

Capitolo 10

La psicopatologia da Pinel alla psicoanalisi

Anche oggi molti confondono l'ambito della psicologia con quello della psichiatria. Ciò è forse dovuto in parte all'uso di espressioni quali "malattia mentale" e "disordine mentale" con cui viene indicato il gruppo di malattie trattato dagli psichiatri e in parte all'influsso della scuola freudiana, la quale descrive tali disordini in termini puramente psicologici, generalizzando la propria teoria in modo da ottenere una psicologia sistematica intesa a spiegare tutto il comportamento dell'uomo.

La storia delle ricerche e delle terapie relative alla "malattia mentale" è una storia strana e per taluni aspetti sfortunata. Dato che questo campo di studi ha influito sullo sviluppo della psicologia, finendo per coincidere in parte con essa, è necessario accennare per sommi capi a quello che è la psicologia medica.

Alla fine del Settecento la psicologia medica era assai indietro rispetto a quella accademica. Ancora nel 1775 una donna accusata di stregoneria era stata giustiziata in Baviera e la convinzione che gli alienati fossero posseduti da spiriti maligni appariva ancora profondamente radicata in talune parti d'Europa. I malati mentali costituivano in genere mero oggetto di paura e disgusto e venivano rinchiusi in ricoveri simili a prigioni in cui erano alla mercé di sorveglianti brutali e ignoranti. Solo nel finire del diciottesimo secolo menti illuminate presero l'iniziativa di riformare i manicomi e di assicurare ai ricoverati un trattamento decente. Esquirol, uno dei pionieri della riforma in Francia, ci ha lasciato una descrizione di tipico, nudi e mal nutriti, i ricoverati dormivano sulla paglia in locali scarsamente illuminati e insufficientemente aerati assai simili alle celle di una prigione; quelli poi che soffrivano di disturbi più gravi venivano di frequente incatenati. In Inghilterra gli alienati mentali venivano addirittura spesso esibiti in pubblico come animali per il divertimento della gente.

La prima misura per cambiare tali condizioni di vita consistette semplicemente nel dare ai ricoverati nei manicomi un trattamento umano e decente. Tale iniziativa venne presa simultaneamente in Inghilterra e in Francia. La morte in circostanze misteriose di una nobile quacchera nel manicomio di York indusse la Società degli Amici di York a costruire un ospedale destinato al trattamento di quelli che normalmente venivano internati negli asili. Lo York Retreat divenne così un manicomio modello, in cui il trattamento era basato sulla cortesia e sulla comprensione e in cui, ospitati in locali puliti e aerati, i pazienti ricevevano cibo buono e potevano esercitarsi in un ambiente gradevole. I miglioramenti riscontrati nelle condizioni mentali di molti pazienti e la guarigione di taluni di essi, unitamente al fatto che nessuno di essi ebbe a soffrire di tale trattamento, fecero grande impressione.

Nel 1815 la Camera dei Comuni incaricò un comitato di studiare le condizioni degli internati nei manicomi e il rapporto steso senza mezzi termini da tale comitato portò alla luce uno stato di cose terribile. Vennero in conseguenza prese le prime iniziative per una riforma. Quasi tutta la prima metà dell'Ottocento venne impiegata nella costruzione di nuovi ricoveri, in cui i pazienti vennero trattati — se non sempre con profonda penetrazione terapeutica — almeno umanamente.

Philippe Pinel

In Francia la riforma portò a risultati che non si limitarono a prese di posizione umanitarie contro la crudeltà e il sudiciume. Uno dei grandi riformatori, Philippe Pinel

(1745-1826), fu altresì più grandi psichiatri. Dopo aver studiato matematica a Toulouse, Pina si laureò in medicina a Montpellier e nel 1778 si trasferì a Parigi. Il suo interesse per le malattie mentali è però posteriore al 1785.

Incaricato nel 1793 della direzione del ricovero di Bicêtre, Pina decise immediatamente di abolire i ceppi e le catene e di dare ai pazienti la massima libertà possibile, cibo sano e lavori non pesanti. Nonostante i sospetti del Comune di Parigi (che stava ancora combattendo per la propria sicurezza) riuscì ad attuare la riforma e i risultati soddisfacenti ottenuti lo indussero a introdurre altre riforme. Il principio apparentemente ovvio su cui Pina si basava era che i suoi pazienti erano dei malati e che, nella misura possibile, occorreva riportarli in condizioni di salute normali. Li studiò pertanto in maniera sistematica, annotando i risultati delle sue visite giornaliere e ottenendo in tal modo quella che può essere definita la prima raccolta di "casi clinici". Affidò inoltre il compito di raccogliere le informazioni di cui aveva bisogno a taluni dei suoi collaboratori più fidati, da lui appositamente istruiti, e ben presto dispose così d'un materiale abbastanza vasto su cui riflettere.

Nel 1795 venne trasferito al ricovero della Salpêtrière (così chiamato perché sede in precedenza di una fabbrica di minino — in francese *salpêtre* — che aveva sopperito ai bisogni di polvere da sparo dell'esercito). Anche qui provvide a riorganizzare su basi umanitarie il trattamento dei pazienti. A trasformare la psichiatria fu la sua opera di direttore di ospedali: si occupava di tutti i dettagli, dalla disposizione dei vani alle incombenze e alla sorveglianza del personale, al regime alimentare, ai lavori e agli esercizi che i pazienti dovevano svolgere a scopo terapeutico. I ricoverati agitati e violenti vennero segregati dai malinconici e da quelli tranquilli, gli idioti da tutti gli altri. Le stanze venivano tenute pulite, erano luminose e calde. Tutti i pazienti ricevevano cibo nutriente e la loro salute fisica era oggetto di particolari attenzioni. Venivano inoltre incoraggiati a lavorare, o all'aperto quali addetti al giardinaggio o in apposite officine in cui si dedicavano alla fabbricazione di ceste o ad altri mestieri. La vita di ogni paziente veniva così organizzata in modo da risultare nella misura del possibile assai simile a una vita normale e utile. Tutto il personale ospedaliero veniva preparato ai fini di un trattamento adeguato, tanto dal punto di vista umano quanto da quello medico, dei ricoverati. Tutte le attività svolte nell'ospedale vennero in tal modo subordinate all'intento di *trattare* e alleviare e, nella misura del possibile, guarire i disturbi mentali dei ricoverati. Diversamente da quella dei manicomi dei periodi precedenti, la direzione degli ospedali venne affidata a medici, non a un "governatore" o "custode". L'ospedale non doveva essere un ricovero di alienati irricuperabili e molesti, ma un ambiente propizio alla guarigione. Pina si oppose a trattamenti primitivi quali i salassi, le immersioni nell'acqua fredda e l'uso indiscriminato di farmaci. La sua terapia poggiava sulla gentilezza e sul buon senso e mirava a rieducare i malati in modo da consentir loro di svolgere attività normali. Per molti aspetti l'opera di Pina precorse quella di psichiatri assai vicini a noi nel tempo e molti dei principi su cui poggiano l'organizzazione e la direzione degli ospedali moderni più progrediti hanno la loro origine diretta nelle sue riforme e nei suoi esperimenti.

