

Bonomi, C. (2000). La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920ca). *Teoria & Modelli, n.s.*, 5 (1-2):125-161.

Carlo Bonomi

LA PSICOLOGIZZAZIONE DEL TRAUMA

Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica"

(1870-1920 ca.)

Introduzione

Nel 1980, al fine di dare una risposta contemporaneamente sociale, politica e medica al gran numero di veterani della guerra del Vietnam che presentavano disturbi nervosi, venne introdotta nel DSM III la categoria diagnostica PTSD (disturbo da stress post-traumatico). Questo diede un forte impulso alla rinascita ed espansione del concetto di trauma psichico, il quale si è presto mostrato come il concetto a più rapida espansione in ambito psichiatrico e a più larga influenza sul senso comune. Nonostante questa fortuna, l'origine e la storia di questo concetto è scarsamente conosciuta. Obiettivo di questo lavoro è di tracciare, nelle sue linee essenziali, la prima fase di questa storia, che coincide all'incirca con la nascita e il tramonto di categorie diagnostiche come "isteria traumatica" e "nevrosi traumatica" nel periodo che va dagli anni 1870 alla prima guerra mondiale. Il mio scopo non è tanto quello di illustrare il pensiero di singoli autori ma di far emergere un processo che è stato definito "psicologizzazione del trauma" (Fisher-Homberger, 1975), per evidenziarne la natura ambigua.

Da questo studio è stato escluso l'autore più importante per gli ulteriori sviluppi della riflessione sul trauma psichico, Sigmund Freud, sia perché includere il suo pensiero avrebbe richiesto troppo spazio, sia perché ho preferito mettere a fuoco lo sfondo storico-culturale da cui il pensiero emerge.

1. Una malattia moderna

È stato detto che il concetto di trauma psichico è simultaneamente una risposta alla modernità e un elemento costitutivo della modernità (Lerner e Micale, 2000). Di fatto la storia di questo concetto prende avvio in uno scenario caratterizzato dai simboli della nascente società industriale. Il progresso apportato dalla civiltà ha sempre suscitato timori, venendo tradizionalmente annoverato tra le principali cause di malattia mentale (Altschule, 1957). A metà Ottocento questo timore si riflette nella convinzione di un evidente rapporto tra il dilagante "nervosismo" e i modi di vita indotti dalla rivoluzione industriale. È allora che la ferrovia diventa il simbolo concreto di quella rapidità dei tempi moderni che si traduce in una pericolosa eccitazione dei nervi.

Anche il discorso sui nervi è un prodotto della modernità. Fino a metà Settecento, i malati psicosomatici rispondevano non a una cultura medica ufficiale ma ad 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, in particolare sui nervi, le quali introducono modi nuovi di parlare dei sintomi. Così, quando John Brown introduce nel 1780 l'idea che i tessuti sono "eccitabili", i medici non si chiedono più se vi sia uno squilibrio negli umori ma se il sistema nervoso non sia troppo "eccitato". Le varie scoperte di Robert Whytt, Georg Prochaska, Charles Bell sulla spina dorsale come centro della comunicazione nervosa, si riflettono in nuove immagini del corpo e dei suoi danni. La più influente è quella di "irritazione spinale", una diagnosi che, suggerita da Thomas Brown nel 1828, fiorisce dapprima fra chirurghi e farmacisti inglesi, raggiungendo l'apogeo attorno al 1850. Essa concretizza l'idea che i più diversi disturbi del corpo siano causati da una malattia invisibile ma reale alla spina dorsale, per curare la quale nascono e si diffondono gli stabilimenti termali. E' con questa diagnosi che inizia quello che è stato chiamato il condizionamento medico della formazione dei sintomi (Shorter, 1992), ed è allora che i due simboli della modernità, la ferrovia e l'irritazione spinale, si incontrano nella particolare attenzione posta dai medici alla concussione spinale da incidente ferroviario (vedi Schivelbusch, 1977).

Nel 1864 la legislazione britannica rende le compagnie ferroviarie responsabili della sicurezza dei passeggeri, e due anni dopo, nel 1866, John Eric Erichsen, un chirurgo inglese, fornisce nel libro *On railway and other injuries of the nervous system* [Sulla ferrovia e altre offese del sistema nervoso] la 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 dalla spina dorsale ai riflessi nervosi, da questi al cervello, e infine focalizzandosi sulle rappresentazioni mentali. Questa migrazione della sede è anche uno slittamento semantico, un viaggio attraverso linguaggi diversi, da cui prende forma il concetto ibrido di "trauma psichico".

