nella memoria qualora la persona che l'ha subito non abbia adeguatamente reagito all'offesa e l'affetto suscitato non sia stato sufficientemente scaricato. Questo modello, in cui teoria e terapia sono strettamente intrecciate, prescrive di rievocare la situazione traumatica per permettere la scarica degli affetti incapsulati, e poiché Freud crede che ciò che impedisce di scaricare l'affetto sia "lo sforzo di dimenticare", egli inizia a rievocare nelle sue pazienti proprio *quelle cose che vorrebbero dimenticare*. Per questa via che, si badi bene, è anch'essa traumatogena, Freud si trova sempre più esposto a contenuti di tipo sessuale e sempre più rimandato all'indietro, fino a trovare regolarmente scene infantili di seduzioni o abusi sessuali. Così, mentre fino ad allora l'evento traumatico era un incidente impersonale e definito, come un incidente ferroviario, la caduta da una impalcatura, e così via, nella cornice della situazione terapeutica creata da Freud, l'evento traumatico diventa un episodio interpersonale – qualcosa che qualcuno fa a qualcun altro – strutturalmente aperto a interrogativi del tipo: "Chi è? Che cosa sta facendo? Perché lo fa?" che sembrano reiterarsi sulla figura stessa del terapeuta. Allora la psicoterapia standard consisteva nel cancellare i ricordi dell'incidente; ma questa procedura non era più adeguata rispetto a episodi che, suscitando domande, promuovevano una indagine sul senso dei ricordi. Ed è proprio attraverso l'indagine conoscitiva che Freud si trova spinto da un episodio traumatico a un altro, a ritroso nel tempo, fino a raggiungere il terreno dell'infanzia e modificare il concetto di trauma anche rispetto a un altro punto centrale: la questione della predisposizione.

Come abbiamo già visto, il trauma poteva motivare psicogeneticamente il sintomo all'interno di una cornice più ampia, che era concepita in modo diverso dalle diverse scuole. Per Janet consisteva in un restringimento del campo di coscienza dovuto a degenerazione ereditaria del sistema nervoso. Questa impostazione non era condivisa da Freud. In parte egli riteneva che il restringimento della coscienza fosse spiegabile psicologicamente. Anche altri autori dell'epoca avevano questa posizione (fra cui la scuola di Nancy in Francia e quella che potrebbe essere chiamata la scuola di Lipsia, in Germania) ma la teoria della motivazione di Freud era decisamente originale: egli riteneva infatti che fosse il *contenuto dei ricordi traumatici a motivare lo sforzo di dimenticare*¹³.

Ma questo non è tutto. Anche per Freud era per lo più necessaria la presenza di una malattia dei nervi con funzioni di predisposizione, di uno *status nervosus*. Egli si opponeva però all'eccessivo valore assegnato dalla scuola francese al SNC, aderendo piuttosto alla scuola fisiologica tedesca della nevrosi riflessa che, valorizzando il ruolo degli stimoli irritanti periferici, permetteva di pensare in termini di nevrosi *acquisite* e di individuarne la causa nelle pratiche e nelle disfunzioni della vita sessuale. Così, negli anni 1892-95, Freud non elabora soltanto un modello originale di "meccanismo psichico" di formazione dei sintomi, ma crede anche che la predisposizione alla nevrosi, compresa la nota suscettibilità isterica ai traumi, fosse dovuta a deficienze del sistema nervoso acquisite attraverso pratiche sessuali nocive (masturbazione, eiaculazione precoce, coito interrotto, astinenza, ecc.) e fissate attraverso

¹³ Per semplicità trascuro qui la teoria degli stati ipnoidi, che peraltro era sostenuta più da Breuer che da Freud.

meccanismi fisiologici riflessi. L'enorme importanza che Freud attribuiva in questi anni alla "nevrosi nasale riflessa" e alla possibilità di intervenire, anche chirurgicamente, sui "punti genitali" del naso postulati da Fliess, non si spiegherebbe al di fuori di questo contesto teorico e della speranza che riponeva in un trattamento eziologico non mutilante¹⁴.

Egli riteneva, infatti, come tutti del resto, che la psicoterapia fosse soltanto un trattamento sintomatico. Ma alla fine del 1895 questa impostazione subì una ulteriore modificazione: Freud giunse a pensare che anche la *predisposizione* – la cornice necessaria alla struttura motivazionale dei sintomi – fosse a sua volta spiegabile a partire da una particolare categoria di traumi: le esperienze sessuali infantili. All'inizio del 1896 rende pubblica la cosiddetta teoria della seduzione (Freud, 1896a, 1896b, 1896c), in cui queste esperienze vengono presentate come ciò che determina quella suscettibilità isterica (o scrupolosità ossessiva) che fa sì che più tardi, alla pubertà e oltre, un evento accidentale banale, ma collegabile a qualche aspetto dell'esperienza infantile, possa risultare traumatico e produrre infine i sintomi dell'isteria o della nevrosi ossessiva. Per questa ragione egli propone di considerare il trauma infantile come la "causa specifica" delle psiconevrosi.

Questo trauma infantile è l'equivalente di ciò che l'ereditarietà era per la scuola di Charcot (Freud, 1896a), con la differenza che esso è pienamente accessibile all'analisi psicologica: in più passi Freud sottolinea la strutturazione delle scene infantili e l'intrinseca connessione logica che le lega al trauma precipitante e al sintomo (Freud 1896a; 1896b; 1896c) e che fa di quest'ultimo il "simbolo mnestico" della scena traumatica originaria, o come anche dice in modo estremamente efficace, il suo "monumento" (Freud 1896c, p. 334). Freud credeva di aver trovato un metodo obiettivo per risalire dall'uno all'altro, dal monumento al trauma infantile in esso rappresentato, un metodo che, pur avvalendosi delle parole del paziente, riuscisse a fare a meno della sua inaffidabile testimonianza, grazie alla concatenazione inconscia delle idee. Come scrisse nell'*Etiologia dell'isteria*, "Saxa loquuntur!" (Freud, 1896c, p. 334): i sintomi, cioè, "parlavano", permettendo di risalire dalla struttura motivazionale prossima a quella profonda. Con ciò il trattamento dell'anima praticato da Freud da "sintomatico" diventava "etiologico", ed egli volle sottolineare questo nuovo statuto ribattezzandolo "psicoanalisi".

Se confrontiamo questo modello di Freud con i due precedenti, vediamo che esso si trova in una posizione intermedia: come il modello psicologico, esso riconduce la cornice motivazionale che funge da predisposizione a fattori psicologici, e tuttavia assegna oggettività e credibilità ai sintomi, così come il modello neuro-psicologico. La ragione di ciò è che non riconduce la cornice motivazionale a disposizioni del soggetto, ma a fattori del tutto indipendenti dalla personalità, dai desideri e dalle intenzioni del soggetto, i contenuti ideativi rimossi. Fin dall'inizio Freud aveva postulato che alla base dei sintomi isterici vi fosse una classe speciale di idee incompatibili, i *ricordi*, e nella teoria della seduzione aveva mantenuto questa posizione, ancorando il carattere patogeno dell'idea incompatibile al contenuto del ricordo inconscio dei traumi primari (le "scene primarie"). In contrapposizione ai motivi *soggettivi* del modello psicologico, come il desiderio della pensione, Freud concepiva questi contenuti ideativi inconsci come motivi *oggettivi*, perché non avevano nulla a che fare con la

¹⁴ All'inizio del 1895 questa speranza si infranse contro le conseguenze della operazione chirurgica al naso di Emma Eckstein, con effetti molto importanti per la stessa nascita della psicoanalisi. Ho trattato questi problemi in vari articoli, fra cui Bonomi 1994a, 1994b, 1996b, 1998a.

personalità del soggetto.

Ma, come è noto, poco dopo aver reso pubblica questa teoria egli fu preso da crescenti dubbi, fino a perdere del tutto la fiducia in essa verso la fine del 1897. Di questa svolta, di cui si è detto tutto e il contrario di tutto, è importante mettere in chiaro come essa sia in linea con la psicologia di quegli anni, ben riassunta dalla nozione di “rappresentazione di desiderio” che, introdotta da Strümpell nel 1895, viene a modificare il modo di concepire la cornice generale in cui prende forma il sintomo, subordinandola alle intenzioni del soggetto. Significativamente, negli anni che vanno dal 1895 al 1897, vi è una crescente presenza di questa dimensione nelle lettere che Freud scrive all’amico Fliess¹⁵. Mi limito a due esempi. Nella lettera a Fliess del 2 maggio 1897, egli osservò che “nessuno mette al lavoro la propria memoria senza motivo”. Ma se è così, allora anche il carattere patogeno del ricordo slitta dall’idea all’atto, dal contenuto del ricordo all’azione del ricordare, con tutto ciò che questo comporta. La prima conseguenza è un radicale modificarsi del modo di intendere la cornice motivazionale generale: come Freud scrive a Fliess il 18 novembre 1897, nel periodo della crisi della teoria della seduzione: “Si dovrebbe cominciare l’analisi dell’isteria con la scoperta dei motivi che agiscono al momento presente e che inducono ad accettare la malattia”.

In questa affermazione, che preannuncia l’idea di “tornaconto della malattia”, si riflette l’idea corrente che il lavoratore che sviluppa una paralisi isterica dopo essere caduto da un’impalcatura, sia motivato dal desiderio di una pensione. Non si deve però credere che Freud a questo punto semplicemente abbandoni la cornice motivazionale “oggettiva” a favore di quella “soggettiva”: egli, piuttosto, continuerà a oscillare tra l’una e l’altra, cercando varie soluzioni di compromesso.

L’errore di Freud: il trasferimento del modello del trauma adulto al bambino

Anche se la teoria della seduzione di Freud contiene molti aspetti che oggi sarebbero considerati discutibili, ve n’è uno in particolare su cui occorre fermarci. Come abbiamo visto, il punto di partenza di Freud è la concezione ideogenetica del trauma: è traumatico quell’incidente che lascia dentro alla vittima una idea che, essendo incompatibile, viene rimossa. Inizialmente, questo modello del “ricordo patogeno” serviva a spiegare il sintomo nell’ambito di certe disposizioni della mente, ma poi, in un secondo momento, Freud lo utilizza anche per spiegare le stesse disposizioni della mente. Già questo è un passo molto discutibile. Janet, per esempio, non lo avrebbe mai accettato, in base a ragioni cliniche, dato che le “idee fisse” erano prodotti tardivi che emergevano in una fase già avanzata della malattia, la quale si sosteneva su elementi (allora detti “stigmati”) che non erano costruiti con la mediazione del pensiero. Mentre la tesi di Freud presuppone proprio una costruzione ideativa della

¹⁵ Verrebbe da chiedersi se non vi sia stata un’influenza del concetto di “rappresentazione di desiderio [Begehrungs-Vorstellungen]” di Strümpell sul concetto freudiano di desiderio [Wunsch]. Anche se non si trovano riferimenti diretti, vi è da dire che si tratta di uno di quei concetti che sono “nell’aria” e che diventano facilmente patrimonio comune. Il fatto che nelle lettere di Freud a Fliess l’idea di desiderio inizia ad apparire come chiave interpretativa fin dal 1895 conferma che anche Freud respira quest’aria. E tuttavia anche qui, come in molti altri casi, si può dire che Freud, quando si appropria di un concetto comune e lo fa proprio, lo trasforma, imprimendogli un nuovo significato idiosincratico e irriducibile al senso comune. In questo caso, la nozione motivazionale di desiderio si trasforma in quella di “desiderio

predisposizione.