Pina pose del pari i fondamenti di una nuova concezione della psichiatria. Nel suo trattato sulla malattia mentale (1801) accordò ai fattori psicologici un posto di primo piano fra le cause più rilevanti dei disordini mentali. Le reazioni emotive d'un paziente risultano spesso perturbate e anormali prima che la malattia si manifesti nelle sue forme più appariscenti. Gli influssi dell'ambiente, quali un'educazione errata

o un modo di vita irregolare, contribuiscono all'insorgere del disordine mentale. Un altro fattore causale può essere costituito da gravi lesioni alla testa, da febbri e da altre manifestazioni morbose gravi. I sintomi più rilevanti sono costituiti però da disordini nel modo di reagire emotivo. I pazienti sono in preda a collere o a timori incontrollati o non riescono a far fronte al proprio dolore o rimorso. I conflitti fra passioni rappresentano la norma, In taluni casi (negli stati demenziali) anche la percezione dell'ambiente e i processi del pensiero vengono ad essere alterati. Pinel incluse quindi fra le cause del disordine mentale fattori tanto fisici quanto ambientali e insistette sulla necessità d'un trattamento a un tempo psicologico e fisico.

Semplici e prive di sottigliezze, le sue idee misero in chiaro agli inizi dell'Ottocento che la pazzia e i disordini a essa correlati sono malattie al pari delle altre e che le cause di queste torbe mentali e comportamentali vanno cercate in fattori organici e in tensioni nocive provocate dalle condizioni ambientali. Per alleviare o curare tali torbe occorrono quindi un trattamento medico e un'apposita sorveglianza ospedaliera. Le tesi di Pinel portarono a un cambiamento rivoluzionario: la pazzia cessò di essere oggetto della competenza esclusiva dell'amministrazione preposta alle prigioni per trasformarsi in campo di studio della medicina scientifica. Pinel fu quindi anche fra i primi a sostenere che — oltre a svolgere una sua funzione nello studio della pazzia — la psicologia può trarre dall'osservazione sistematica del comportamento abnorme insegnamenti circa la natura umana. L'anomalia cessò di venir semplicemente identificata con la perversione morale o con la criminalità; non era che una malattia, le cui cause dovevano essere studiate oggettivamente e con umana comprensione.

Fra i meriti di Pinel dobbiamo annoverare anche la preparazione di una serie di giovani che, dopo essersi impadroniti dei metodi della psicologia medica, portarono validamente avanti la tradizione da lui inaugurata nel campo della psichiatria. Attento osservatore, Jean Esquirol (1772-1840), forse il più celebre fra i suoi allievi, basò le proprie osservazioni su un numero grandissimo di casi. Tra i primi a trattare i dati clinici statisticamente, sostenne che 409 soggetti di sesso maschile (su un totale di 1500) e 580 soggetti di sesso femminile (su un totale di 1940) avevano contratto infermità mentali in conseguenza di tensioni psichiche. Classificò i fattori che a suo avviso costituivano le cause più frequenti di tali malattie (quali le preoccupazioni finanziarie, le delusioni amorose, la perdita delle persone care) e cercò di correlarli a sintomi caratteristici. Fu il primo a designare con il termine "allucinazione" il prodotto del disturbo cerebrale in virtù del quale il malato vede o ode quello che non c'è. Gli stati depressivi vennero da lui inclusi in una categoria a parte. La sua attività di riformatore degli ospedali e la diffusione da lui data tramite l'insegnamento a metodi clinici progrediti consolidarono in Francia e in Europa le fondamentali poste da Pinel. Oltre a dar vita a ospedali destinati all'applicazione del trattamento medico-umano, Esquirol riuscì a far approvare leggi intese a salvaguardare i diritti degli infermi di mente.

Fino alla metà dell'Ottocento e oltre, l'attività di una serie di abili discepoli conferì in tal modo alla psichiatria francese una posizione di indiscusso primato. L'opera degli psichiatri francesi consistette in questo periodo soprattutto in un miglioramento delle condizioni degli internati negli ospedali, in osservazioni sistematiche e in analisi statistiche dei dati clinici, in tentativi di scoprire le cause organiche delle torbe mentali. Sfortunatamente la fisiologia non era ancora in condizione di poter giovare al conseguimento di quest'ultimo scopo. Quello delle cause della malattia mentale rimase pertanto un settore fra i meno chiariti e oggetto delle più avventate congetture. Fino al 1850 gli psichiatri si dedicarono quasi esclusivamente al consolidamento e alla diffusione dei metodi di studio e di cura introdotti da Pinel ed Esquirol in Francia e da Tuke in Inghilterra.

Morel e la degenerazione

In assenza di progressi della fisiologia, varie teorie tutt'altro che indiscutibili circa la malattia mentale ostacolarono in misura notevole i progressi della psichiatria facendone una sorta di Cenerentola della scienza medica. Apparentemente confermata dalle ipotesi darwiniane, una soprattutto fra tali teorie ebbe grande notorietà (per oltre settant'anni): quella — proposta da B. A. Morel (1809-73) — della degenerazione. "Le degenerazioni costituiscono deviazioni dal tipo umano normale suscettibili di trasmissione ereditaria e di progressivo deterioramento tendente all'estinzione." Nel suo *Traité de dégénérescences* [Trattato delle degenerazioni] (1857), Morel sostenne che, se prescindiamo da variazioni sfavorevoli, la comparsa di una degenerazione in un individuo può dipendere anche dall'intossicazione da alcool, dalla malaria, da avvelenamenti dovuti al cibo e dalla corruzione sociale. Questi fattori produrrebbero nella prima generazione una "disposizione nervosa", nella successiva quella che oggi chiameremmo una "nevrosi", nella terza la disgregazione psichica, nella quarta l'idiozia.

La teoria pessimistica di Morel venne riconosciuta valida da numerosi psichiatri e i loro ospedali si riempirono di pazienti cronici che non si sapeva come curare; la malattia mentale veniva considerata una forma di regresso. Per diversi decenni l'ipotesi della degenerazione sembrò inconfutabile; i criminali e gli uomini di genio venivano classificati come degenerati di tipo diverso: i geni creavano opere socialmente accettabili, i criminali erano invece autori di comportamenti socialmente non tollerati; quanto ai malati di mente e ai nevrotici, essi rientravano in una categoria intermedia. La totale infondatezza dell'ipotesi della degenerazione poté venir dimostrata soltanto dopo il 1900, ossia dopo che le ricerche di Mendel nel campo della genetica cominciarono ad essere ampiamente conosciute. Negli scritti da lui pubblicati fra il 1920 e il 1930, lo stesso Pierre Janet mostrò di subirne ancora l'influsso. Questa teoria ostacolò tanto la ricerca delle cause delle malattie mentali quanto i tentativi di migliorare ulteriormente il trattamento dei malati. Si deve in gran parte a essa se agli inizi del nostro secolo la psichiatria non era riuscita a progredire in misura rilevante rispetto all'opera pionieristica di Pinel.

La psichiatria in Germania: Griesinger e Kraepelin

Si ebbe tuttavia, soprattutto a opera della psichiatria tedesca, qualche classificazione sistematica dei dati clinici. Wilhelm Griesinger (1817-69) considerò fattori essenziali di ogni malattia mentale il cervello e le sue manifestazioni morbose, sostenendo che le reazioni psicologiche possono costituire l'espressione palese di azioni riflesse che hanno luogo nel cervello. Pur dichiarandosi incapace di provare tale tesi, la propose in fanno di criterio metodologico, al fine cioè di rilevare che un eccesso di attenzione accordata alla descrizione e alla classificazione psicologiche può essere superfluo in medicina. Griesinger fornì comunque delle descrizioni rigorose delle malattie mentali, riuscendo in tal modo a dimostrare che turbe caratteristiche dell'umore, dell'attività motoria, del pensiero logico sono comuni a casi altrimenti caratterizzati da differenze individuali considerevoli. Allo stesso modo in cui un "mal di testa" può essere il sintomo di moltissime malattie diverse (dal tumore all'influenza), una depressione o un accesso maniacale può costituire il risultato di questo o quel tipo di infermità del cervello (lesione, avvelenamento del tessuto ecc.).