2. Concussione spinale, shock nervoso e spavento

Nel suo classico studio sulle nevrosi traumatiche, Esther Fischer-Homburger ha definito questa genesi come leggendaria dato che, sotto il nome di concussione spinale da incidente ferroviario, Erichsen avrebbe semplicemente identificato una meningiomielite. Come è allora possibile che da una mielite traumatica si generi l'idea di trauma psichico? Dobbiamo considerare il carattere ancora fortemente indifferenziato dell'idea di malattia nervosa. Di fatto, con la diagnosi di irritazione spinale i medici spiegano un po' tutto: non solo copre un po' tutto, ma si presenta come risposta

perfetta quando i medici non sanno più che cosa dire né come arginare le pressioni delle loro pazienti. Similmente, quando curano l'irritazione spinale, curano un po' di tutto (come avverrà più tardi con le nevrosi riflesse). E questo, come ha ben mostrato Edward Shorter (1992), imprime a questi trattamenti fisici il valore di psicoterapia non dichiarata (sia che si tratti di trattamenti rilassanti, come calmare i nervi con bagni, convulsivanti, come l'elettroterapia, o chirurgici). Inoltre, nel corso dell'Ottocento le classi popolari incominciano ad acquisire una comprensione dei fatti anatomici, così che le teorie mediche si trovano a sostituire le tradizioni popolari nel dare forma al coacervo di sensazioni interne del corpo vissuto, condizionando in tal modo la forma dei sintomi psicosomatici.

Attorno al 1850 inizia il rapido tramonto della diagnosi di irritazione spinale, scalzata da quella di "nevrosi riflessa". Incominciano ad emergere anche nuovi modelli medici; oltre a quello dei riflessi nervosi, si impongono quello del sistema nervoso centrale e, verso la fine del secolo, quello psicologico. Sebbene essi sorgano in periodi successivi, rappresentando prospettive in parte antagoniste, di fatto ciò che più caratterizza il clima culturale della seconda metà dell'Ottocento è la contiguità di modelli così diversi, la quale genera sia fenomeni di contaminazione, sia tendenze alla differenziazione. Questa convivenza si riflette in modo particolare nel sincretismo della nozione di malattia nervosa, la quale viene così a raggruppare cose molto diverse, in procinto di essere più chiaramente differenziate, come l'insieme delle "nevrosi riflesse" (in cui si rispecchiano e mescolano credenze popolari e fantasie scientifiche sul corpo), le malattie propriamente neurologiche, e l'insieme dei disturbi nervosi che saranno qualificati come psicogeni.

Fra i fenomeni di contaminazione che si producono con lo slittamento del focus dai riflessi nervosi al cervello e dal cervello alle rappresentazioni mentali troviamo il concetto di trauma psichico. Esso origina dalla nozione chirurgica di "shock". E' attorno a questa nozione, ben radicata nella medicina in quanto scienza della natura, che si realizza una confluenza di discorsi diversi, con il risultato che essa incomincia a colorarsi di un significato emozionale prossimo all'idea classica di "spavento". Leyden, per esempio, elencando nel 1875 i vari significati di shock, vi include come già acquisita l'idea che anche forti emozioni possono causare uno shock, ossia possono avere gli stessi effetti meccanici della scossa di nervo periferico sensibile (Fisher-Homberger, 1975, p. 51). Nel 1883 Herbert Page, neurologo e consulente di compagnie ferroviarie, pubblica una monografia sugli incidenti ferroviari "senza lesioni meccaniche apparenti", in cui sostituisce il concetto chirurgico di "concussione spinale" con quello più ambiguo di "shock nervoso". La sua idea è che la sola paura può causare i sintomi nervosi che si osservano negli incidenti ferroviari. Con questo ci troviamo pienamente immersi in un fenomeno di deriva semantica: si è infatti irresistibilmente sospinti dal

linguaggio dei corpi, al linguaggio dei nervi, e infine al linguaggio delle rappresentazioni mentali. E il punto è che ognuno di questi linguaggi ci introduce in un universo diverso: il primo, che è anche quello in cui si radica l'idea di trauma, è forgiato a partire dai rapporti immediatamente visibili di causa ed effetto; il secondo è quello in cui i nervi si propongono come i mediatori degli invisibili effetti a distanza; e il terzo è quello in cui linguaggio psicologico finirà per dissolvere questo nesso di causa ed effetto.