Questa tesi si riallaccia a un punto ancor più discutibile: secondo Freud l'idea patogena poteva spiegare la predisposizione perché agiva su un bambino. Egli dava cioè per scontato che il trauma infantile agisse insediando una *idea* nella mente, trasponendo così un modello adulto del trauma all'infanzia e assumendo implicitamente che la mente infantile fosse organizzata in modo identico a quella dell'adulto. Una delle conseguenze di questa visione adoltomorfa della mente infantile – che non verrà a meno con l'abbandono della traumatogenesi - è il privilegio accordato alle “rappresentazioni” immagazzinate e ritrovabili in forma di ricordo, a scapito dei modelli operativi conservati in memorie implicite o procedurali che, come oggi si ritiene, hanno nell'infanzia un ruolo prevalente.

E' anche importante segnalare come il modello dell'idea patogena fosse in realtà in contrasto con gli aspetti più interessanti della riflessione di Freud. Per esempio, egli giunse a convincersi che il trauma infantile riguardasse qualcosa che accadeva per lo più tra un bambino e un adulto in posizione di genitore, arrivando a dire, nell'*Etiologia dell'isteria*, che l'episodio di seduzione avviene nell'ambito di una mutua dipendenza tra l'adulto e il bambino, in cui l'adulto ha in mano “l'arma della autorità e del diritto di punire”, mentre il bambino “in balia di questo arbitrio” è “esposto a ogni disillusione” (Freud 1896c, pp. 354-355). Qui Freud era a un passo dal rendersi conto che l'azione patogena del trauma non consisteva né in un evento fisiologico, né nella sua rappresentazione mentale, ma nello sconvolgimento introdotto nel mondo relazionale del bambino, dato che la persona a cui il bambino dovrebbe rivolgersi per trovare cura e protezione era la stessa che lo terrorizza.

In un certo senso il modello catartico era molto vicino a cogliere questa dimensione, per via dell'importanza che assegnava agli *affetti*, i quali possono essere concepiti proprio come strutture operative che reiterano nel presente relazioni interpersonali complesse¹⁶. Ma anche qui ci troviamo di fronte a una strada che si apre per richiudersi immediatamente, in quanto, fin dalle sue prime teorizzazioni, Freud concepisce l'affetto in termini quantitativi, come la somma dell'incremento dell'eccitazione del sistema nervoso¹⁷. Insomma, scoprendo l'area del trauma infantile, Freud avrebbe forse avuto la possibilità di introdurre un nuovo modello di psicogenesi, orientato verso una psicologia delle relazioni interpersonali e basato sull'interiorizzazione delle esperienze traumatiche in forma di modelli operativi e strutture affettive. Ma invece di percorrere questa strada, che pure è presente nelle sue osservazioni cliniche, egli ha continuato a concepire l'azione del trauma infantile a partire dall'“idea patogena” senza mai metterne in discussione presupposti e conseguenze.

inconscio”. Così, il riallineamento con il senso comune si trasforma di nuovo in uno scarto.

¹⁶ E' anche da notare che, radicandosi nei vissuti del corpo, gli affetti non sono altrettanto plasmabili delle rappresentazioni da parte dei molteplici condizionamenti esercitati sulle idee, costituendo un materiale relativamente più autentico e affidabile delle idee.

¹⁷ Anche in seguito questa concezione quantitativa avrà un ruolo centrale, permettendo all'idea di trauma psichico di sopravvivere nell'ambito del linguaggio e del pensiero psicoanalitico anche al di là della sua dissoluzione qualitativo-psicologica. La sua formazione neurologica pone infatti Freud in una posizione decentrata rispetto alla psicologia del tempo, e questo rappresenta al tempo stesso un vantaggio e uno svantaggio: è un vantaggio perché gli consente di sottrarsi ai luoghi comuni dell'epoca, ed è uno svantaggio, perché lo porta a formulare le sue idee in un linguaggio neuro-fisiologico (da cui prenderà forma la cosiddetta “metapsicologia”) che si rivelerà una zavorra per l'intera impresa psicoanalitica.

La *Nachträglichkeit*

Mettiamo meglio a fuoco il modello ideogenetico usato da Freud, il quale è caratterizzato dalla cosiddetta “azione differita” o “posteriorità” (*Nachträglichkeit*). Fin dal 1893 Freud è colpito da un tipo di rappresentazioni che potremmo definire insature, in quanto il loro senso viene determinato solo in un periodo successivo a quello in cui l’idea si insedia nella mente (così che anche l’effetto patogeno dell’idea risulta differito rispetto al suo insorgere). Freud, che inizialmente si riferisce a idee che sono generate da cose “viste o udite o comprese solo a metà” (Freud a Fliess, 30.5.1893), pone queste rappresentazioni insature alla base della teoria patogenetica della seduzione sessuale infantile¹⁸. Così formula l’ipotesi che il ricordo dell’esperienza sessuale “produce un affetto che non aveva prodotto allo stato di esperienza, perché nel frattempo i cambiamenti della pubertà hanno reso possibile una diversa comprensione dei fatti ricordati” (Freud, 1895, p. 255). Come sottolinea in un’altra occasione: “Qui, in realtà, si realizza l’unica possibilità che un ricordo abbia posteriormente un’azione scatenante maggiore di quella prodotta dall’esperienza a esso corrispondente” (Freud, 1985, p. 191, traduzione modificata; Minuta K acclusa alla lettera a Fliess dell’1.1.1896).

E’ da notare che Freud si sta scontrando con un problema clinico serio: la difficoltà di individuare dei segni psichici in un bambino sessualmente abusato. Di fatto Freud si mantiene qui aderente alla mentalità dell’epoca, che ritiene che l’abuso sessuale non abbia alcun effetto sulla mente di un bambino¹⁹, anche se a sua volta scardina questo luogo comune, aggirandolo con il modello dell’azione differita: la stimolazione dei genitali genera sì un’idea nella mente, ma questa diventa patogena solo dopo essere stata attivata dalle spinte sessuali della pubertà²⁰. Comunque, anche da questa spiegazione emerge la povertà del modello ideogenetico con cui Freud deve operare e i molti compromessi a cui è costretto. Questo modello è chiaramente incapace di cogliere lo strappo apportato nel tessuto relazionale del bambino, la perdita di fiducia verso l’adulto e le modificazioni mentali più sottili. L’unico carattere patogeno riconosciuto è la rappresentazione per così dire “fotografica” della stimolazione sessuale, che

¹⁸ Esse sembrano infatti risolvere il problema dell’azione predisponente, rendendo applicabile il modello delle idee patologiche anche a traumi che non hanno una immediata espressione sintomatica.

¹⁹ Non vorrei che questa affermazione venisse equivocata: molti pediatri, compreso l’insegnante di neuropsichiatria di Freud (Bonomi, 1994a), denunciavano i gravi danni provocati dall’abuso sessuale nell’infanzia, i quali però non erano riconosciuti come “psicologici”, ma come “fisiologici”. Ho discusso altrove premesse e conseguenze di questa dottrina delle malattie nervose che precede la svolta psicologica (Bonomi, 1994b, 1998b).

²⁰ Non mi posso soffermare su questo problema e giustificare, come si dovrebbe, delle asserzioni che, come queste, non fanno parte di un patrimonio di conoscenze comuni. Rispetto alle teorie neuropsichiatriche degli effetti patologici dell’abuso sessuale precoce e al rapporto di Freud con tali teorie rimando comunque a un mio precedente scritto (Bonomi, 1994b). Rispetto alla nozione di *Nachträglichkeit* segnalo che essa è diventata, dopo la rilettura datane da Lacan, termine tecnico del vocabolario della psicoanalisi (si veda Laplanche e Pontalis, 1967, alla voce “posteriorità”), e quindi oggetto sia di ridefinizioni che di controversie. D’altra parte, ricordando al lettore come l’intera questione del “linguaggio tecnico” di Freud sia oggetto di un antico e non esaurito dibattito, dichiaro la mia preferenza per la tesi (sostenuta, fra gli altri, da Bettelheim e da Balint) secondo cui Freud, nella costruzione delle sue teorie, ha impiegato termini di uso comune con il senso che a essi era allora comunemente riconosciuto, e che solo in un periodo successivo, e più precisamente dopo che si era costituita la comunità psicoanalitica (la comunità dei parlanti la lingua della psicoanalisi), tali termini sono diventati “termini tecnici”, non più riducibili al linguaggio di senso comune. Questo processo di risignificazione, fra l’altro, è esso stesso un ottimo esempio di “*Nachträglichkeit*”.

solo con l'attivazione della pulsione sessuale nella pubertà acquista il significato pornografico che la rende pericolosa, perché piacevole al punto da suscitare il conflitto e la difesa da cui infine si genera il sintomo.

Questi limiti non saranno superati con l'abbandono della teoria. Sebbene sia sempre stato sottolineato il carattere di svolta rappresentato dall'abbandono della teoria della seduzione, vi sono anche forti elementi di continuità: l'impianto concettuale che ho delineato non sarà infatti turbato più di tanto dall'abbandono della "realtà" dell'evento traumatico, perché esso può funzionare benissimo, anzi meglio, anche con le "fantasie". Significativamente Freud introdusse la problematica delle fantasie proprio come sviluppo naturale del modello dell'azione differita. Così, nella lettera a Fliess del 2 maggio 1897, egli scrive: "Le fantasie derivano da cose *udite* che sono state comprese solo *più tardi*".

Questa posizione non era poi così distante da ciò che dicevano gli altri autori del tempo. In un articolo piuttosto famoso sull'isteria infantile del 1892, Friedreich Jolly aveva già detto che il punto di partenza delle idee patogene nell'infanzia erano proprio le cose mezze udite e mezze viste, il cui senso veniva completato dall'immaginazione. Non solo, ma il modello dell'azione differita somiglia terribilmente all'esempio di psicogenesi portato da Sommer nel 1894: il caso del ragazzino che aveva battuto la testa a cinque anni sviluppando sei anni dopo un mal di testa, grazie alla combinazione psicologica della sede della ferita con la sensazione di dolore. L'unica differenza è che Freud presenta i nessi che egli individua non tanto come il frutto arbitrario e soggettivo dell'immaginazione, quanto come il prodotto deterministico di concatenazioni conformi a leggi universali e come tali di principio decifrabili. Paradossalmente, questa visione oggettivista del generarsi delle idee patogene non solo non verrà a meno con l'abbandono della realtà del trauma, ma anzi verrà rafforzata, come dimostrano i saggi sul meccanismo psichico della dimenticanza e sui ricordi di copertura (Freud, 1898, 1899), in cui i "desideri" di dimenticare o di ricordare vengono a loro volta spiegati in base ai significati inconsci, in una sorta di ubriacatura di determinismo ideogenetico, purtroppo mai del tutto smaltita dagli psicoanalisti.

Le conseguenze dell'abbandono della teoria del trauma infantile

Dissoluzione del trauma in quanto fattore predisponente

Quando infine, diversi anni dopo, rese pubblico l'abbandono della teoria del trauma infantile, Freud sottolineò la continuità tra la vecchia e la nuova teoria dicendo che "i 'traumi sessuali infantili' [erano stati] sostituiti da un 'infantilismo della sessualità'" (Freud 1905b, p. 221). Che cosa cambiava nella nuova prospettiva? Poiché l'ambizione della precedente teoria era stata di "spiegare come precocemente acquisito ciò che, finora, era necessario attribuire a una predisposizione, per altro inesplicabile, di tipo ereditario" (Freud, 1896c, p. 343), egli chiarì il problema dicendo che la precedente teoria era "puramente psicologica" (Freud 1905b, p. 218), mentre ora avevano ripreso "il sopravvento i fattori costituzionali ed ereditari" (*ibid.*, p. 221). Questo implicava che quegli episodi infantili che erano stati prima qualificati come "traumi", ora non lo erano più. Ma che cosa voleva dire, questo?