La classificazione delle turbe mentali in base ai sintomi era perciò assolutamente illusoria: per Griesinger la chiave di ogni "disordine mentale" andava cercata in una lesione o in una malattia del cervello o del sistema nervoso. Le analogie fra persone sane e persone affette da malattia mentale sono numerose. Se intossicata, una persona normale parla e agisce speso come una persona mentalmente inferma; non

diversamente che in talune forme di mania, nei sogni l'appagamento di desideri rimasti allo stato di desideri si proietta in forme indirette, simboliche. Siffatte reazioni hanno probabilmente delle cause fisiche; sotto l'azione dell'alcool o nello stato di sonno il cervello agisce cioè libero da talune inibizioni. Anche se le sue tesi non vennero universalmente accettate, con Griesinger ebbe inizio una moda consistente nel formulare — con riferimento alle turbe mentali — teorie circa la fisiologia del cervello.

Tali congetture furono tuttavia purtroppo di scarsa utilità nella diagnosi e nel trattamento; non fornirono inoltre alcuna reale spiegazione. "Mitologia del cervello" e "anatomia speculativa" erano le espressioni con cui i fisiologi solevano definire gran parte delle ricerche psichiatriche di questo periodo.

Oltre a Griesinger, merita tuttavia di venir segnalato, per i suoi contributi tutt'altro che insignificanti, Emil Kraepelin (1856,926). Titolare della cattedra di psichiatria prima a Heidelberg, poi a Monaco di Baviera, Kraepelin pose le basi della moderna psichiatria descrittiva. Considerò proprio scopo rendere la psichiatria rigorosamente scientifica e attenersi a quelli che da lui venivano considerati i metodi delle scienze biologiche.

Studiò a tal fine migliaia di storie di casi, raccogliendo personalmente il materiale di cui aveva bisogno in India, a Giava, nel Messico e negli Stati Uniti. Non aveva alcun interesse per i sintomi in quanto tali. Un quadro clinico esauriente della malattia doveva a suo avviso comportare una storia del paziente relativa al periodo anteriore all'insorgere del morbo e ricerche ulteriori dopo il suo congedo dall'ospedale. Kraepelin intendeva in tal modo conoscere l'andamento della malattia dalle sue origini oscure (alle sue ultime manifestazioni) se gli "attacchi" erano più di uno.

Non diversamente da Griesinger, Kraepelin pensava che i sintomi potessero costituire il risultato di una molteplicità di cause e che pertanto ciò che occorreva studiare era la configurazione degli eventi nell'ambito di ogni singolo caso. Si propose quindi di scoprire le leggi che governano i "quadri" clinici tipici e, pur avendo studiato molto da vicino i casi singoli, considerò oggetto principale della sua ricerca non tali casi singoli ma — al fine di poter definire categorie cliniche o "sindromi" — l'analisi statistica d'un gran numero di casi affini. Le sue osservazioni, le sue tabelle statistiche e le sue analisi lo indussero a postulare due psicosi fondamentali: la demenza precoce e la psicosi maniaco-depressiva. Kraepelin considerò la demenza precoce una malattia causata da fattori interni (probabilmente da qualche forma di disfunzione metabolica) e destinata a portare a un'incapacità permanente e a un deterioramento accentuato. La psicosi maniaco-depressiva era caratterizzata da sbalzi di umore (dall'euforia alla depressione) intercalati da periodi di normalità. I malati potevano guarire; la causa di questo tipo di psicosi venne da Kraepelin individuata nei fattori esterni.

Kraepelin attribuì grande importanza all'esito finale del decorso morboso e — cosa assai discutibile — ricondusse la diagnosi ai termini forniti dai dati prognostici. Se l'esito della malattia era quello previsto, la diagnosi risultava cioè in base a tale criterio confermata. Ciò costituì un ostacolo per lo sviluppo della psichiatria; il concetto di "prognosi favorevole" ne risultò infatti potenziato: se quindi veniva diagnosticato un caso di demenza precoce, non ci si aspettava che potesse guarire. A peggiorare le cose contribuiva del pari l'imprecisione delle categorie cliniche di Kraepelin. Egli ammise che il 3 per cento dei suoi pazienti affetti da demenza precoce erano guariti del tutto. Se però tale malattia comporta quale proprio esito un deterioramento (in senso assoluto), cosa dobbiamo pensare di tali eccezioni? Anche il gruppo dei "paranoidi" che Kraepelin fu costretto ad ammettere, manifestava sbalzi d'umore e di quando in quando anche un deterioramento verso uno stato dissociato.

Di fatto Kraepelin cercò semplicemente di dare una sistemazione alle idee sparse dei

suoi predecessori. L'espressione "demenza precoce" era stata coniata da Morel nel 1860 e numerosi psichiatri avevano in precedenza descritto i sintomi e il decorso di questa infermità nei termini usati poi da Kraepelin. La sua classificazione delle psicosi in due gruppi principali continua a venir considerata valida nella psichiatria descrittiva, anche se in tempi a noi più recenti le suddivisioni di tali gruppi hanno accresciuto la complessità del quadro clinico della malattia mentale. Scopo principale del sistema di Kraepelin fu di dimostrare non soltanto che le malattie mentali erano malattie alla stessa stregua della tubercolosi e del colera, ma che potevano parimenti costituire l'oggetto d'un ramo della scienza medica. L'opera di Kraepelin contribuì a rendere più intima la correlazione fra psichiatria e medicina. La sua esposizione sistematica costituì un tentativo di dimostrare che non diversamente da qualsiasi altra malattia nota, l'infermità mentale comporta un proprio andamento tipico. Essa doveva pertanto costituire il risultato d'una disfunzione organica (relativa ad esempio al metabolismo, alle condizioni endocrine, a un'intossicazione e così via). La medicina ortodossa poteva quindi incorporare la psichiatria, caratterizzata in precedenza in misura predominante dalle riforme introdotte negli ospedali e dall'organizzazione dei medesimi.

Questa idea generale costituisce la sostanza di quello che è il credo di molti psichiatri dei nostri giorni (di quelli cioè che appartengono alle scuole della "psichiatria clinica ortodossa"), per grandi che possano esserne le divergenze quanto al rimanente. Essi ritengono cioè che un giorno una conoscenza più approfondita della fisiologia del cervello, della genetica e della biochimica del sistema nervoso consentirà ai dottori di curare le torbe mentali attraverso il ricorso a forme ortodosse di trattamento medico, quali la somministrazione di farmaci, di trattamenti elettrici e forse la neurochirurgia. Fino allora i pazienti seriamente ammalati possono trovare in ospedali ben organizzati le cure suscettibili di renderne le condizioni quanto più tollerabili possibile.

Che la classificazione sistematica delle malattie mentali costituisse nell'opera di Kraepelin soltanto un compendio degli studi più importanti intrapresi nel diciannovesimo secolo risulta con chiarezza dall'intera serie di modifiche, apportate ininterrottamente alla classificazione, alla sintomatologia e all'eziologia delle turbe mentali.