Insomma, con il concetto di “shock nervoso” siamo entrati a pieno titolo nell'ambito dei problemi posti dalla cosiddetta “nevrosi traumatica”, anche se questo termine sarà introdotto più tardi. E' infatti dal momento che Page parla di “shock nervoso” che vari autori incominciano a discutere la natura dei disturbi nervosi indotti dalla paura. E' così che Adolf Strümpell introduce nel 1884 quella nozione di “trauma psichico” che più tardi, nel 1888, egli indicherà come causa occasionale delle “nevrosi traumatiche”. Per “trauma psichico” egli intendeva sostanzialmente un forte spavento. Egli pensava che un violento incidente potesse generare domande del tipo “E ora, che sarà di me?” e che le sensazioni corporee che accompagnavano la forte emozione (il mal di testa, il tremore, i dolori locali) potessero generare rappresentazioni patologiche. Come si vede, con queste domande ci ritroviamo già nel versante psichico della questione, mentre, per il momento, è utile mantenersi ancorati ai nervi in quanto luogo di confluenza dei vari discorsi, e chiarire un punto importante.

L'idea che la paura e lo spavento potessero essere causa delle più diverse malattie fisiche e morali era invero tutt'altro che nuova. Oltre ad essere un'idea tradizionale della *medicina mentis*, apparteneva alla psichiatria morale della prima metà del secolo, la quale aveva riconosciuto le forti emozioni come una delle cause principali di alienazione mentale. Tuttavia, vi erano problemi che erano rimasti insoluti o che avevano portato a soluzioni talmente inaccettabili da determinare il ripudio dell'intera psichiatria morale. Fra questi vi era la questione di come le forti impressioni potessero radicarsi nell'anima così da poter esercitare, al di là della evidente reazione immediata, effetti duraturi e nascosti. E la soluzione a questo problema era venuta dalla vecchia psicologia delle passioni: le passioni che si radicevano nella diatesi dell'individuo erano quel fattore interno che permetteva alle impressioni esterne di radicarsi nell'anima. Ma poiché le passioni erano intrise di colpa, la psichiatria morale aveva finito per identificare la causa della follia con i vizi e i peccati (vedi Bonomi, 1998). Non così stavano le cose per i neurologi, per i quali le risposte alle impressioni, o meglio, agli stimoli, erano mediate non dalle passioni ma dal sistema nervoso. Da questa prospettiva, elaborare una teoria delle conseguenze nervose dello shock significava pensare

in modo non-colpevolizzante a come una esperienza spaventosa potesse rimanere “dentro” ad una persona, così da esercitare effetti duraturi.

3. L'isteria traumatica e il discorso ibrido di Charcot

Il più celebrato neurologo dell'epoca era Jean Martin Charcot. Già a partire dal 1876, egli aveva iniziato a collegare complesso di sintomi nervosi che insorgevano dopo incidenti in un unico quadro post-traumatico di nevrosi accidentale che egli interpretava come “isteria traumatica”. Anche se i sintomi psichici facevano da sempre parte del quadro isterico, in quegli anni l'isteria era inquadrata tra le “nevrosi”. Il dibattito riguardava tutt'al più se la nevrosi fosse periferica o centrale – questione peraltro cruciale per il trattamento. Tra i ginecologi e i medici generici era diffusa l'idea che essa fosse una “nevrosi riflessa” causata da malattie o disfunzioni locali dell'utero o delle ovaie, mentre tra i neurologi era dominante la localizzazione cerebrale. Charcot, che abbracciava la prospettiva basata sul SNC, non sottovalutava l'importanza dei riflessi nervosi, al punto da elaborare una teoria sui punti isterogeni, che aveva preso le mosse dall'osservazione che una pressione sulle ovaie poteva scatenare o arrestare le crisi isteriche. Nonostante l'importanza di questa localizzazione, Charcot non identificò l'isteria con una malattia femminile, non solo per la sua prospettiva centrale (basata sul SNC) ma anche perché i sintomi post-traumatici, trattandosi soprattutto di incidenti sul lavoro, erano più frequenti nei maschi. Inoltre, dal 1878 aveva iniziato ad esplorare i fenomeni isterici attraverso l'ipnosi. Egli pensava che la disposizione isterica e quella agli stati ipnotici corrispondessero ad un'unica condizione neuropatologica, la quale poteva essere esplorata attraverso il metodo psicologico. Insomma, Charcot lavorava simultaneamente con tutte e tre le prospettive che abbiamo visto intrecciarsi nell'idea di “shock nervoso”: quella basata sui riflessi nervosi e gli stimoli periferici, quella basata sul SNC e quella psicologica.