In realtà non vi è molta chiarezza sulle conseguenze dell'abbandono della teoria del trauma infantile²¹. Il fraintendimento più frequente consiste nel ritenere che Freud avesse scoperto che gli episodi di abuso sessuale non erano “veri”, ma questo non è il punto qualificante della nuova prospettiva. Ciò che caratterizza la nuova prospettiva era che i ricordi di tali episodi non erano più “traumatici” *anche quando erano veri*, ossia anche quando gli episodi a cui si riferivano erano veramente accaduti non erano loro la causa della successiva psicopatologia psicogenetica. Come veniva argomentato nel saggio *Ricordi di copertura*, il valore psicologico dei ricordi infantili era una creazione più tarda, motivata dal risvegliarsi delle pulsioni e dei relativi conflitti, proprio della pubertà. Questo non significa che nell'indagine psicoanalitica i ricordi avessero perso d'importanza, come verrebbe naturale supporre. Nonostante l'abbandono della teoria del trauma, i ricordi continuavano a essere al centro dell'indagine, con la differenza che ora essi venivano interrogati per rintracciare i motivi e le disposizioni psicologiche che li rendevano significativi, secondo linee saldamente anticipate dalla psicologia dell'epoca, rispetto alla quale Freud si distinguerà solo per la riduzione sistematica della cornice motivazionale alla pulsione sessuale. Tale cornice viene infatti a sua volta elevata a teoria e nominata “teoria della libido”²².

A questo punto dovremmo chiederci: d'accordo per i ricordi, che era ovvio riconoscere prima o poi come prodotti psicologici, ma gli episodi? Che significato veniva ora attribuito agli episodi infantili di abuso sessuale? Dobbiamo richiamarci all'articolo *Il trauma sessuale come forma di attività sessuale infantile*, scritto da Karl Abraham nel 1907, la cui tesi centrale era che, in molti casi, “il trauma è voluto dall'inconscio del bambino”, rappresentando perciò “una forma di attività sessuale infantile” (p. 370). Per Abraham il bambino “si abbandona al trauma” per conseguire o un piacere preliminare o una soddisfazione sessuale vera e propria, di tipo masochista, a cui brama per via dello stadio perverso-polimorfo della sessualità e della anormale costituzione sessuale (p. 374-75). Questi bambini, inoltre, traendo da ciò “un certo piacere, sono inclini a esporsi ulteriormente a esperienze dello stesso tipo” (p. 377), patendo ripetutamente traumi sessuali fino a sviluppare una traumatofilia. Rievocando il suo “errore” nel saggio *Per la storia del movimento psicoanalitico*, Freud diede il suo avallo a questa visione, scrivendo che: “L'ultima parola sulla questione dell'eziologia traumatica fu detta più tardi da Abraham, che fece notare come proprio la peculiare costituzione sessuale del bambino abbia la virtù di provocare esperienze sessuali di tipo particolare, cioè i traumi” (1914a, p. 391).

E' da notare il cambiamento semantico subito qui dalla parola “trauma”, che si slega dall'originario significato e inizia a qualificare una classe di eventi in modo del tutto

²¹ I vari resoconti che Freud diede nel tempo non furono molto d'aiuto, ma anzi contribuirono a ingarbugliare la situazione. Già quando rese per la prima volta pubblico l'abbandono della seduzione, egli scrisse tortuosamente che non poteva “ammettere di aver sopravvalutato la frequenza o l'importanza” delle esperienze infantili di seduzione, sostenendo simultaneamente il contrario (Freud, 1905a, p. 499). Rimando il lettore a Paul Roazen (1999) che ha raccolto tutta la serie di affermazioni ambigue o contraddittorie che attraversano i vari resoconti di Freud.

²² Qualcuno potrebbe chiedersi perché Freud non mantenne una teoria aspecifica del trauma infantile, limitandosi ad abbandonare soltanto la tesi sulla natura *sessuale* del trauma infantile. Mi limito a segnalare che si tratta di una domanda anacronistica, che si scontra con l'enorme importanza in termini di predisposizione che il fattore sessuale aveva per Freud, sia prima che dopo la teoria del trauma infantile. La differenza è che mentre prima tale fattore predisponente era cercato in ambito neurofisiologico (per esempio nella nevrosi riflessa) nel periodo successivo vi è una chiara svolta verso la biologia, ben argomentata dallo studio di Sulloway (1979). (Ciò che Sulloway manca di cogliere è che la svolta verso la

indipendente dalla teoria psicogenetica. Questo cambiamento non è però sfuggito a Ernest Jones, che così riassumerà la nuova linea interpretativa:

L'idea primitiva di un "trauma" passivamente sofferto, per esempio un tentativo di seduzione sessuale (alla quale Freud restò fedele a lungo a causa dell'insegnamento di Charcot), lasciò il campo, dopo quattro anni, all'intuizione che il paziente fosse personalmente coinvolto nell'esperienza sessuale. Così alla concezione statica ne seguì un'altra dinamica. C'erano desideri e impulsi di cui il paziente stesso era responsabile (Jones, 1953, p. 346).

Insomma, ancora una volta l'idea di trauma psichico si dissolveva nell'idea di una colpa della vittima. Questa svolta è stata celebrata da Jones come il momento in cui la psicoanalisi diventa scienza, ma essa è molto meno coerente di quanto sia stata presentata. Freud risentì profondamente del crollo della teoria del trauma infantile, si giustificò in modo ambiguo e non aderì mai del tutto alla linea interpretativa tracciata da Abraham e Jones. Basti dire che, proprio mentre attribuiva ad Abraham "l'ultima parola sulla questione dell'etiologia traumatica", egli riscopriva l'importanza delle scene traumatiche infantili con il caso dell'Uomo dei lupi (Freud, 1914b), anche se a questo punto, non riuscì più a decidersi se queste scene corrispondevano a realtà o a fantasia. Uno dei modi in cui Freud cercò di uscire da questo impasse fu quello di eliminare la fonte di tante complicazioni: il ricordo. Ma anche questo lo fece in modo ambivalente, formulando una teoria della realtà dei traumi nei primordi della famiglia umana da cui conseguiva l'idea che, ritoccando e completando i ricordi con la fantasia, il bambino non mentiva ma colmava "le lacune della verità individuale con la verità preistorica" (Freud, 1915-17, p. 526). Insomma, fra fantasia e ricordo non faceva alcuna differenza. Una conseguenza paradossale di questa impostazione era che anche l'aver abbandonato o meno la teoria della seduzione non faceva alcuna differenza. E infatti, anche dopo aver sostituito l'etiologia traumatica con la costituzione sessuale, Freud tornò ripetutamente a parlare di trauma infantile, anche se ormai era sempre meno chiaro che cosa volesse dire "trauma" nell'ambito della psicologia. Il trauma aveva ancora un valore psicogenetico? Sì e no. Grazie alla trasmissione filogenetica dei traumi primordiali, le "idee patogene" che il trauma infantile avrebbe potuto generare erano comunque già presenti nel patrimonio ereditario della mente in forma di "fantasie primarie". Con ciò la teoria dei ricordi patogeni era diventata una teoria delle *idee patogene innate!*

Non è difficile riconoscere in questo mostro concettuale un tentativo di conciliare linee interpretative opposte. Il fatto è che, anche dopo aver abbandonato la teoria del trauma infantile, Freud non riuscì a farne a meno. Nel ritardo con cui egli rese pubblica questa svolta, Balint vide un segno della "difficoltà di riconciliare la nuova teoria con le sue vecchie idee sulla etiologia delle nevrosi" (Balint, 1969, p. 430), le quali non furono completamente abbandonate ma continuarono di tanto in tanto a riemergere²³. Forse il punto è che Freud continuò ad avere non una ma due teorie della eziologia delle nevrosi (una "economica", basata

biologia è sostenuta dall'avvento della psicologia).

²³ Vi sono almeno quattro momenti in cui Freud è chiaramente alle prese con il riemergere del vecchio problema del trauma: nel 1914, con l'idea di nevrosi infantile, nel 1920, quando il trauma è ridefinito in termini di breccia nello schermo protettivo contro gli stimoli, nel 1924-26, quando in risposta al "trauma della nascita" di Rank viene riformulata la teoria dell'angoscia, e infine negli ultimi scritti del periodo 1937-38, in cui viene, fra l'altro, introdotto il concetto di scissione dell'Io.

sul trauma, e l'altra "strutturale", basata sulle tensioni intrapsichiche), e questo poneva il problema di come amalgamare i due punti di vista²⁴:

Così la psicoanalisi aveva due teorie per l'etiologia delle nevrosi. La più vecchia delle due assume l'esistenza di un trauma sessuale precoce e la nostra comprensione dei suoi effetti è essenzialmente basata su considerazioni metapsicologiche, cioè economiche. L'evento cruciale viene dall'esterno e l'individuo non vi è preparato, causa una breccia nello scudo protettivo contro gli stimoli e inonda la mente con una quantità eccessiva di eccitazione [...].

La nuova teoria parte dall'assunto che il trauma, nonostante l'apparenza, non sia un evento esterno, ma il prodotto dell'individuo stesso in forma di fantasia. Non può sostenere che l'individuo fosse impreparato e che venga inondato da una quantità eccessiva di eccitazione perché, dopo tutto, era stato lui stesso a produrre la fantasia; d'altra parte può sostenere l'esistenza di fortissime tensioni tra le varie parti dell'apparato mentale [...]. [La nuova teoria] raggiunse la sua forma finale solo negli anni Trenta (Balint, 1969, p. 430).

La dissoluzione del trauma come fattore precipitante

Vediamo come Freud cercò di amalgamare i due punti di vista. Come disse nella *Introduzione alla psicoanalisi*, la domanda "sono le nevrosi malattie endogene o esogene?" poteva essere dichiarata inutile grazie alla concezione *quantitativa del trauma*, in quanto i fattori opposti potevano essere sommati all'interno di una "serie complementare" in cui se un fattore cresce l'altro diminuisce, in modo che il più e il meno si compensino (Freud, 1915-17, p. 503; si veda anche 1934-38, pp. 395 sg.)²⁵. E' da notare che all'interno di questo schema al trauma è assegnata la posizione di fattore precipitante di una predisposizione, e che Freud usa il termine trauma solo per riferirsi a *fattori precipitanti adulti*, evitando l'irrisolta questione del trauma infantile e ritornando alla nozione di trauma psichico che aveva appreso dalla scuola di Charcot. Con questa formula Freud desiderava raggiungere un equilibrio tra fattori opposti. Ci riuscì?

L'unico modo per rispondere a questa domanda è quello di lasciare Freud e rivolgerci ai suoi seguaci. Nel 1931 James Strachey scrisse un'importante nota storica su *La funzione del fattore precipitante nella etiologia della nevrosi*, che suonava come un campanello d'allarme. Strachey faceva notare come Freud si fosse dapprima allontanato e poi riavvicinato alla posizione di Charcot, la quale era ben illustrata dal seguente esempio di un albero abbattuto dal vento addotto da Strachey: "Poniamo che il tronco dell'albero sia quasi completamente marcio così che una pressione molto lieve riesca ad abbattearlo", quest'ultima "sarebbe di ben scarso

²⁴ Secondo Nicholas Rand e Maria Torok (1995), che hanno studiato attentamente il problema, questi due punti di vista avrebbero dato luogo a una sorta di inesauribile contraddittorio interno che scorre nell'opera di Freud, ma non si sarebbero mai amalgamati. Freud continuò a essere tormentato dall'interrogativo: "il paziente dice la verità o mente?". Vacillando tra vero e falso, trauma e fantasia, e non riuscendo né a rigettare né ad accettare la realtà degli eventi sessuali traumatici, egli coniò nel 1916 il concetto ibrido di realtà psichica, in cui verità e falsità coincidono. Alla nozione di "fantasia primaria" venne assegnata la funzione di affermare una cosa e il suo opposto. Quest'ultimo espediente è giudicato da Rand e Torok come l'apice del paradosso, poiché è come se Freud dicesse: che i nevrotici dicano o non dicano la verità non conta, perché anche quando mentono dicono una verità preistorica.