L'intero concetto di demenza precoce venne sottoposto a rettifiche fondamentali da Eugen Bleuler (1857-1939), il quale con il termine "schizofrenia" denotò non tanto un tipo d'infermità nettamente individuabile quanto piuttosto un intero gruppo di reazioni psicotiche, distinguendo fra tipi diversi di torbe schizofreniche. Nella sua monografia *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* [La demenza precoce, o il gruppo delle schizofrenie] (1911), considerata a tutt'oggi un classico della letteratura psichiatrica, Bleuler caratterizzò questo gruppo di reazioni psicotiche in termini di alterazioni prevalentemente delle capacità conoscitive. Il paziente non è più capace di produrre un pensiero organizzato ed orientato all'esterno; il suo pensiero è invece bizzarro e inconcludente, incentrato sulla produzione di fantasticherie (pensiero autistico) e frantumato in reazioni emotive perturbate. Lo schizofrenico inoltre non è più capace di alcun tipo di contatto con l'ambiente: non risponde più cioè alle stimolazioni tramite le normali forme del comportamento adattivo. Oltre quindi che a una disintegrazione di funzioni specifiche (pensiero, affettività ecc.) la schizofrenia porta a una sconnessione di tutte le funzioni che di norma risultano reciprocamente correlate nel comportamento. La personalità viene in tal modo a "scindersi" in numerose reazioni prive di nesso reciproco e disorganizzate. La categoria della "demenza precoce" ingloba quindi un'estesa varietà di casi singoli le cui origini e i cui Tale rilievo accordato alle differenze individuali era stato più o meno ignorato da Kraepelin, il

quale si era invece in primo luogo occupato delle analisi statistiche di campioni consistenti di malati e della possibilità di conseguire, in merito ai singoli morbi, delle generalizzazioni.

Formatosi a Zurigo ed emigrato negli Stati Uniti nel 1892, Adolf Meyer (1866-1950) insegnò psichiatria alla Cornell University e alla Johns Hopkins University (1910-41). Mise in rilievo, forse in maniera troppo esclusiva, l'aspetto individuale riscontrabile in ogni singolo caso; contribuì però in tal modo a rettificare utilmente lo schema di Kraepelin e la sua opera di clinico e di docente ebbe grande risonanza. Considerava ogni paziente in quanto individuo, vale a dire non semplicemente come caso contraddistinto da sintomi specifici, e accordava particolare importanza alle attività del paziente nel loro insieme. Ogni caso richiedeva quindi uno studio particolareggiato di ogni storia individuale non meno che un'analisi approfondita dei fattori fisici, psicodinamici e ambientali; ciò che occorreva compiere era di fatto uno studio psicobiologico d'ogni individuo singolo. Meyer respinse la possibilità di definire in modo netto e classificatorio la malattia. Due delle massime cui si attenne costantemente nei suoi studi furono il carattere unitario delle reazioni fisiche e mentali e l'unicità di ogni individuo in quanto tale. Ciò non gli impedì di sistematizzare i risultati ottenuti e di classificare le diverse reazioni psicopatologiche a seconda della frequenza del loro associarsi nei casi singoli. Meyer si allontanò comunque in maniera radicale dalla rigidità sistematica e in qualche misura schematica del modo in cui la malattia era stata intesa da Kraepelin. Per quanto concerne quindi il loro modo di considerare i sintomi e le sindromi, i trattati di psichiatria possono idealmente venir disposti entro un intervallo compreso fra i termini estremi rappresentati da Kraepelin e da Meyer.

La neurologia in Francia: Charcot, Bernheim e Janet

Di pari passo con i tentativi compiuti dagli psicologi tedeschi in vista d'una sistematizzazione dei risultati delle osservazioni psichiatriche e d'una inclusione della psichiatria nell'ambito della medicina clinica ortodossa, la tradizione francese aveva continuato a prosperare. Nel cono dell'Ottocento la neurologia aveva compiuto in Francia considerevoli progressi, grazie ai quali si avevano buone conoscenze in merito all'epilessia, alla sclerosi multipla, alla paralisi infantile e ad altre infermità del sistema nervoso. Nonostante ciò le stanze d'aspetto dei neurologi continuavano ad essere affollate di pazienti che in termini generici si lamentavano di soffrire di "nervi". Un elenco dei sintomi che questi pazienti dichiaravano di avere venne pubblicato nel 1868 da George Beard (1838-82) e fra essi non ci è difficile riconoscere sintomi di tipo nevrotico e psicosomatico. Il termine con cui Beard designò tale gruppo di malattie fu "nevrastenia"; le nevrosi vennero così per la prima volta distinte dalle turbe psicotiche.

J. M. Charcot (1825-95), un eminente neurologo che lavorava all'ospedale della Salpêtrière, aveva compiuto ricerche sulle cause della sclerosi multipla e della tabe ottenendo risultati di grande interesse. Nel cono di queste ricerche aveva isolato un'entità nosologica da lui definita "isteria". Taluni pazienti da lui studiati presentavano un'apparente paralisi delle membra, con contratture e anestesie di parti del corpo. Altri soffrivano di attacchi di tipo epilettico o di altre forme di accessi convulsivi. Lo studio dei loro riflessi e sistemi nervosi in generale non portava tuttavia all'individuazione di lesioni strutturali o di malattie organiche. Questo fenomeno destò in Charcot grande perplessità. Considerò tali manifestazioni morbose in qualche modo contiate all'epilessia; si trattava forse di forme epilettiche estremamente lievi le cui cause fisiche rimanevano sconosciute. Ricorse tuttavia all'abitudine di trattare i pazienti isterici con l'ipnosi. Considerava erroneamente l'ipnotismo associato ai soli isterici e se ne servì probabilmente come d'uno strumento diagnostico in base a cui sta nella

scoperta e nella definizione (che a lui risalgono) del fenomeno dell'isteria e nel fatto che quali allievi ebbe Janet e Freud, destinati entrambi a portare avanti la ricerca sull'isteria e a elaborare un nuovo modo di concepire la malattia mentale.

Ricerche ancor più feconde di risultati vennero effettuate a Nancy, ove il medico generico A. A. Liébeault (1823-1903) aveva scoperto che taluni dei suoi pazienti traevano giovamento dall'ipnosi e dalle parole di riassicurazione con cui il dottore li incoraggiava mentre erano in stato ipnotico.

In una monografia pubblicata nel 1866 Liébeault attribuì i risultati positivi da lui ottenuti nel trattamento delle infermità "nervose" alla "suggestionabilità" dei pazienti sottoposti a trattamento ipnotico.

Questa monografia rimase ignorata finché H. Bernheim (1837- 1919), professore di medicina all'Università di Nancy, non cominciò ad occuparsi di metodi di cura psicologici. In *De la suggestion et de ses applications a la thérapeutique* [La suggestione e le sue applicazioni alla terapeutica] (1884) Bernheim sostenne che la maggior parte degli esseri umani possono venir ipnotizzati e che la suggestione ipnotica può curare talune forme di malattia. L'ipnotismo *i* per questo autore una condizione —vicina al sonno — in cui un soggetto agisce in base a suggestioni che, nello stato vigile, troverebbero nel suo pensiero e nei suoi atteggiamenti una decisa resistenza.