La crescente importanza della prospettiva psicologica è evidenziata dalla veloce trasformazione subita dal concetto di isteria, la quale in pochi anni passò da “nevrosi” a “neuro-psicosi” e a “psico-nevrosi”. Al centro di questa trasformazione c'erano le ricerche di Charcot sui sintomi traumatici in persone isteriche, culminate nella famosa dimostrazione del “meccanismo psichico” delle paralisi isteriche post-traumatiche nelle lezioni del 1884-85 (Charcot, 1890, pp. 288 sg., 335, 354 sg.)¹. L'idea che certe paralisi potessero avere un'origine psichica, che fossero dipendenti da una “idea”, non era nuova. Essa era stata, fra l'altro, anticipata nel 1837 da Brodie e

¹ Data la natura non sistematica dell'opera scritta di Charcot, sparsa in varie lezioni raccolte da diversi studenti e spesso non datate, nella letteratura contemporanea questa cruciale dimostrazione viene presentata sotto le più diverse date, cosa che genera non poca confusione nella ricostruzione del processo di

sostenuta nel 1869 dal medico inglese Russell Reynolds. E però nuovo è lo stile di “dimostrazione scientifica” utilizzato da Charcot, nuovo è il riferimento all’origine traumatica del meccanismo psichico, e infine nuove saranno le conseguenze teoriche tratte. La dimostrazione era semplice. Charcot aveva preso un caso di paralisi di un arto insorta dopo un incidente; aveva quindi riprodotto lo stesso sintomo su un altro paziente, con il metodo dell’ipnosi e l’ausilio di una suggestione verbale; infine aveva riprodotto il sintomo sostituendo la suggestione verbale con un colpo al braccio. Poiché a produrre il sintomo non era stato un suggerimento verbale ma un colpo materiale, il quale però poteva avere quel determinato effetto perché dallo stimolo locale si originava una “autosuggestione” a livello del cervello, Charcot riteneva di aver dimostrato il “meccanismo psichico” delle paralisi istero-traumatiche. Trasponendo questo modello nella vita reale, in caso di incidente il trauma locale avrebbe potuto evocare l’idea di essere incorso in un danno grave, e, in determinate condizioni mentali, questa idea avrebbe potuto produrre una paralisi nella parte contusa del corpo. Le condizioni mentali richieste erano quelle dell’obnubilamento dell’Io cosciente, anch’esso provocato dall’incidente (che in questo caso agiva non localmente ma come shock cerebrale). Secondo questo modello, ciò che permetteva all’idea patogena di sortire i suoi effetti era in ultima istanza la dissociazione della coscienza, il fatto di sottrarsi dal dominio della volontà, analogamente a come avveniva nello stato ipnotico indotto nell’esperimento.

Con ciò Charcot aveva elegantemente dimostrato che certi sintomi fisici erano causati da “idee”. La posizione di Charcot non deve però essere fraintesa in senso psicologico, dato che egli considerava l’idea di essere paralizzato come un parassita insediatosi nella corteccia motoria. E poiché la rappresentazione del movimento era concepita come una fase del movimento stesso, come il suo innesco, la rappresentazione assolveva ad un compito fisiologico. Charcot interpretava cioè il disturbo nervoso come “lésion dynamique”, che sebbene fosse individuabile solo attraverso la psicologia, continuava però ad avere un significato neurofisiologico. Egli era convinto che i sintomi che aveva identificato fossero universali e che corrispondessero ad una malattia reale. Con l’insediarsi della prospettiva psicologica, vedremo che proprio questo punto sarà messo in discussione: l’isteria, così come in generale i disturbi psicogeni, finiranno per non essere più concepiti come malattie reali, caratterizzate da sintomi obiettivi, ma come semplici reazioni psicologiche.