²⁵ Le serie complementari dell'equazione eziologica sono discusse da Freud nella lezione 23 della *Introduzione alla psicoanalisi* (Freud 1915-17), in cui la "costituzione sessuale" (ora identificata con l'esperienza preistorica) più la "esperienza infantile" producono la "disposizione dovuta alla fissazione della libido" che assommata all'esperienza accidentale adulta, produce la nevrosi.

interesse nello studio delle malattie dell'albero" (Strachey, 1931, p. 326). Inizialmente, Freud prese posizione contro questa visione in quanto, secondo lui e Breuer, "il fattore precipitante – un trauma psichico – era decisivo sia per la malattia che per la forma che essa prendeva" (ibid.). In seguito però la causa precipitante divenne solo l'eco del trauma infantile, e infine sparì anche questo. Nella ricostruzione della teoria il ruolo di fattore precipitante venne assegnato alla frustrazione delle tendenze libidiche, la quale poteva essere causata sia da eventi esterni reali, che da difficoltà interne. In ogni caso

l'accento è posto sul fattore economico della frustrazione. Nessun disturbo nevrotico può essere prodotto – qualsiasi sia la predisposizione – in assenza del dilagante aumento di una determinata quantità di libido. Da questa prospettiva perciò, il vero fattore precipitante è *la quantità eccessiva del dilagare della libido, dovuta a una causa qualsiasi, esterna o interna* (ibid., p. 327; corsivo aggiunto)

Dopo aver ricordato che su questa visione economica si basava l'interconnessione dei fattori etiologici nella "serie complementare" (quanto maggiore è il fattore predisponente, tanto minore deve essere il fattore precipitante, e viceversa), Strachey aggiungeva: "Tuttavia, dobbiamo ammettere che complessivamente l'interesse (teorico o clinico) per il fattore precipitante non era particolarmente forte" (ibid., p. 328). E' vero che Freud aveva scoperto che la nevrosi adulta è preceduta non soltanto da una predisposizione, ma da una vera e propria nevrosi infantile, la quale chiama in causa un fattore precipitante infantile (il trauma); tuttavia, "dato che l'infanzia poteva essere raggiunta solo indirettamente attraverso l'analisi degli adulti, sorsero ancora una volta delle incertezze" (ibid.):

I fattori precipitanti c'erano, ma la loro natura era ambigua. Erano eventi reali? Erano delle fantasie? Erano degli ibridi di entrambi? Questo tipo di problemi vi saranno familiari dall'analisi dell'Uomo dei lupi. D'altro lato, l'esame dei fattori precipitanti ha promesso risultati interessanti da un altro punto di vista, sebbene, paradossalmente, questo abbia minacciato di ridurre ulteriormente la loro importanza. E' stato Abraham a mostrare come i traumi sessuali riescono a venire provocati dai nevrotici, similmente è parso possibile che in una nevrosi i fattori predisponenti possono scegliere i loro propri fattori precipitanti. O, per dirla più correttamente, solo un fattore precipitante che combacia in qualche senso con i fattori predisponenti potrebbe realmente funzionare come fattore precipitante. Così, potrebbe essere possibile dalla conoscenza della causa precipitante che ha agito in un caso particolare trarre conclusioni sulla natura della personalità colpita da essa (pp. 328-329).

Il punto cruciale era che *soltanto la personalità*, attraverso la sua azione selettiva, poteva fornire al fattore precipitante l'adeguata cornice motivazionale. Quest'ultimo, quindi, non contava nulla. O meglio, attraverso di esso era possibile risalire alla struttura motivazionale di cui era espressione: la personalità. Si noti come l'originaria argomentazione di Freud si trovi rovesciata: se nella teoria della seduzione era possibile risalire dal sintomo al trauma primigenio, ora lo stesso tragitto termina nella "personalità"!

La ridefinizione dell'angoscia fornita dalla psicologia dell'Io aveva lasciato tutto ciò essenzialmente immutato. E' vero che riconcettualizzando il fattore della "frustrazione ed eccitazione della libido" in termini di "situazione di pericolo", la causa precipitante doveva essere almeno in parte esterna, poiché, a rigor di logica "i fattori predisponenti non possono *ex hypothesi* costituire da soli una situazione di pericolo" (p. 329), tuttavia Strachey ammetteva che questa esigenza logica non era per nulla rispettata, dato che:

Le opinioni recenti, sottolineando [...] la maggiore influenza dei conflitti endopsichici rispetto ai contatti della personalità con il mondo esterno e alle stesse percezioni della realtà, sembrano sostenere che gli aspetti *interni* del fattore precipitante sono i più importanti (*ibid.*, p. 330).

Il paradosso del “trauma interno”

Un breve esame della letteratura dell'epoca conferma questa tendenza. Herman Nunberg, nel capitolo 9 del suo trattato del 1932, dedicato a “La causazione della nevrosi”, giunse alla conclusione che “un trauma esterno non è costante, mentre un trauma interno, nel senso di un pericolo istintuale, deve essere sempre presente” (cit. in Fliess, 1935, p. 526). E nel 1933, l'anno della morte di Ferenczi, Edward Glover poteva affermare che: “le tendenze moderne della psicoanalisi si sono allontanate dalle teorie delle esperienze traumatiche ambientali” (Glover, 1933, p. 489 nota 3).

E' negli anni attorno al 1930 che si impone la nozione di “trauma interno”, intesa come situazione di pericolo causata dalla forza degli istinti. Perché tale nozione ebbe un così grande successo, nonostante la sua irrazionalità? A un livello meramente concettuale si può dire che essa rappresentava un tentativo di amalgamare la teoria economica e la teoria strutturale in cui la psicoanalisi era irrimediabilmente divisa. Tuttavia, essa portava in sé delle contraddizioni che rischiarono di spaccare il movimento psicoanalitico.

Otto Fenichel chiarì che la nozione di trauma interno si appoggiava sull'idea di una *ostilità dell'Io verso gli istinti*, la quale poteva essere concepita o come primaria o come secondaria. Se la prima opzione comportava una inaccettabile biologizzazione dello psichico, nel secondo caso bisognava imputare l'ostilità dell'Io verso gli istinti all'educazione, in quanto era l'educazione che, limitando sempre di più le possibilità di scarica dell'apparato psichico, aveva fatto sì che questo si sclerotizzasse, venendo inondato alla minima eccitazione. Se l'educazione sessuale nell'infanzia fosse stata più libera, gli istinti sarebbero risultati meno ostili. Questa posizione venne a sua volta giudicata come “sociologica”. In breve, come scrisse Wälder nel 1937, la discussione era sfociata in due posizioni irrimediabilmente contrapposte, quella *biologica* e quella *sociologica*. Se per la prima ciò che era traumatico era *sic et simpliciter* la domanda pulsionale, per la seconda l'idea stessa di traumatismo si era dimostrata inconsistente, dato che l'incremento della domanda pulsionale non poteva avere il carattere improvviso del trauma esterno. Il fatto era che una delle funzioni dell'apparato mentale era proprio quella di mantenere sotto il livello di guardia l'eccitazione pulsionale attraverso azioni di scarica, e che i modelli di scarica erano controllati dalla società e determinati attraverso l'educazione. Questa visione sociologica caratterizzerà la cosiddetta “sinistra freudiana”.

Che cosa ci dice questo breve panorama storico? Se noi consideriamo l'opera di Freud non in se stessa ma per come è stata recepita e sviluppata dai suoi seguaci²⁶, bisogna ammettere che certe opzioni che caratterizzarono la sua svolta del 1897, oltre a portare alla liquidazione l'idea di trauma reale, finirono per essere una fonte di una instabilità teorica che ha

²⁶ Questa ricezione non è qualcosa di estrinseco all'opera di Freud. Mi pare anzi che, a volte, i seguaci funzionino da cassa di risonanza, manifestando, attraverso i loro contrasti teorici e politici, linee di frattura che abitano il pensiero di Freud.

concretamente eroso l'unità della psicoanalisi e prodotto nuove scissioni²⁷. La ragione concettuale profonda di tale situazione deve essere cercata nel paradosso della spiegazione psicogenetica fondata su motivi (si veda nota 11), che - a differenza della spiegazione basata sul trauma - introduce un regresso esplicativo che si ferma soltanto abbandonando il terreno della psicologia e trovando una base immotivata nei "fatti" della biologia o della sociologia.

Come si colloca Ferenczi rispetto a questo panorama? I segni premonitori di questa crisi sono già presenti negli anni '20 e Ferenczi sembra avvertirli quando individua la traumatogenesi come il terreno decisivo per il futuro della psicoanalisi. E' da notare che questo avviene prima del dibattito degli anni '30 che sfocia nelle due posizioni contrapposte, quella biologica e quella sociologica. E' importante sottolineare questo punto perché, sebbene sia noto l'impegno politico e sociale di Ferenczi, la sua posizione non deve essere confusa con quella "sociologica". Questa posizione, non diversamente da quella biologica, nasce sul terreno dell'abbandono del trauma reale, affermandosi come una conseguenza del dibattito sul trauma interno, ossia delle contraddizioni intrinseche alla concezione puramente economica del trauma (si veda l'introduzione al presente volume). Ora, è proprio la metapsicologia che sostiene la nozione di trauma interno che viene rifiutata da Ferenczi, il quale, dopo aver cercato per molti anni di raggiungere una perfetta identità di vedute con Freud, alla fine si rassegnò a sviluppare una visione indipendente del processo terapeutico²⁸.

Ferenczi e la riscoperta del trauma come causa specifica di nevrosi

Dalla generazione di idee morbose alla disorganizzazione del senso

Nel suo primo scritto psicoanalitico, *La nevrosi alla luce dell'insegnamento freudiano e la psicoanalisi* del 1908, Ferenczi elogia l'abbandono della teoria traumatica da parte di Freud²⁹. Ma l'interesse per il trauma viene già risvegliato dalla prima guerra mondiale: esposto a numerosi casi di nevrosi traumatica non appena prende servizio come medico militare, Ferenczi riscopre il modello dell'isteria di conversione descritto ventitre anni prima da Breuer e

²⁷ Mi riferisco qui alla lotta politica degli anni 1940-50 alle posizioni "culturaliste" (il termine aveva allora un significato denigratorio) sia in America (contro H.S. Sullivan, K. Horney, E. Fromm,) sia in Germania (contro H. Schultz-Hencke), attraverso cui il movimento psicoanalitico riuscì a ritrovare una certa coesione attorno alla posizione naturalistico-biologica.

²⁸ Anche qui devo procedere per semplificazioni. Segnalo comunque la presenza di idee originali di Ferenczi fin dai suoi primi scritti psicoanalitici (Borgogno, 1998; Haynal, 1987, 1993) o addirittura pre-analitici (Meszaros, 1993). Altre idee cruciali nacquero dalla sua relazione con Freud, in cui i rapporti professionali, analitici e di semplice amicizia erano straordinariamente mescolati, al punto da risultare singolarmente traumatici (Dupont, 1989; Bonomi, 1996a; Falzeder, 1996; Genovés Candiotti e Martin Cabré, 1997). Fu però soltanto negli anni 1920, nei periodi della collaborazione con Rank per un verso e con Groddeck per un altro, che egli si sentì sufficientemente sostenuto da dare una prima espressione organizzata a queste idee. Rispetto alla questione del sottrarsi, da parte di Ferenczi, alla dicotomia biologia-sociologia, segnalo il ruolo svolto in ciò dall'idea di una "meta-biologia" sviluppata in *Thalassa* (1924), che gli permette di ritrovare la struttura simbolica del trauma nel cuore stesso della biologia.