Bernheim eseguì molti esperimenti con soggetti in stato d'ipnosi. Dicendo loro semplicemente che erano affetti da vesciche, eruzioni e gonfiori, riuscì ad esempio a far comparire di fatto tali affezioni sulla loro pelle; riuscì del pari a produrre in essi delle allucinazioni. Scoprì che quando suggestionava in un dato modo il paziente (dicendogli ad esempio che avrebbe aperto l'ombrello a una data ora) questi, una volta uscito dallo stato ipnotico, compiva tale atto privo di significato senza però poter ricordare di essere stato invitato a farlo e forniva invariabilmente una spiegazione non valida (una razionalizzazione) del suo strano comportamento. Bernheim curò in tal modo quello che possiamo considerare il primo gruppo di disturbi nevrotici trattati con metodi psicologici (molti casi ad esempio di "paralisi", di crampo dello scrittore, di enuresi notturna e di disturbi gastrici).

Insieme con Charcot che lavorava alla Salpêtrière, Bernheim e i suoi collaboratori della scuola di Nancy stavano in tal modo trasformando lo studio della nevrosi in un ramo della psicologia medica. La psichiatria cessava in tal modo di limitarsi allo studio della psicosi, vale a dire dell'infermità mentale che richiede il ricovero in ospedale del paziente.

Questa fu una delle svolte più significative della storia della psichiatria: la psicologia medica era conseguentemente destinata ad avvicinarsi, in misura assai più considerevole di quanto non avesse fatto in precedenza, alla psicologia accademica e a quella applicata. La separazione fra tali rami della psicologia doveva poi col tempo ridursi in misura tale da consentire l'istituzione di cattedre universitarie di "psicopatologia". Questa svolta culminò nell'opera di un giovane neurologo viennese che aveva studiato tanto sotto la direzione di Charcot quanto sotto quella di Bernheim. Sigmund Freud. Prima però di occuparci della psicoanalisi e delle psicologie del profondo, dobbiamo accennare a due altri studiosi che contribuirono agli sviluppi della psicologia medica da noi qui menzionati.

Anche Pierre Janet (1859-1947) studiò il comportamento nevrotico in stato d'ipnosi. Intorno al 1889 Janet godeva di una fama ben consolidata e, pur lavorando alla Salpêtrière, non aderiva alle tesi sostenute da Charcot. Janet scoprì che i pazienti in stato d'ipnosi potevano riprodurre particolareggiatamente ricordi di eventi che non riuscivano invece a richiamare alla mente nel corso dello stato di veglia. Tali eventi comportavano associazioni di tipo sgradevole; una delle sue pazienti riusciva ad esempio a ricordare l'agonia di sua madre, che essa riteneva di aver trattato

male nel corso degli ultimi giorni di vita, contribuendo in tal modo a farla morire. Se tali ricordi potevano venir fatti affiorare durante l'ipnosi e se il medico riusciva a convincere il paziente della possibilità di evocarli anche nelle normali condizioni della veglia, il comportamento nevrotico disturbato (che si configurava quale prodotto indiretto della perdita di siffatti ricordi) poteva venir curato. impiegato da Janet che lo chiamò "catarsi", questo metodo di trattamento venne poi adottato anche da Freud, anche se Freud ne venne a conoscenza tramite il suo collaboratore BrCiler, che lo aveva scoperto per conto suo.

Janet considerò caratteristica fondamentale di molti disordini nevrotici la "dissociazione" della coscienza. Il ricordo implicante associazioni sgradevoli si dissocia dalla coscienza normale. Nella stato sonnambolico il paziente compie spesso o dice cose che fanno affiorare ricordi dimenticati e spiacevoli; esiste del pari il fenomeno delle personalità doppie e "alternanti", fenomeno che implica "stati di fuga", caratterizzati dal fatto che una persona perde ogni percezione della propria autoidentità e ogni ricordo del proprio passato, scomparendo di solito dall'ambiente in cui è fino allora vissuto per rifarsi vivo sotto un altro nome in una città a lui sconosciuta, dove conduce un'esistenza normale ma che nulla ha in comune con la sua esistenza del periodo precedente. Nei suoi Principi, William James descrive il caso di un pastore protestante, Anselm Bourne, il quale, dopo aver riscosso una certa somma dalla sua banca, scomparve per rifarsi vivo in un'altra città dove per diversi mesi gestì un negozio con risultati molto soddisfacenti. All'improvviso, nel corso di una notte, ebbe nuovamente coscienza della propria identità e si destò in preda al panico chiedendosi in qual modo fosse capitato in posti a lui estranei. Aveva cioè di colpo dimenticato tutto circa la sua seconda personalità e la sua attività di negoziante. Janet fu il primo psichiatra a studiare casi del genere, anche se viene di solito considerato più autorevole in questa materia il suo allievo americano Morton Prince (1859-1929), specializzatosi in questo campo.

Janet osservò del pari che taluni dei ricordi traumatici evocati in stato d'ipnosi dai suoi pazienti risalivano ai tempi dell'infanzia e che altri erano di natura sessuale, ma, pur considerando tali risultati clinicamente interessanti, rifiutò di inferirne delle generalizzazioni troppo estese. Janet considerò l'isteria una tra le varie specie di nevrosi. Le depressioni, le reazioni coatte, le fobie e le ossessioni erano ai suoi occhi più frequenti delle reazioni di tipo isterico. Sfortunatamente però egli aderiva all'ipotesi della degenerazione. Considerò quindi tutti questi sintomi quali risultati d'una carenza di energia. L'incapacità di attuare un normale comportamento adattivo era per Janet il prodotto della fatica e dell'esaurimento del cervello e del sistema nervoso, fatica ed esaurimento che andavano a loro volta ricondotti a una degenerazione di fondo dell'intero sistema del corpo. Tutte queste reazioni vennero da lui classificate nella categoria delle "psicoastenie". Tensioni insorte in rapporto al lavoro o alla vita familiare potevano dar origine all'esaurimento portando quindi al comparire di sintomi comportamentali. Janet aderì quindi a una teoria sbagliata e — unitamente al fatto che non riuscì a trarre tutte le conseguenze desumibili dalle sue ingegnose osservazioni condotte sugli isterici (che cioè i ricordi dimenticati sono tali perché inibiti o repressi da un qualche forma di reazione specifica, che però continuano ad agire al di sotto della soglia della coscienza ecc.) — tale sua adesione contribuì a gettar ombra sul suo nome dopo che si furono affermati Freud e i suoi seguaci.

Janet fu però un osservatore acuto. Rilevò che la paura d'intraprendere un tipo qualsiasi di azione costituisce una caratteristica comune del nevrotico e che il nevrotico perde la capacità di amare e di comandare, trovandosi in tal modo nella necessità di ricorrere a mezzi indiretti per guadagnarsi l'affetto, l'attenzione o l'interesse degli altri. Notò del pari che la tensione prodotta da situazioni nevrotiche tipiche porta a tentativi impulsivi di fuga. Tale possono essere ad esempio

un'attività sessuale eccessiva o il bere oltre misura. Un'altra delle forme in cui la tensione nevrotica trova alleviamento è la cleptomania. Scopo del trattamento dovrebbe essere la canalizzazione di tali impulsi in canali socialmente accettabili. Il riposo e una vita tranquilla possono essere necessari, ma il nevrotico deve venir educato a forme di adattamento più positive. Il paziente deve essere addestrato a vivere sulla base del suo "piccolo o ridotto capitale psicologico". In maniera eclettica Janet mise insieme numerose osservazioni che, successivamente confermate da altri, hanno finito per costituire dei veri e propri luoghi comuni delle descrizioni cliniche del comportamento nevrotico. Nel modo in cui venne da lui usato, in quanto cioè esemplificazione di ciò che hanno in comune numerosi sintomi altrimenti distinti, il concetto di "dissociazione" può tuttora portare a utili risultati. Pur sostenendo che non era ancora riuscito a cogliere l'intera portata delle proprie penetranti osservazioni, Freud riconobbe il valore dell'opera di Janet. Più di chiunque altro, questo studioso francese ha contribuito alla definizione dei disordini "nevrotici" e all'ampliamento dell'ambito degli studi psicopatologici che a tale definizione fece seguito.