Con Charcot ci troviamo invece a metà del guado, a metà del processo di psicologizzazione: significativamente, egli a volte utilizzava il termine psicologico come equivalente a fisiologico. Diceva, per esempio, che la sua era una teoria “psicologica ossia fisiologica” dell’isteria. Ma ciò che

“psicologizzazione”. La data dell’anno accademico 1884-85 a cui mi attengo, è la più affidabile, in quanto

è più tipico ancora del suo pensiero è il mescolarsi dei tre i modelli teorici che si aggregano attorno all'idea di shock nervoso. Mi riferisco al modello dei riflessi nervosi, quello del SNC e quello delle rappresentazioni mentali. Ora, in Charcot, questi tre modelli lavorano insieme perché, verrebbe da dire, egli non è ancora consapevole del loro carattere mutualmente esclusivo, del fatto che il suo è un discorso ibrido, abitato da contraddizioni che promuoveranno il successivo processo di psicologizzazione, ossia costringeranno ad attraversare il guado del nesso psico-fisico, per ritrovarsi sulla sponda di una psicologia ormai divisa dalla fisiologia. Tuttavia, sarebbe un errore giudicare il carattere ibrido del pensiero di Charcot solo in termini negativi, anche perché è proprio da questa contaminazione che nascono prospettive nuove, come quella dell'inconscio psichico.

Questa prospettiva ha certamente dei precursori. Già la teoria dell'irritazione spinale era caratterizzata dall'idea che le connessioni nervose, attraverso il midollo spinale, governassero gli organi del corpo in modo indipendente dalla coscienza e dalla volontà. Il modello del riflesso nervoso fornirà poi la cornice teorica di riferimento per l'idea di "inconscio fisiologico" che si trova in vari autori di metà Ottocento, e specialmente in Henry Maudsley . Ma, come è noto, verso alla fine dell'Ottocento questo prototipo fisiologico diventa qualcosa di più complesso, e questo grazie alla trasformazione degli "automatismi fisiologici" in "automatismi psicologici" che si compie nella scuola di Charcot. Verrebbe da dire che questa trasformazione sia stata resa possibile proprio dal fatto che i tre modelli si trovano ad operare insieme. La psicologia, per esempio, non è in alcun modo in opposizione al sistema nervoso centrale, ma al contrario ne è l'espressione visibile. E grazie a questa prospettiva neuro-psicologica i riflessi nervosi, portatori di un funzionamento autonomo rispetto ai centri superiori del cervello, possono essere reinterpretati in termini di complessi ideativi autonomi e subconsci, o, come dirà Janet, che porterà a compimento questi sviluppi, come "automatismi psicologici" (Janet, 1889). Questi, in ultima istanza, sono dei processi psichici che funzionano come dei meccanismi fisiologici, ossia sono un prodotto del discorso ibrido che s'impone con Charcot, come lo è, d'altronde, la nozione di "lesione dinamica".

Cosa voleva dire "lesione dinamica"? Essa era una vera lesione del sistema nervoso vivente, ma che spariva nel cadavere sezionato sul tavolo anatomico. Il discorso di Charcot, il quale, non dimentichiamoci, si era formato come anatomo-patologo, continua a rimanere all'interno della cornice scientifico-naturale della medicina fondata sulla identificazione della causa con la sede della malattia, anche quando egli si trova a dover tracciare i limiti di questo discorso con la nozione paradossale di "lesione dinamica".

Questo paradosso doveva essere risolto in un senso o nell'altro: la lesione o c'è o non c'è. Prendere posizione su ciò, costringerà ad attraversare il guado in un senso o nell'altro: se si andrà avanti si approderà alla psicologia, la quale, però, sarà una psicologia distinta dal mondo retto dalle leggi fisiche, e se si tornerà indietro, sulla sponda delle malattie nervose, non si troverà più quel mondo indifferenziato che si è lasciato ma la "neurologia" come disciplina chiaramente circoscritta nell'ambito delle scienze della natura.