²⁹ Questi aveva dovuto "ammettere che non è il trauma il vero agente patogeno", ristabilendo "l'effettiva importanza della predisposizione individuale nell'etiologia delle nevrosi", seppur sostituendo "la nozione mal definita di tara ereditaria o di predisposizione [...] con quella di costituzione sessuale anormale" (Ferenczi, 1908, pp. 18-19).

Freud e conia, per un altro tipo di trauma, la nozione di “*ferita dell’Io, ferita narcisistica*” (Ferenczi, 1916, p. 233). Inizialmente, egli pensa a questa ferita come al fattore precipitante di una predisposizione (ossia come qualcosa che colpiva persone che prima o poi si sarebbero ammalate ugualmente), ma non essendo soddisfatto di questa soluzione, elabora subito dopo un modello puramente psicologico di “ferita narcisistica”, che gli permette di sostenere che, talvolta, una mutilazione in zone quali i genitali o il volto, può “portare alla regressione narcisistica anche senza una predisposizione particolare” (1917a, p. 254). In questi casi, egli afferma, la lesione non deve essere considerata “come un fattore ‘scatenante’ banale, ma come l’elemento etiologico specifico” (1917a, p. 256). Sono trascorsi vent’anni dall’abbandono della teoria del trauma come “causa specifica”, ed è la prima volta che questa idea riemerge.

Nel periodo seguente, che è un periodo intermedio, l’obiettivo di Ferenczi è di conciliare questa rivalutazione del trauma con l’insegnamento biologico di Freud. Così egli studia il corpo come luogo in cui i fattori traumatici e quelli costituzionali si incontrano e combinano. Si interessa soprattutto dei fenomeni isterici, traducendo l’idea di “predisposizione” nell’idea che il corpo può essere usato per veicolare fantasie inconse. Poiché le varie parti del corpo si prestano a ciò in modi diversi, egli avanza l’idea che esse possano funzionare come una sorta di idioma rudimentale. Ferenczi propone anche di considerare la disposizione isterica come una fissazione allo stadio dei gesti magici, in cui, invece di cercare di modificare il mondo esterno, l’organismo si adatta al mondo esterno modificando se stesso. Il corpo, nell’isteria di conversione, verrebbe usato come materiale di appagamento dei desideri e le varie espressioni che accompagnano le emozioni, come l’arrossire, l’impallidire, lo svenire, l’angoscia, il ridere, piangere, e così via, rappresenterebbero dispositivi autoplastici universali di questo tipo. Questa plasticità si evidenzia in particolare nelle persone affette da tic, il cui corpo diventa una sorta di opera d’arte, costruita a partire dalla fissazione a una situazione traumatica, di cui sono state registrate esclusivamente le sensazioni corporee soggettive. Qui Ferenczi giunge persino a ipotizzare l’esistenza di sistemi mnemonici che registrano non l’oggetto ma le *reazioni soggettive all’oggetto*.

Apparentemente Ferenczi non propone una nuova teoria del trauma, ma da questo primo gruppo di ricerche e ipotesi balza agli occhi come egli sposti il fulcro dell’attenzione dalle *idee* al *corpo* inteso come luogo sorgivo delle idee. Un corpo, inoltre, organizzato attorno a significati che, più che rimandare alla anatomia, trovano il loro fondamento nel vissuto soggettivo. In fondo, il concetto di “lesione dinamica” che è all’origine della prospettiva psicodinamica, cercava di porre a fondamento della psicopatologia proprio il *corpo vivente*: per Charcot la “lesione dinamica” era infatti una lesione che sfuggiva alla dissezione del corpo morto sul tavolo anatomico, dunque una lesione che caratterizzava soltanto l’organismo vivente. Questa visione di fondo, che si era smarrita nei labirinti della psicologia associazionista, sembra rivivere nel carattere fenomenologico delle descrizioni di Ferenczi. Così, l’idea di “trauma” viene riscoperta nel significato originale di ferita sul corpo vivente, in quanto è una ferita che non colpisce soltanto una parte anatomica, ma anche il *significato* che tale parte ha per il soggetto: una mutilazione del volto, per esempio, ferisce il senso che l’Io ha di se stesso in relazione agli altri. Insomma, il corpo è al centro di un mondo di significati, ed è questo mondo che viene sconvolto dal trauma.

Si noti come la teoria psicopatologica del trauma risulti qui implicitamente modificata: l’azione traumatogena non consiste più nel generare una idea patogena, ma nello

sconvolgimento prodotto dall'incidente in un mondo organizzato. E' inoltre chiaro che abbiamo a che fare con una diversa visione, almeno implicita, dello "psichico": siamo più vicini a una psicologia dell'atto che a una dei contenuti elementari della coscienza, più prossimi a una psicologia fenomenologica che a una associazionistica. Questo comporta una differenza profonda: in Ferenczi la caratteristica essenziale del trauma è quella di irrompere in un mondo che ha già un suo significato, disorganizzandolo, quando invece in Freud il trauma si annuncia attraverso la produzione di idee e sintomi, fino a diventare un creatore di significato (forse l'unica cosa che, nell'universo freudiano, davvero produca significato).

In questo periodo l'interesse di Ferenczi per il potere de- e ristrutturante del trauma si ritira in un'area in cui può ancora contare sul pieno accordo con Freud, l'area delle speculazioni filogenetiche. Entrambi gli uomini si dichiarano lamarckiani e sono di conseguenza convinti che l'uomo sia il prodotto di una serie di grandi catastrofi. In Ferenczi, questo interesse sfocia in *Thalassa* (1924), in cui il modello di ogni catastrofe è pensato nei termini "materni" di rottura dell'armonia primigenia, e in cui viene ulteriormente elaborata la contrapposizione tra "adattamento autoplastico" e "adattamento alloplastico". L'idea di base è che quando l'organismo non riesce a modificare una perturbazione che ha rotto l'equilibrio precedente, allora, per porre fine al dispiacere, l'evento perturbante viene introiettato, "diviene parte dell'Ego [...] e di conseguenza il mondo interiore [...] diviene il riflesso dell'ambiente e delle catastrofi" (Ferenczi, 1924, p. 112, nota 8).

Quando Ferenczi torna ad avere un interesse clinico per il trauma, questo modello di lettura sarà trasferito dalla biologia alla psicologia, diventando l'architrave della nuova teoria. In essa il trauma viene assunto come l'origine di ogni modificazione autoplastica della personalità. Per esempio in una pagina del *Diario Clinico*, Ferenczi scrive: "*Che cos'è il trauma?* "Shock", reazione a uno stimolo esterno o interno "insopportabile" in modo autoplastico (modificante il sé) piuttosto che alloplastico (modificante lo stimolo)" (Ferenczi, 1932b, p. 280). Come dice in un'altra pagina: "se la quantità e natura della sofferenza superano le capacità intellettive della persona, allora ci si arrende, si smette di sopportare, [...] ci si scinde in varie parti" (p. 264).

Questo ultimo periodo è caratterizzato da un'ulteriore evoluzione della nozione di trauma psichico: se prima la "ferita" era ben ancorata al corpo, venendo a colpire l'anima solo in quanto organizzatore del corpo vivente, ora può colpire direttamente l'anima, manifestandosi attraverso il dolore psichico e ancorandosi nel mondo delle relazioni umane. La mente è ora vista come un sistema che interagisce con altre menti, e che però può essere sopraffatta dal dolore. Quando questo succede, essa cessa di funzionare in modo interattivo e modifica se stessa, scindendosi in varie parti.

Questa visione, che sposta l'attenzione dal contenuto (l'idea) al contenitore (la mente), non è del tutto nuova, se si considera che Janet aveva descritto l'azione patogena del trauma in termini di dissociazione. Tuttavia per Janet la tendenza della mente alla disgregazione era il segno di un processo degenerativo in stato avanzato, su cui il trauma agiva solo come un fattore precipitante, mentre la predisposizione rimaneva saldamente governata dalla ereditarietà. Freud aveva cercato di sottrarre la predisposizione alla ereditarietà, consegnandola alla psicogenesi, ma per far questo aveva dovuto rifarsi al modello dell'idea patogena (il ricordo). Ora, Ferenczi sembra combinare i due modelli, in quanto si propone di considerare la disaggregazione come un meccanismo psicogenetico: il trauma psichico non genera idee patologiche ma divide la mente in più parti. Ma questo non è tutto. Insieme all'azione distruttiva vi è sempre un'azione

costruttiva: con il contributo della personalità della vittima e del suo ambiente umano, le parti si ricompongono in vario modo, dando luogo a una infinità di possibili geografie della mente.

Qui Ferenczi riprende, modificandolo, uno stile di pensiero inaugurato da Freud. Egli fa suo l'interesse del Maestro per la "topica" psichica, per la costruzione di una mappa spaziale della mente, con questa differenza: mentre per Freud vi era un'unica mappa universale, in Ferenczi le possibilità descrittive si moltiplicano all'infinito perché ciascuna topica deve essere letta a partire da una catastrofe individuale. La risposta immediata della psiche al trauma è quella di dividersi in tante parti, ma le parti possono essere diverse, e i frammenti tendono a saldarsi in modi nuovi dando luogo a delle "neoformazioni" del sé. A volte vi è un frammento che prende il posto dell'intera persona; altre volte sono frammenti estranei, parti della personalità dell'aggressore che diventano parti del sé, e così via. In tal modo egli crea un nuovo modo di vedere il mondo psichico.

Ripetizione e riparazione

Inizialmente Freud aveva concepito la terapia in termini di "rievocazione di una scena traumatica" (Freud, 1896c, p. 335), ma con l'abbandono della teoria del trauma infantile la terapia si era trasformata in un processo meramente intellettuale, che sarà così riassunto da Ferenczi: "Medico e paziente riunivano per così dire le loro risorse mentali e ricostruivano le cause della malattia cercando di far combinare insieme i frammenti sconnessi del materiale associativo come se riempissero le caselle di un gioco di parole incrociate molto difficile" (Ferenczi, 1929, p. 380). Quando poi la cornice motivazionale profonda venne individuata da Freud nel complesso di Edipo – che divenne la nuova "causa specifica" (o "complesso nucleare") della nevrosi – questo processo assunse la forma di una ricerca scientifica. E però, con la scoperta del transfert, la quale aveva reintrodotta la problematica della ripetizione, si era aperto un divario tra i possibili modi di intendere e praticare la terapia.

Su questo divario si inserirono Ferenczi e Rank con un libretto pubblicato all'inizio del 1924 con il titolo di *Entwicklungsziele der Psychoanalyse* (Mete dello sviluppo della psicoanalisi), che finì per innescare una grave crisi ai vertici dell'istituzione psicoanalitica. Gli autori sostenevano che l'analisi non consisteva nell'applicazione dottrinale delle leggi universali del complesso di Edipo, e spostavano l'accento dal "ricordare" (l'obiettivo finale posto da Freud per l'analisi) al "ripetere" nel qui e ora della situazione analitica, auspicando un ritorno a quella "esperienza vissuta" (l'*Erlebnis*) che aveva caratterizzato gli inizi della psicoanalisi. E' pur vero che, scoprendo il transfert, Freud aveva di nuovo ancorato l'analisi all'esperienza vissuta; tuttavia, quale fosse esattamente il senso di questo *Erlebnis* (o, come si direbbe oggi, dell'esperienza soggettiva che il paziente ha del transfert), non era chiaro.