Havelock Ellis

Un altro dei contemporanei di Freud che influirono sul fondatore della psicoanalisi e ne subirono a loro volta l'influsso fu l'inglese Havelock Ellis (1859-1939). Dopo aver frequentato fino all'età di 16 anni le scuole a Londra, Ellis proseguì la propria istruzione in Australia, in una scuola primitiva nella boscaglia. Tornato quattro anni dopo in Inghilterra, studiò medicina al St. Thomas Hospital. Un piccolo lascito gli consentì di conseguire la laurea, ma per tutto il periodo in cui seguì gli studi universitari dovette guadagnarsi anche da vivere collaborando quale redattore alla pubblicazione di una famosa collana di drammaturchi elisabettiani. Ellis non esercitò mai come medico; per tutta la sua vita fu preso dai suoi impegni redazionali e dalla stesura dei suoi scritti. Senza ricoprire alcuna posizione nel mondo accademico e senza essere conosciuto come medico, visse una vita appartata e fu noto soprattutto per alcune clamorose vicende sentimentali. La sua opera principale è costituita dai sette volumi di *The Psychology of Sex* [La psicologia del sesso], pubblicata fra il 1897 e il 1928. Insieme con informazioni ottenute da Ellis tramite interviste e questionari, questo libro contiene dati di carattere medico, antropologico e storico. Ellis intese includervi, nella misura del possibile, tutti i fatti che hanno a che vedere con il sesso. La trattazione dell'argomento è scientifica e oggettiva. La *psicologia del sesso* è stata la prima opera di rilievo sul comportamento sessuale normale (oltre che patologico) dell'uomo e degli animali. Nella sua *Psychopathia Sexualis* (1893) Krafft-Ebing si era in precedenza già occupato dell'anormalità sessuale o perversione, ma fu Ellis a prendere per primo in considerazione ogni aspetto dell'argomento. *La psicologia del sesso* fu il primo studio in cui venne affrontato scientificamente il tema dell'omosessualità e fu per tale motivo che quest'opera invece che in Inghilterra fu pubblicata in America, dove peraltro fino al 1935 fu accessibile ai soli medici. A Ellis risale del pari la scoperta dei fenomeni autoerotici, ossia del fatto che, pur non appartenendo dal punto di vista anatomico o fisiologico al sistema sessuale riproduttivo, talune zone del corpo e le sensazioni in esse localizzate risultano associate alla sessualità.

Nei suoi sette volumi Ellis trattò un'ampia gamma di temi, fra cui il sadismo e il masochismo, i simboli erotici, le reazioni psicologiche connesse alla gravidanza, l'importanza dei profumi, i contenuti e il significato delle immagini oniriche. Riconobbe il contenuto sessuale — spesso dissimulato — dei sogni, senza però

considerare questi alla stregua di mere espressioni di desideri repressi. Prese del pari in esame la maniera di reagire specifica delle varie modalità sensoriali nel comportamento sessuale. Anche se per salimi degli argomenti trattati da Ellis disponiamo oggi di studi più aggiornati, i sette volumi della sua opera maggiore costituiscono a tutt'oggi un testo fondamentale per chi intenda accostarsi allo stadio del comportamento sessuale. Oggetto di altri scritti di Ellis furono i sogni, gli effetti dei farmaci sul comportamento, lo sviluppo degli uomini di genio e problemi di criminologia. Il suo modo di affrontare i temi fu quello del naturalista che raccoglie e vaglia scrupolosamente i dati, azzardando caute generalizzazioni ed evitando qualsiasi forma di teorizzazione sistematica. A causa del carattere serio e scarsamente appariscente dei suoi studi (redatti peraltro in stile tutt'altro che tedioso) e del fatto che questi vennero considerati opera non di un teorico ma di un semplice esperto, Ellis non fu oggetto dell'attenzione che avrebbe meritato. I suoi scritti vennero inoltre proibiti in Inghilterra dove invece potevano essere lette le opere degli psicoanalisti. Gli inizi della consulenza psicologica relativa a problemi attinenti al sesso — quale ad esempio quella che *oggi* viene praticata nei consultori prematrimoniali — risalgono però in Inghilterra a medici che avevano letto *le* sue opere. Elba contribuì così in misura considerevole alla disamina in termini di psicologia della parte spettante all'armonia sessuale nel matrimonio sano e normale. Il rifiuto da lui opposto ad ogni forma di generalizzazione azzardata gli conferì grande autorevolezza nel campo dei problemi relativi al comportamento sessuale. Va in proposito menzionato che Freud generosamente riconobbe quanto doveva agli scritti di Havelock Ellis.

Sigmund Freud

Originario della Moravia, all'età di quattro anni Sigmund Freud (1856-1939) si trasferì con i suoi familiari a Vienna, dove visse fino al 1938, anno in cui l'occupazione dell'Austria da parte dei nazisti lo costrinse all'esilio in Inghilterra. Iscrittosi all'Università di Vienna nel 1873, vi conseguì la laurea in medicina con una ricerca di argomento fisiologico nel corso della quale fu sul punto di scoprire l'impiego della cocaina in qualità di anestetico. Nonostante il suo desiderio di dedicarsi alla ricerca pura, Freud dovette guadagnarsi da vivere esercitando la professione medica. Fu così che conobbe un altro medico di Vienna, Josef Breuer (184,19/5), che godeva di una certa fama nel mondo scientifico. Breuer, che aveva scoperto la funzione dei canali semicircolari dell'orecchio e s'interessava da vicino agli aspetti teorici della neurofisiologia, sosteneva che il funzionamento normale del cervello richiede una certa quantità di energia nervosa. Grazie al riposo e al sonno l'energia può ricostituirsi e riportarsi al livello normale; superata poi una certa soglia, essa deve scaricarsi sotto forma di attività. Questo modo di concepire il cervello alla stregua d'un sistema fisico d'energia non mancò di lasciare tracce profonde nel pensiero di Freud.

Ottenuta per il 1885-86 una borsa di studio per ricerche da compiere all'estero, Freud si recò a Parigi e a Nancy, dove, sotto la direzione di Charcot e di Liébeault, studiò il trattamento ipnotico dei casi d'isteria. Di ritorno a Vienna, apprese che Breuer aveva per diversi anni studiato l'isteria giungendo a elaborare un trattamento che aveva dato dei buoni risultati.

Breuer aveva ipnotizzato i suoi pazienti incoraggiandoli, mentre erano in stato d'ipnosi, a parlare. In tali circostanze, oltre a ricordare incidenti dimenticati, il paziente manifestava reazioni fortemente emotive. L'elaborazione (*working-through*) di tali emozioni associate a materiali dimenticati apportava sollievo facendo sparire i sintomi nevrotici. Servendosi senza saperlo dello stesso termine

cui era ricorso Janet, Breuer chiamò tale esito terapeutico "catarsi", e lo considerò essenziale nella cura degli isterici.

Nei primi anni del decennio 1890 Freud e Breuer collaborarono applicando ai pazienti isterici il trattamento ipnotico catartico. Freud giunse in tal modo a elaborare in questo periodo una teoria elementare da lui in seguito estesa dall'isteria ad altre nevrosi. Tale teoria — la prima che riconducesse i disturbi mentali a fattori d'ordine psichico — concia la causa dei sintomi isterici, le caratteristiche dei sintomi e la terapia. Eresia accettò le tesi di Freud e il libro da essi scritto in collaborazione — *Studi sull'isteria* (t 893) — presentò una esposizione della teoria esemplificandola con descrizioni *di* casi clinici. In tal modo, unitamente al metodo catartico elaborato nel medesimo giro di anni da Janet e Breuer, l'esistenza — scoperta clinicamente dagli psichiatri francesi — di importanti processi sottratti allo sguardo della risente conscia venne utilizzata da Freud per dare una risposta alla domanda: "Che cos'è una malattia mentale?" La risposta consistette in una teoria relativa allo sviluppo del funzionamento patologico dei processi appetitivi (pulsioni, desideri, emozioni, sentimenti, motivazioni) che al di sotto del controllo cosciente governano le forme comportamentali complesse.

In tale forma iniziale della sua teoria generale, Freud suppose che gli stati dinamici inconsci vengano rincorsi da uno speciale "meccanismo" preposto alla difesa dell'Io contro ricordi, emozioni, desideri dolorosi o terrificanti. I tentativi di richiamare alla memoria tali contenuti rimossi incontrano resistenza. Solo se il paziente viene messo in stato d'ipnosi o sottoposto a un trattamento che gli consenta di rivivere nell'immaginazione la situazione traumatica originaria che ha determinato le sensazioni dolorose, è possibile ottenere un alleviamento della tensione o, per servirci della terminologia freudiana, un'"abreazione".

Freud non tardò tuttavia a trovare l'ipnotismo insoddisfacente come tecnica terapeutica e a ricorrere, per far riaffiorare il materiale rimosso, alla "libera associazione" di Galton. Persuadeva i partenti a sdraiarsi e a rilassarsi su un divano in una stanza tranquilla e *in* penombra. Stimolato dalle sole domande postegli da Freud, il paziente lasciava che i suoi pensieri passassero senza controllo da un'immagine o da un argomento alla successiva. Il materiale "rimosso" poteva in tal modo affiorare alla coscienza non meno agevolmente che nel corso di un'ipnosi. Freud chiamò "psicoanalisi" il tentativo d'interpretare i dati della libera associazione e dei sogni ricordati dal paziente: si trattava di una forma di terapia nuova e di un metodo nuovo in base a cui studiare le operazioni della mente. Oltre che alle tecniche, con l'andar del tempo il termine - fini col venir applicato anche alle teorie di Freud; oggi quindi, rigorosamente parlando, la psicoanalisi designa tanto la teoria quanto la pratica introdotte da Freud.

Nel 1897 Freud intraprese una rigorosa autoanalisi basandosi, oltre che sull'associazione libera, anche su una precisa documentazione relativa ai suoi sogni. Aveva osservato che nel corso delle analisi i pazienti parlavano spesso dei propri sogni; ne concluse che la dissimulazione dei processi inconsci è meno grande nei sogni che nello stato di veglia. La sua esperienza iniziale in qualità di analista e la sua autoanalisi portarono Freud ad alcune conclusioni ulteriori. 1) Giunse a convincersi che i desideri inconsci rivelati nell'analisi hanno le proprie scaturigini in esperienze infantili. t fra il momento della nascita e l'età di tre anni che numerose tendenze fondamentali, nevrosi conflitti emotivi, numerose motivazioni trovano nell'individuo la loro origine. I problemi della personalità adulta vanno quindi interpretati alla luce di esperienze della prima infanzia. 2) Nella nevrosi i fattori appetitivi risultano sempre collegati a interessi sessuali. 3) La nevrosi ha la sua origine in qualche forma di esperienza traumatica. Freud giunse ad esempio alla convinzione che intorno all'età dei sei anni i bambini hanno un amore appassionato — che presenta caratteristiche sessuali — per il genitore di sesso opposto e che a tale

amore si affiancano la gelosia e pulsioni aggressive nei confronti del genitore del medesimo sesso. Tale stato di cose dà origine a sentimenti di paura e di colpa, tanto più terrificanti in quanto il bambino non è nelle condizioni di capire la natura del conflitto di cui soffre. Le emozioni che tale conflitto comporta vengono rimosse e il modo in cui la rimozione si attua determina in misura considerevole lo sviluppo successivo della personalità. Crisi anteriori a tale periodo lasciano probabilmente anch'esse residui inconsci non meno importanti ai fini di tale sviluppo.

Quest'aggiunta alla teoria originaria non venne accettata da Breuer, il quale era già stato sconvolto dal caso di una paziente che nel corso della cura aveva manifestato nei suoi confronti dell'interesse erotico, e così la sua collaborazione con Freud ebbe termine. Negli anni che seguirono Freud proseguì pertanto le sue ricerche da solo, conducendo analisi e prendendo appunti sui risultati ottenuti, finché nel 1900 rese di pubblico dominio le sue tesi in quello che probabilmente è il suo libro migliore, *L'interpretazione dei sogni* (1899). Due anni dopo, nella *Psicopatologia della vita quotidiana* (1901) applicò la sua teoria a fenomeni comuni nella vita di tutti i giorni, quali ad esempio gli errori apparentemente involontari nella formulazione delle parole (i *lapsus linguae*), l'incapacità di ricordare i nomi e il mordente di tipici motti di spirito.

Questi primi libri non ebbero grande risonanza. Fra il 1900 e il 1908 vennero vendute non più di seicento copie dell'*Interpretazione dei sogni*. La pubblicazione di queste opere fece tuttavia uscire Freud dal suo isolamento. Dal 1902 un gruppo di amici — il cui nucleo originario fu costituito da Adler, Stekel, Reitter e Kuhane — prese l'abitudine di riunirsi una volta alla settimana a casa sua per discutere le sue teorie. Il gruppo divenne ben presto assai numeroso e si trasformò ufficialmente nella Società psicoanalitica di Vienna, società dotata di una propria costituzione, di propri funzionari e di una biblioteca. Nel 1907 la Società ricevette la visita di C. G. Jung, uno psichiatra di Zurigo che aveva letto i primi scritti di Freud ed era entrato in corrispondenza con lui, e di Karl Abraham, uno psichiatra di Berlino. Nel 1906 alcuni articoli sulla psicoanalisi comparvero negli Stati Uniti in "The Journal of Abnormal Psychology" e due anni dopo si tenne a Salisburgo un congresso di psicoanalisi al quale Freud, Jung, Adler, Stekel e Abraham presentarono delle comunicazioni.

Sempre nel 1908 Stanley Hall invitò Freud a prender parte alle celebrazioni dell'anniversario della fondazione del dipartimento di psicologia della Clark University. Freud accettò e, con Jung e Ferenczi, visitò gli Stati Uniti dove tenne conferenze, si incontrò con illustri esponenti della cultura americana (fra i quali il vecchio William James) e ricevette una laurea *ad honorem*. Il riconoscimento e il plauso universali erano incoraggianti. Le sue teorie erano state infatti respinte con sarcasmo dagli psichiatri di Vienna e taluni filosofi ne avevano stigmatizzato le opere in quanto oscene e frutto di perversione. L'accusa era stata bruciante, ma la visita in America contribuì in misura notevole a ridargli sicurezza.