Rank aveva scoperto che la radice più profonda del transfert era la madre, la quale era non solo l'oggetto dei desideri incestuosi del piccolo bambino ma anche il loro primo ostacolo. Conseguentemente, ciò che veniva ripetuto nella situazione analitica era essenzialmente l'attaccamento inconscio e conflittuale alla onnipotente *imago* materna. Insomma, si era convinto che attraverso l'esperienza della separazione dall'analista si potesse efficacemente abbreviare e controllare la risoluzione della nevrosi, consentendo l'abreazione del "trauma della nascita" (Rank, 1924). Per questa via il concetto di "trauma" era tornato in prima fila nell'organizzare il modo di intendere le nevrosi, e Ferenczi ne era stato così colpito, che in una

lettera privata scrisse all'amico: "Ogni lavoro futuro deve essere basato sul punto di vista del trauma" (lettera inedita, non datata, cit. in Kramer, 1996, p. 13). Ma, come sappiamo, il proposito in esso contenuto venne realizzato soltanto nel ristretto ambito delle speculazioni biologiche di *Thalassa*, mentre venne sospeso e rimandato rispetto ad ambiti che avrebbero potuto determinare uno scontro con Freud.

Rank, che era stato il principale collaboratore di Freud nell'elaborazione della teoria del complesso di Edipo, quando iniziò a scrivere *Il trauma della nascita* (1924) non pensava certo di sostituire il "complesso nucleare" della nevrosi con qualcosa d'altro. Egli voleva semplicemente trovare una alternativa all'esagerata importanza assunta nella pratica analitica dalle idee filogeneticamente ereditate. Come disse in seguito: "Un contributo molto importante de *Il trauma della nascita* sta nel suo tentativo di sostituire le cosiddette fantasie primarie con reali esperienze vissute individuali [reale individuelle Erlebnisse]" (Rank, 1926a, p. 114). D'altra parte, nella sua lotta contro "le idee" astratte Rank si era spinto troppo oltre, dato che il trauma della nascita era più fisiologico che psichico. Come Freud ebbe modo di sottolineare, egli "aveva aperto il conto psicologico troppo presto" (lettera inedita di Freud a Rank, 27.8.1924). Negli anni tra il 1924 e il 1926 Rank riformulò il senso complessivo delle sue scoperte, giungendo a sostenere che il primo nucleo del Super-Io si formava in relazione all'"oggetto materno" molto prima del complesso di Edipo (Rank, 1926c, p.131), dato che la madre era la fonte delle prime privazioni imposte al bambino, il quale non reagiva soltanto piangendo e strillando (ossia abreagendo la rabbia verso la madre), ma anche arrendendosi alla madre frustrante. Questo comportava che la madre frustrante a cui il bambino si arrendeva veniva riconosciuta come un oggetto esterno e interiorizzata come nucleo del più tardo bisogno di punizione. Insomma, Rank aveva scoperto alcuni dei pilastri su cui sarà edificata la psicoanalisi post-freudiana: il pre-edipo e la teoria delle relazioni oggettuali (Kramer, 1996). Tuttavia, con questa riformulazione psicologica egli aveva anche abbandonato di nuovo la centralità del "trauma" come causa specifica della nevrosi.

Il punto è che, identificando la terapia con la liberazione del nevrotico adulto dalla fissazione alla madre-analista, Rank non vedeva più la necessità di una ricostruzione storica del passato. Dopo la rottura con Freud, egli accentuò ulteriormente questa impostazione fino a muovere un vigoroso attacco alla nozione di causa e a dissolvere il nesso causale tra passato e presente implicato nell'idea di una eziologia specifica della nevrosi. Egli giunse a ritenere che se la nevrosi era fissazione al passato, questo era dovuto non a una causa specifica ma al carattere angoscioso del processo di separazione. Insomma, per Rank l'angoscia aveva una natura fondamentale esistenziale e il trauma della nascita altro non era che l'espressione di una universale angoscia del vivere. Quanto alla cosiddetta "fissazione", essa era un attivo aggrapparsi al passato per sottrarsi a uno sviluppo psichico che implicava la perdita degli oggetti primari. Secondo Rank (che in questo precorreva le moderne posizioni ermeneutiche), se questa azione era disconosciuta dal soggetto era perché:

C'è una necessità umana generale di trovare cause semplici e tangibili per ogni cosa che accade, specialmente quando ciò potrebbe portare alla cura di una malattia. Nel caso delle nevrosi, inoltre, vi è un fattore in più. La ricerca di una causa specifica delle nevrosi sorge dall'atteggiamento puramente medico a considerare le nevrosi come malattie dei 'nervi'. La psicoanalisi ci ha insegnato che non sono malattie in senso medico ma solo in senso sociale. Esse corrispondono a disadattamenti e quindi il trattamento analitico non può essere una terapia causale in senso medico.

Come Freud stesso ha sempre sottolineato, è piuttosto una educazione o *rieducazione* (Rank, 1926a, p. 113).

In definitiva, per Rank l'idea di "causa" altro non era che, come si dice oggi, una "narrativa". Ferenczi, nella sua recensione del nuovo libro di Rank (1926b), scrisse che se la sua critica al fattore causale situato nel passato fosse stata vera, "avrebbe significato la bancarotta di tutti i nostri sforzi" (Ferenczi, 1927, p. 95). Diversamente da Rank, egli non solo non rinunciò all'idea di una causa posta nel passato ma dal 1929 al 1933 cercò di riorganizzare una teoria della causa specifica delle nevrosi attorno all'idea di trauma, e questo in alternativa sia alla anonima angoscia di separazione di Rank che alla nuova e ultima teoria causale di Freud, il complesso di castrazione³⁰. I problemi sollevati da Rank, il quale finì per riscoprire e porre al centro del suo approccio terapeutico il problema della volontà (Lieberman, 1985), non furono però ignorati da Ferenczi, anzi ebbero un ruolo importante nell'orientarne la successiva ricerca.

A che cosa erano dovute le continue difficoltà di pensare con coerenza al trauma psichico? Perché questo concetto, di cui pure non si riusciva a fare a meno, finiva per dissolversi ogni volta che veniva invocato? Queste difficoltà sembrano legate al salto tra il corpo e l'anima, o più precisamente tra la passività del corpo (che può rompersi sotto l'urto meccanico) e l'attività dell'anima (che è responsabile delle proprie idee e azioni morbide). Evidentemente, perché si potesse parlare di trauma psichico, si doveva postulare un regno intermedio tra il corpo e l'anima, un luogo che, pur appartenendo alla vita dell'anima, precedesse ogni attività o, viceversa, che pur essendo passivo, non appartenesse alla fisicità del corpo.

Inizialmente, Freud aveva risolto la questione con la teoria del "corpo estraneo", su cui ritornerà alla fine della sua vita descrivendo gli effetti del trauma come un insediamento straniero. Questa soluzione della "volontà estranea", che attraversa la sua intera opera con alcune variazioni su tema, imponeva una visione adultomorfa dell'area intermedia tra passività e attività, sul modello della possessione demoniaca. La passività vi era pensata come un'attività sottratta da un *homunculus* che opera, con idee proprie e pensieri pienamente formati, nella testa di qualcuno³¹.

Ferenczi, invece, ripensa a quest'area - che si dissolve nel momento stesso in cui i fenomeni che la compongono vengono assoggettati alle categorie tradizionali della passività e della attività - in termini di "amore oggettuale passivo", un concetto proposto in *Thalassa* per descrivere il primo rapporto libidico del bambino con la madre, in cui il bambino non ama ma

³⁰ Freud aveva cercato di riassorbire le obiezioni di Rank proponendo una nuova causa specifica delle nevrosi che coniugasse il trauma della separazione evidenziato da Rank con il ruolo del padre nel complesso di Edipo: il complesso di castrazione (Freud, 1925).

³¹ Era inevitabile che, prima o poi, qualcuno mettesse in discussione questo modello, come Rank, che negli anni '30 ripropone la questione della volontà, o Schafer (1976) che quarant'anni dopo riscopre "il fantasma nella macchina" e propone come rimedio una nuova metapsicologia chiamata "linguaggio dell'azione". Il problema di queste soluzioni è che, nel giusto tentativo di correggere gli errori logici di Freud, finiscono per cancellare del tutto l'area intermedia tra passività e attività che rende il trauma pensabile.

viene amato³². Michael Balint, l'allievo e continuatore di Ferenczi, ridefinirà quest'area, in cui si radica il trauma psichico, come l'area del "difetto fondamentale" (Balint, 1958, 1968), sottolineando con ciò il fatto che viene prima, e che sta in basso o sotto, così da sorreggere il resto. Gli antichi parlavano di un "piede dell'anima". Ora, per Ferenczi, è questa l'area che viene messa in gioco nella ripetizione, e il punto è che essa è così difforme dal mondo degli adulti che il pensiero verbale non la riesce né a pensare né a trattare adeguatamente. Per questa ragione egli incominciò a prospettare la terapia come una "analisi infantile sugli adulti", a non imporre al paziente regredito inutili frustrazioni, facendolo rilassare e parlandogli, in momenti particolari, come a un bambino. Attraverso i suoi esperimenti tecnici egli cercava di trovare un modo adeguato di trattare quest'area del "bambino nell'adulto" e il suo peculiare intreccio di ripetizione e riparazione.

Negli anni in cui si impone la psicologia dell'Io, Ferenczi mette a fuoco l'area che *precede la formazione delle strutture intrapsichiche*, evidenziando il ruolo dell'"amore oggettuale passivo" nella formazione di tali strutture. E negli anni in cui si inizia a sottolineare l'insaziabilità del bambino quale fondamento del trauma interno, Ferenczi propone di considerare l'ambiente umano oltre che come fonte dei dispiaceri da cui si generano le strutture psichiche, anche nella funzione di ciò che è chiamato a riparare i danni. Nel *Diario Clinico* del 1932, per esempio, egli scrive: "L'aiuto offerto dal grembo materno e da un forte abbraccio rende possibile un completo rilassamento anche dopo un trauma sconvolgente, cosicché le forze proprie della persona sconvolta [...] si possono dedicare [...] al lavoro interiore di riparazione" (Ferenczi, 1932b, p. 132). Questo è anche uno dei motivi per cui Ferenczi aveva preso le distanze dalla teoria del trauma della nascita di Rank: pur essendo indubbiamente un trauma, la nascita "non lascia dietro di sé segni sostanziali perché l'ambiente provvede, subito dopo, alla riparazione. [...] Il vero trauma dei bambini è vissuto nelle situazioni in cui non ci si preoccupa di porre immediato riparo al danno" (p. 133). E' in questa situazione, data per esempio dall'abbandono e dalla solitudine, che la personalità del bambino si scinde in una parte danneggiata e una parte che soccorre, assolvendo alle funzioni dell'oggetto edipico assente. O ancora, facendo apparire come assurde le deboli immagini mnestiche dell'evento, le autorevoli figure edipiche possono aggravare la confusione mentale e trasformare la perplessità (ossia l'incapacità tipica del bambino di pervenire a un giudizio unitario e a una salda convinzione) in una frattura permanente delle funzioni sintetiche dell'Io.