Il 1908 fu l'anno in cui Freud ricevette i riconoscimenti e i plausi più incontrastati. Dopo non molto il movimento che, incentrato sulla Società psicoanalitica di Vienna, lo seguiva cominciò ad essere dilaniato da dissensi interni e a insorgere contro il suo insegnamento. Si tenevano annualmente dei congressi ma ad ogni congresso le tensioni crescevano e le tesi opposte diventavano via via più inconciliabili. I membri (ebrei) del gruppo viennese si erano fin dall'inizio risentiti per l'accoglienza fatta a Jung, cristiano e svizzero, cui nella Società era stato affidato un importante incarico ufficiale. D'altra parte né Jung né Bleuler (che era entrato insieme con Jung a far parte della Società psicoanalitica) avevano mai concordato con tutte le tesi di Freud.

Nel 1911 Bleuler si dimise e della Società cessò di far parte anche Alfred Adler, il quale, sulla base delle proprie teorie, dette origine a una corrente rivale. Freud

considerò lo scisma adleriano gravissimo e nella "psicologia individuale" vide una minaccia per lo sviluppo della psicoanalisi: l'eresia aveva fatto la sua comparsa. Nel lo., dopo cinque anni di stretta collaborazione, in circostanze assai spiacevoli Jung si dimise anch'egli dalla Società psicoanalitica. Il motivo primo delle defezioni di Adler e di Jung va ricercato nell'insistenza con cui Freud ribadiva la tesi di un'associazione invariabile fra origine e sviluppo della nevrosi da un lato e pulsioni sessuali dall'altro. Una volta tuttavia sottrattisi all'influsso freudiano, tanto l'uno che l'altro elaborarono, circa la malattia mentale e lo sviluppo della personalità, icone radicalmente nuove. Altri ne seguirono l'esempio e, partendo dall'opera di Freud, elaborarono analoghi sistemi teorici in cui confluivano l'esperienza clinica, l'esigenza di una strutturazione teorica e la critica delle ipotesi freudiane. Fu così che a partire dal 1911 videro la luce diverse forme "derivate" della psicoanalisi freudiana, che, quali alternative a questa, trovarono una loro sistematizzazione definitiva nel periodo compreso fra il 1918 e il 1940, nelle opere di Otto Rank, Karen Horney e Harry Stack Sullivan.

Il movimento psicoanalitico raggiunse quindi fra il 1902 e il 1911 una propria definizione netta per poi scindersi in scuole antagoniste, fra cui le più influenti furono quelle di Jung e di Adler. Tale improvviso disfarsi di quella che era apparsa una vigorosa scuola di psicologia medica e generale ebbe importanti conseguenze.

Spinse Freud su posizioni di difesa, inducendolo a formulare sistematicamente, nei termini di un insieme ortodosso di dogmi, le stie tesi e a raccogliere intorno a sé un gruppo di seguaci che ne insegnavano i metodi e le teorie. Ebbe così origine una scuola di psicologia freudiana ortodossa, scuola che (sotto la direzione di sua figlia Anna Freud e del suo primo discepolo Ernest Jones) ebbe importanti diramazioni (riconosciute) negli Stati Uniti e in Inghilterra. Quanto alle scuole rivali, esse elaborarono le proprie idee autonomamente e senza alcun riferimento a Freud. La psicologia medica venne così a disporre di nuovi tipi di terapia delle nevrosi e si sviluppò un tipo nuovo di letteratura clinica, basata sulla descrizione dei casi clinici e del loro trattamento e comportante spiegazioni delle reazioni nevrotiche formulate nei termini della teoria freudiana o junghiana o di qualche altra teoria alternativa. Tale letteratura non si limitò inoltre alla considerazione di un ambito puramente clinico. Le nuove correnti sostenevano che si stava elaborando un nuovo tipo di psicologia destinato a trovare applicazioni al di fuori della clinica e dell'ospedale per malattie mentali, vale a dire nei casi di soggetti normali. La psichiatria stava invadendo il territorio della psicologia apportandovi tecniche nuove in base a cui studiare la mente e nuove teorie circa la personalità umana.

Fin dall'inizio i nuovi movimenti destarono interesse e suscitarono dispute. Tanto gli psichiatri ortodossi formati nella tradizione di Kraepelin e Bleuler quanto gli psicologi accademici manifestarono la loro diffidenza e in certi casi la loro aperta ostilità. Freud venne considerato un personaggio tristemente noto e le sue teorie vennero respinte in quanto strane e inaccettabili. Fino al ton, la psicoanalisi era ben conosciuta soltanto da pochi. Fu soltanto dopo che la prima guerra mondiale ebbe costretto i governi a occuparsi del trattamento di innumerevoli traumi da bombardamento e di casi di nevrosi contratta in guerra — e dopo che i medici scoprirono l'utilità di talune delle tecniche psicoanalitiche — che cominciarono a diffondersi esposizioni più adeguate delle opere originali degli psicoanalisti; e soltanto nel decennio 1920 il nome di Freud cominciò a essere ampiamente noto in America e in Inghilterra, per non parlare della stessa Germania. Fu a partire da allora che le sue teorie cominciarono a influire in misura notevole sul pensiero degli psicologi. Negli anni che fecero immediatamente seguito alla prima guerra mondiale le teorie psicoanalitiche di Freud e il behaviorismo di Watson cominciarono a screditare le idee fino allora accettate in merito all'oggetto e ai metodi della psicologia.

Le fondamenta della psicoanalisi erano tuttavia state poste assai prima del 1920, anche

so nel 1918 Freud non aveva ancora pubblicato un numero considerevole delle sue opere. Tra il 1918 e il 1938 scrisse molti dei suoi più celebri libri e articoli, modificò drasticamente le sue teorie precedenti, continuò a insegnare ai suoi allievi e a curare i suoi pazienti. Quanto ai suoi più giovani antagonisti, la loro attività risale perlopiù al periodo postbellico e fu appunto negli anni dopo la prima guerra mondiale che la loro fama si consolidò. Uno dei risultati dell'orientamento psicoanalitico consistette in un avvicinamento della psichiatria alla psicologia. Invece di essere come in precedenza considerati riserva esclusiva di un ramo della medicina, reperti clinici d'ogni sorta cominciarono a destare l'interesse degli psicologi, i quali a loro volta cominciarono in qualità di ricercatori a studiare nelle cliniche per poi in un secondo tempo, in qualità di "psicologi clinici", poter assistere gli psichiatri nel loro lavoro. I test psicologici e le tecniche sperimentali della psicologia entrarono così a far parte della pratica degli ospedali psichiatrici come strumenti di ricerca ausiliari. Si stabilì così tra le due discipline una collaborazione e uno scambio reciproco di informazioni relative allo studio di casi tanto patologici quanto normali. Un altro effetto del movimento psicoanalitico va fatto risalire alle insistenze con cui Freud ribadì a più riprese la possibilità di individuare le origini dei conflitti inconsci nelle crisi del periodo infantile. Lo scudo dei bambini appariva quindi indispensabile se si volevano scoprire l'origine e lo sviluppo delle caratteristiche degli adulti. Gli psicoanalisti avevano inizialmente trascurato lo studio dell'età evolutiva. La dottrina freudiana costituì un incentivo rilevante a elaborare la psicologia dell'infanzia secondo molte nuove direttrici di ricerca.

Gli influssi di Freud, Jung, Adler e dei loro successori non rimasero confinati nella storia della medicina psicologica, ma divennero parte integrante dello studio della psicologia in genere a partire dal 1918.

Da: Robert Thomson: STORIA DELLA PSICOLOGIA (1968; Boringhieri, 1972)