Lungi dall'essere una conseguenza meccanica dell'"urto", l'entità e la qualità del danno è sempre posta in relazione al mondo degli adulti da cui il bambino dipende, poiché il trauma comprende le reazioni del tessuto umano in cui la vittima è inserita. L'assistenza che la vittima riceve o non riceve dai suoi oggetti edipici, i quali possono essere i genitori, ma anche qualsiasi altra persona da cui la vittima si attende aiuto e protezione, non è qualche cosa di separato dal trauma, in quanto lo stesso shock ha effetti totalmente diversi a seconda di come l'ambiente umano che circonda la vittima reagisce. Non solo, ma il punto centrale della teoria di Ferenczi, quello su cui si basa la possibilità stessa della psicoterapia, è che questa risposta interiorizzata dell'ambiente umano non è qualcosa di cristallizzato una volta per tutte. Il passato non è

³² La fantasia del ritorno al ventre materno, oltre a essere al centro del *Trauma della nascita* di Rank, lo era anche di *Thalassa*, dove Ferenczi la assume come motore dello sviluppo del senso erotico della realtà, di cui l'amore oggettuale passivo è il primo stadio.

semplicemente qualcosa di concluso, su cui è stata messa la parola “fine”, e la tendenza alla ripetizione è anche questo: la continua ricerca di una riscrittura della scena iniziale.

L’obiezione in cui era incorsa la teoria ingenua del trauma psichico nel corso degli anni 1890, ossia che tra l’incidente e i sintomi si apriva il fluido mondo della psicologia, si ritrova qui ulteriormente sviluppata e posta a fondamento della nuova teoria del trauma. Anche la versione freudiana di questa obiezione, la “*Nachträglichkeit*”, si trova radicalizzata (Borgogno, 1997), perché nessun significato è mai del tutto concluso. Freud diceva che certe rappresentazioni ricevevano il loro significato solo in un secondo momento, ma il punto è che questo, lungi dall’essere l’eccezione, è la regola, dato che non esistono significati dati una volta per tutte. Rank non aveva dunque del tutto torto a negare validità alla struttura deterministica del pensiero causale freudiano. Eppure, il ritorno di Ferenczi alla teoria traumatica non è il ritorno a una visione deterministica della natura umana, né a una teoria ingenua dell’“urto” meccanico. Al contrario è il ritorno a un passato relazionale che non si è mai veramente concluso: all’attimo concitato e confuso in cui gli oggetti edipici sono chiamati a riparare il danno. Questo attimo infinito è ciò che la situazione analitica è chiamata a riprodurre e mettere in chiaro, perché “l’esito finale dell’analisi del transfert e del controtransfert può essere lo stabilirsi di un’atmosfera benevola e non passionale, quale presumibilmente era prima del trauma” (Ferenczi, 1932b, p. 78).

Una nuova comprensione dell’abuso sessuale infantile

La nuova prospettiva sulla vita mentale permise a Ferenczi di comprendere in modo nuovo anche il trauma paradigmatico della psicoanalisi, l’abuso sessuale infantile. Ci si ricorderà che per Freud “l’ultima parola” l’aveva detta Abraham (Freud, 1914a, p. 391), la cui tesi centrale era che, in molti casi, “il trauma è voluto dall’inconscio del bambino”, rappresentando perciò “una forma di attività sessuale infantile” (Abraham, 1907, p. 370). Su quale evidenza clinica si basava l’affermazione Abraham? Sul senso di colpa presente nel bambino abusato sessualmente, senso di colpa che si mostra anche nella tendenza a tacere l’evento. Perché mai, ragiona Abraham, il bambino dovrebbe sentirsi in colpa se non fosse responsabile? A riprova di ciò, egli adduce anche il fatto che “i bambini che hanno subito un trauma sessuale senza avervi in alcun modo accondisceso [...] possono esprimersi liberamente; non hanno perciò bisogno di bandire a forza le reminiscenze dell’evento dal campo della coscienza” (*ibid.*, p. 376). E’ dunque il senso di colpa che rivela l’attivo desiderio inconscio. Infine, un’ulteriore evidenza dell’esistenza di tale desiderio inconscio è data per Abraham dai sogni di angoscia così frequenti nei soggetti traumatizzati: essi sarebbero un caso di “appagamento di desiderio”, secondo la formula della prima teoria freudiana del sogno (*ibid.*, p. 381 sg.).

Nonostante il placet dato ad Abraham nel 1914, e nonostante la sua oscillante adesione alla mentalità patriarcale, risulta difficile riconoscere lo stile di pensiero di Freud in questa linea argomentativa: non era infatti una sua caratteristica dare interpretazioni letterali del senso di colpa. Inizialmente, Freud vedeva nei rimproveri mossi a se stesso l’appagamento di un desiderio; più tardi, proprio per trovare una soluzione diversa a questo tipo di problemi, modificò l’intero impianto concettuale dell’appagamento di un desiderio rimosso introducendo l’idea di pulsione di morte in *Al di là del principio di piacere* (1920). Tuttavia vi è un punto,

implicato nella argomentazione di Abraham, che rispecchia pienamente la teoria freudiana. Si tratta dell'assimilazione delle passioni dell'adulto a quelle del bambino, presupposta dalla teoria della libido nella eziologia delle nevrosi. Secondo tale teoria, un abuso sessuale in età infantile può essere patogeno unicamente in quanto consente l'irruzione e gratificazione di impulsi istintuali perversi che, grazie alla gratificazione, rimangono fissati a un livello infantile, senza poter progredire fino al desiderabile livello adulto della vita istintuale. Dunque, alla base di questa teoria, vi è l'idea che un trauma sessuale precoce corrisponda a una *completa gratificazione degli istinti* del bambino. E' contro idee di questo tipo che Ferenczi prenderà posizione. Secondo lui, la concezione della fissazione-gratificazione degli istinti era frutto di confusione. Così, nella pagina del *Diario Clinico* del 6 luglio 1932, significativamente intitolata *Proiezione delle nostre passioni o della nostra passionalità sui bambini*, Ferenczi si chiede "Le perversioni sono veramente degli infantilismi e fino a quale punto?" (Ferenczi, 1932b, p. 245), il 24 luglio intitola un paragrafo *Le perversioni non sono fissazioni ma prodotti della paura* (*ibid.*, p. 267), e il 17 agosto mette sotto accusa la teoria freudiana nella pagina intitolata *Proiezione delle proprie reali tendenze incestuose su bambini e pazienti – incomprendimento della differenza tra fantasmi infantili e loro realizzazione* (p. 309). Proprio questo è il tema del saggio che Ferenczi legge prima a Freud e poi al congresso di Wiesbaden, *Confusione delle lingue tra adulti e bambini* (1932a), il cui titolo, sovradeterminato, rimanda agli equivoci che si producono quando l'area dell'"amore oggettuale passivo" (che in questa occasione viene presentata da Ferenczi come l'area della "tenerezza") non viene riconosciuta come tale.

Anche se l'articolo di Abraham non viene menzionato, è evidente che Ferenczi imposta il suo discorso come una risposta alle idee, così influenti, che vi erano state espresse. In particolare Abraham aveva premesso al suo discorso del 1907 la distinzione dei traumi sessuali in due gruppi: quelli che colgono il bambino d'improvviso e quelli "introdotti da una seduzione o da un adescamento" (Abraham, 1907, p. 170), specificando che era solo per questo secondo gruppo che il trauma doveva essere considerato come forma di attività sessuale in quanto "voluto dall'inconscio del bambino". Ora, riprendendo questa situazione, Ferenczi ammette che nell'adulto il passaggio all'atto è scatenato dal riconoscimento nel bambino di un desiderio di essere amato, ma aggiunge anche che tale desiderio può essere letto come un desiderio di una persona sessualmente sviluppata solo in virtù di un disconoscimento della essenziale sproporzione tra condizione infantile e adulta, tra tenerezza e passione (Ferenczi 1932a). Inoltre prende posizione anche rispetto al fondamento clinico della tesi di Abraham, la questione del senso di colpa, attraverso il concetto di "identificazione con l'aggressore". Con ciò egli indica un processo di "introiezione del senso di colpa dell'adulto", grazie al quale un evento "extrapsichico diviene intrapsichico" (pp. 421-422).

Diversamente da Abraham e da Jones, Ferenczi permette di pensare al senso di colpa presente nel paziente abusato sessualmente non come il rappresentante elementare di una pulsione che l'Io responsabile deve riconoscere come propria, ma come il monumento di un evento perturbante che, venendo introiettato nell'Io, ha fatto del mondo interiore "il riflesso dell'ambiente e delle catastrofi".

Bibliografia

- ABRAHAM K. (1907). Il trauma sessuale come forma di attività sessuale infantile. In: *Opere vol. I*. Trad. it., Torino, Bollati Boringhieri, 1997, pp. 369-382.
- BALINT, M. (1958). The three areas of the mind – theoretical considerations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:328-340.
- (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistock Publications. Trad. it in: M. e E. Balint, *La regressione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1983.
- (1969). Trauma and Object Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 50:429-435.
- BONHÖFFER, K. (1911). Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? *Allg. Zeitschrift psychiat.*, 68, 371-386.
- BONOMI, C. (1994a). “Why have we ignored Freud the ‘Paediatrician’? The relevance of Freud’s paediatric training for the origins of psychoanalysis.” In A. Haynal and E. Falzeder (eds.), *100 Years of Psychoanalysis. Contributions to the History of Psychoanalysis. (Special Issue of Cahiers Psychiatriques Genevois)*. (Distributed by) London: H. Karnac (Books), pp. 55-99.
- (1994b). “Sexuality and Death” in Freud’s Discovery of Sexual Aetiology. *Int. Forum Psychoanal.*, 1994, 3:63-87.
- (1996a). Mute Correspondence. In P. Mahony, C. Bonomi, J. Stensson (ed.s), *Behind the Scenes: Freud in Correspondence*, Oslo: Scandinavian University Press, 1997, pp. 155-201.
- (1996b). Der Traum von Irma: der Körper, das Wort, die Schuld”. *Texte. Psychoanalyse, Ästhetik, Kulturkritik*, 16/4, 7-34.
- (1997). Freud and the discovery of infantile sexuality: A reassessment. In T. Dufresne (Ed.), *Freud under Analysis. History, Theory, Practice. Essays in Honor of Paul Roazen*. Northvale, N.J., & London: Jason Aronson, pp. 37-57.
- (1998a). Freud and castration: A new look into the origins of psychoanalysis. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 1998, 26/1,29-49.
- (1998b). Sigmund Freud: un neurologo tra sapere psichiatrico e sapere pediatrico del XIX secolo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXII, 1, 51-91.
- (1999). Flight into sanity. Jones’s allegation of Ferenczi’s mental deterioration reconsidered. *Int. J. Psychoanal.*, 80, 507-542.
- (2000a). La psicologizzazione del trauma (1870-1920ca), *Teoria e Prassi*, in corso di stampa.
- (2000b). Il ruolo della ideogenesi nella psicologizzazione del trauma, *Psicoterapia e Scienze Umane*, in corso di stampa.
- BORGOGNO, F. (1997). Un contributo di Ferenczi alla psicoanalisi infantile: la pensabilità del trauma e del traumatico. In: *Psicoanalisi come percorso*, Torino: Bollati Boringhieri, 1999, pp. 161-173.
- (1998). Il primo scritto di Ferenczi come biglietto di visita. In: *Psicoanalisi come percorso*, Torino: Bollati Boringhieri, 1999, pp. 174-183.
- BUNKER, A. H. (1945). “Repression” in prefreudian American psychiatry. *Psychoanal. Q.*, 14:469-477.
- CHARCOT, J. M. (1889), *Leçons du mardi à la Salpêtrière, Polyclinique, 1888-1889*. Paris : Progrès médical.

- (1890), *Oeuvres complètes. Leçons sur les Maladies du système nerveux, vol. III*, Paris: Lecroisnier et Babè.
- DUPONT, J. (1989). La relation Freud-Ferenczi à la lumière de leur correspondance. *Revue Int. Hist. Psychanal.*, 2:181-200.
- ELLENBERGER, H. (1970). *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Trad. italiana, Torino: Boringhieri, 1976.
- ERICHSEN, J. E. (1866). *On railway and other injuries of the nervous system*. London.
- FALZEDER, E. (1996). Dreaming of Freud: Ferenczi, Freud, and an analysis without end. *Int. Forum Psychoanal.*, 5:265-270.
- FENICHEL, O (1937). The Concept of Trauma in Contemporary Psycho-Analytical Theory. Engl. transl., *Int. J. Psycho-Anal.*, 1945, 26:33-44.
- FERENCZI, S. (1908). Le nevrosi alla luce dell'insegnamento freudiano e la psicoanalisi. *Opere vol. I, 1908-1912*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989, pp. 4-21.
- (1916). Due tipi di nevrosi di guerra (isteria). *Opere vol. II, 1913-1919*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1990, pp. 219-233.
- (1917a). Le patonevrosi. *Opere vol. II, 1913-1919*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1990, pp. 249-258.
- (1917b). Conseguenze psichiche della "castrazione" di un bambino. *Opere vol. II, 1913-1919*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1990, pp. 259-263.
- (1924). Thalassa. Saggio sulla teoria della genitalità. *Opere vol. III, 1919-1926*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1992, pp. 230-302.
- (1927). Review of Technik Der Psychoanalyse: I. Die Analytische Situation by Dr. Otto Rank. *Int. J. Psycho-Anal.*, 8:93-100.
- (1929). Principio di distensione e neocatarsi. *Fondamenti di Psicoanalisi Volume III. Ulteriori contributi (1908-1933)*. Rimini: Guaraldi Editore, 1974, pp. 378-396.
- (1932a). Confusione delle lingue tra il bambino e gli adulti. *Fondamenti di Psicoanalisi Volume III. Ulteriori contributi (1908-1933)*. Rimini: Guaraldi Editore, 1974, pp. 415-427.
- (1932b [1985]). *Diario clinico. Gennaio-ottobre 1932*. A cura di J. Dupont, trad. it., Milano: Raffaello Cortina Editore, 1988.
- FERENCZI, S. e RANK, O. (1924). *The Development of Psychoanalysis*, Madison, CT: Int. Univ. Press, 1986.
- FISHER-HOMBERGER, E. (1975). *Die Traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden*. Bern: Hans Huber.
- FLIESS, R. (1935). Review of: Allgemeine Neurosenlehre Auf Psychoanalytischer Grundlage. Mit Einem Geleitwort Von Prof. Sigm. Freud. *Psychoanal. Q.*, 4:514-527.
- FOSSI, G. (1981). *Fantasia e onnipotenza. La Teoria psicoanalitica dell'immaginario*. Torino: Boringhieri.
- FREUD, S. (1893). Meccanismo psichico dei fenomeni isterici. *Opere 2*, Torino: Boringhieri, 1968, pp. 89-100.
- (1894). Le neuropsicosi da difesa. *Opere 2*, Torino: Boringhieri, 1968, pp. 121-134.
- (1895). Progetto di una psicologia. *Opere 2*, Torino: Boringhieri, 1968, pp. 201-284.
- (1896a). L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi. *Opere 2*, Torino: Boringhieri, 1968, pp. 289-302.

- (1896b). Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa. *Opere 2*, Torino: Boringhieri, 1968, pp. 307-327.
- (1896c). Etiologia dell'isteria. *Opere 2*, Torino: Boringhieri, 1968, pp. 333-360.
- (1898). Meccanismo psichico della dimenticanza. *Opere 2*, Torino: Boringhieri, 1968, pp. 423-430.
- (1899). Ricordi di copertura. *Opere 2*, Torino: Boringhieri, 1968, pp. 435-453.
- (1905a). Tre saggi sulla teoria sessuale. *Opere 4*, Torino: Boringhieri, 1970, pp. 447-546.
- (1905b). Le mie opinioni sul ruolo della sessualità nell'etiologia delle nevrosi. *Opere 5*, Torino: Boringhieri, 1972, pp. 217-225.
- (1914a). Per la storia del movimento psicoanalitico. *Opere 7*, Torino: Boringhieri, 1975, pp. 381-438.
- (1914b). Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi). *Opere 7*, Torino: Boringhieri, 1975, pp. 487-593.
- (1915-17). Introduzione alla psicoanalisi. *Opere 8*, Torino: Boringhieri, 1976, pp. 199-611.
- (1920). Al di là del principio di piacere. *Opere 9*, Torino: Boringhieri, 1977, pp. 193-249.
- (1925). Inibizione, sintomo e angoscia. *Opere 10*, Torino: Boringhieri, 1978, pp. 233-317.
- (1934-38). L'uomo Mosé e la religione monoteistica: tre saggi. *Opere 11*, Torino: Boringhieri, 1979, pp. 337-453.
- (1985). *Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904*. A cura di J.M. Masson, trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1986.
- FREUD, S. e BREUER, J. (1892-1895), *Studi sull'isteria*. *Opere*, vol. 1, Torino: Boringhieri, 1967.
- GAUPP, R. (1898). Zur Kritik der Verwendung des Begriffs "Trauma" in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. *Centralbl. Nervenheilk. Psychiat.*, 21 [N.F. 9], 388-393.
- GENOVÉS CANDIOTI, A., MARTIN CABRÉ, L. (1996). The Brunhilde fantasy. Freud's countertransference in the analysis of Elma. In P. Mahony, C. Bonomi, J. Stensson (ed.s), *Behind the Scenes: Freud in Correspondence*, Oslo: Scandinavian University Press, 1997, pp. 203-223.
- GLOVER, E. (1933). The Relation of Perversion-Formation to the Development of Reality-Sense. *Int. J. Psycho-Anal.*, 14:486-504.
- HACKING, I. (1995). *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*. Trad. italiana, Milano: Feltrinelli, 1996.
- HAYNAL, A. (1987). Freud, Ferenczi, Balint e la questione della tecnica. Trad. it. Torino: Centro Scientifico Editore.
- (1993). Ferenczi and the origins of psychoanalytic technique. In: L. Aron e A. Harris (eds.), *The Legacy of Sandor Ferenczi*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, pp. 53-74.
- HEALY, D. (1993). *Images of trauma. From hysteria to post-traumatic stress disorder*, London & Boston: Faber & Faber.
- JANET, P. (1889). L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Félix Alcan (riproduzione: Éditions Odile Jacob, 1998).

- JANET, P. (1893-94). Quelques définitions récentes de l'hystérie. *Arch.s Neurol.* Paris, 25:417-438 (1893); 26:1-29 (1894).
- JOLLY, F. (1892). Über Hysterie bei Kindern. *Berliner Klinische Wöchenschrift*, 29/ 34:841-845.
- JONES, E. (1953). *Vita e opere di Freud. I. Gli anni della formazione e le grandi scoperte (1856-1900)*. Trad. it., Milano: Garzanti, 1977.
- (1957). *Vita e opere di Freud. III. L'ultima fase (1919-1939)*. Trad. it., Milano: Garzanti, 1977.
- KRAMER, R. (1996). Insights and blindnes: Visions of Rank. In: *A Psychology of Difference. The American Lectures*, edited by R. Kramer, Pinceton NJ: Princeton Univerity Press, 1996, pp. 3-47.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari, Laterza, 1973.
- LERNER P., MICALE M. (a cura di). *Trauma, Psychiatry and History: A Conceptual and Historiographical Introduction* Cambridge University Press, New York, manoscritto in via di pubblicazione.
- LIEBERMAN, E. J. (1985). *Acts of Will. The Life and Work of Otto Rank*. Amherst: University of Massachusetts Press, 1993.
- MARAVALL, J.A. (1985). *La cultura del barocco*. Trad. it., Bologna, Il Mulino, 1985.
- MASSON, J.M. (1984). *Assalto alla verità. La rinuncia di Freud alla teoria della seduzione*. Trad. it., Milano: Mondadori, 1984.
- MACMILLAN, M. (1997 [1991]). *Freud Evaluated: The Completed Arc*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- MESZAROS, J. (1993). Ferenczi's preanalytic period embedded in the cultural streams of the Fin de Siècle. In: L. Aron, A. Harris (eds.), *The Legacy of Sandor Ferenczi*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, pp. 41-51.
- MÖBIUS, P.J. (1888). Über den Begriff der Hysterie. *Centralbl. Nervenheilk.*, 2:66-71.
- NEU, J. (1973). Fantasy and memory: The aetiological role of thoughts according to Freud. *Int. J. Psycho-Anal.*, 54: 383-398.
- NUNBERG H. (1932). *Allgemeine Neurosenlehre Auf Psychoanalytischer Grundlage*. Bern-Berlin: Verlag Hans Huber.
- OPPENHEIM, H. (1888). Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen welche sich nach Erschutterung des Rückenmarkes, insbesondere Eisenbahn unfällen, entwickeln? *Berl. Klin. Wschr.*, 25:166-170.
- (1889). *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*. Berlin: Hirschwald.
- PAGE, H.W. (1883). *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock in their surgical and medico-legal aspects*, London: Churchill.
- RAND, N. e TOROK, M. (1995). La notion de réalité psychique t ses pièges: oscillations entre "réalité" et "fantasme". In: *Questions à Freud*. Paris: Les Belles Lettres, pp. 35-60.
- RANK, O. (1924). *Il trauma della nascita*. Trad. it., Rimini: Guaraldi, 1972.
- (1926a). The problem of the etiology of the neurosis. In: *A Psychology of Difference. The American Lectures*, edited by R. Kramer, Pinceton NJ: Princeton Univerity Press, 1996, pp. 112-115.

- (1926b). *Technik Der Psychoanalyse I. Die Analytische Situation*. Leipzig und Vienna: Franz Deuticke.
- (1927c). The genesis of the guilt-feeling. In: *A Psychology of Difference. The American Lectures*, edited by R. Kramer, Pinceton NJ: Princeton Univerity Press, 1996, pp. 131-139.
- REICHARDT, M. (1922). Der gegenwärtige Stand der Lehre von den traumatischen Neurosen. *Zeitschr. Bahn-und Bahnkassenärzte*, 17:6-13.
- ROAZEN, P. (1999). Freud in perspective: the problem of seduction. In: L. King (ed.). *Committed uncertainty in Psychotherapy: Essays in Honor of Peter Lomas*. London: Whurr, pp. 108-119.
- SCHAFER, R. (1976). *A New Language for Psychoanalysis*. New Haven and London: Yale University Press.
- SHORTER, E. (1992). *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'Ottocento a oggi*. Trad. italiana, Milano: Feltrinelli, 1993.
- SOMMER, R. (1894). *Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende*. Wien & Leipzig.
- STRACHEY, J. (1931). The Function of the Precipitating Factor in the Aetiology of the Neuroses: A Historical Note. *Int. J. Psycho-Anal.*, 12:326-330.
- STRÜMPPELL, A. (1884). *Über die Ursachen der Erkrankungen des Nerven systems*. Leipzig.
- (1892). *Über die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen*. Erlangen: Junge.
- (1893). Über die traumatischen Neurosen. *Verhandl. Des Congress für Innere Medizin, Wiesbaden 1893, Bd. 12*, pp. 83-98.
- (1895). Über di Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken. *Praktische Bemerkungen. Münch. Med. Wschr.*, 42:1137-1140, 1165-1168.
- SULLOWAY, F.J. (1979). *Freud biologo della psiche*. Trad. it., Milano: Feltrinelli, 1982.
- TRIMBLE, M. (1981). *Post-traumatic Neurosis: From Railway Spine to Whiplash*. New York: Wiley & Sons.
- WÄLDER, R. (1937). The problem of the genesis of psychical conflict in earliest Infancy—remarks on a paper by Joan Riviere. *Int. J. Psycho-Anal.*, 18:406-473.