Tuttavia, come sempre accade, nella realtà le cose sono più sfumate, anche perché questo aut aut mal si adattava ai problemi posti dalla clinica, la quale, per un certo periodo, costringe a cercare soluzioni che sono sì alternative all'idea di lesione dinamica, ma anche simili, in quanto concepiscono il disturbo in questione come una vera "malattia", e più precisamente come una malattia del cervello, anche se questa malattia non ha una vera sede anatomopatologica e se la sua esatta determinazione nei termini delle scienze della natura è soltanto un *desideratum*. Queste teorie, pur facendo ricorso alla psicologia, si mantengono all'interno di una cornice scientifico-naturale: pur essendo uno strumento indispensabile per individuare e leggere i segni della malattia, la psicologia ha una funzione provvisoria che in principio può essere sostituita con l'esatta conoscenza fisico-chimica della patologia cerebrale in questione. Da questo punto di vista non esiste ancora un conflitto tra spiegazione scientifico-naturale e spiegazione psicologica, come invece si imporrà nella fase successiva. Le due teorie più famose di questo tipo sono quelle dell'isteria come restringimento della coscienza causato dall'indebolimento del sistema nervoso centrale elaborata dallo psicologo Pierre Janet nell'ambito della scuola di Charcot, e quella della nevrosi traumatica come disturbo nervoso funzionale elaborata dal neurologo di Berlino Hermann Oppenheim. Entrambe le teorie sono presentate in forma pienamente articolata nel 1889 e rappresentano una fase importante e centrale della storia del trauma psichico: di fatto, segnano l'apogeo di questa storia, dopo il quale inizierà un fase di tramonto promossa dallo stesso processo di psicologizzazione del trauma.

Se questi anni, e in particolare queste teorie, segnano l'apogeo della dottrina del trauma psichico è perché si produce una miscela tra fattori psicologici e fattori non-psicologici: da un lato si assiste ad una espansione dei sintomi riconosciuti come costruiti dalla mente a partire dall'incidente traumatico, e dall'altro l'intero quadro post-traumatico viene ancora considerato come espressione di una vera malattia, e questo assicura una oggettività e legittimità anche ai sintomi costruiti dalla mente. Nella fase successiva, invece, il processo di psicologizzazione si amplia ulteriormente fino a trasformare il quadro post-traumatico in qualcosa che, essendo interamente psicologico, diventa soggettivo e disancorato da un quadro di riferimento oggettivo e legittimante.

4. Janet e l'indebolimento del sistema nervoso

La tendenza alla progressiva psicologizzazione dell'isteria è invero già presente nello stesso Charcot, il quale dopo il 1884-85 estende il tipo di riflessioni elaborate rispetto alla paralisi traumatica a una serie di altri sintomi come:

“contratture, iperestesi più o meno intense, e persino sintomi isterici in apparenza del tutto diversi, vomiti, anoressie, mutismi. In tutti i casi mostrava l'importanza dell'idea fissa che produceva e manteneva il sintomo, la riproduzione di fatti identici per suggestione, il trattamento attraverso l'isolamento e le influenze morali che modificavano non lo stato fisico ma lo stato mentale patologico della persona isterica” (Janet, 1893, p. 424).

Con la lezione del 1888 sull'isteria dei ragazzi Charcot (1889) afferma che l'isteria era “per $\frac{3}{4}$ psichica”, e l'anno seguente, nel 1889, vengono pubblicati importanti lavori della sua scuola che accentuano ulteriormente questa tendenza, fra cui il libro di Guinon sugli “agents provocateurs” dell'isteria, in cui l'autore dice che l'idea fissa riesce in molti casi a dar forma ai sintomi non tanto per via dell'incidente in sé, ma perché il ricordo dell'incidente viene continuamente rimuginato ed ossessivamente pensato, e l'articolo in cui Dutil sottolinea l'importanza dei sogni nella formazione dei sintomi dell'isteria traumatica. Riassumendo questi due contributi, Janet scrive: “Quale che sia il meccanismo per cui le idee provocano il disturbo motorio, corea o contrattura, ecc., l'aspetto propriamente isterico che caratterizza la malattia è *la ripetizione costante, la persistenza del sogno*” (Janet, 1893, p. 424; enfasi aggiunta).

Mentre la fase precedente era caratterizzata dalla scoperta di una “idea patogena” alla base di un numero molto ristretto di sintomi, questa fase della storia del trauma psichico è caratterizzata dall'enfasi posta sulla *persistenza* dell'idea patogena, che ritorna continuamente nel rimuginare, nei pensieri ossessivi, nei sogni, e che viene ritrovata come ciò che accomuna una molteplicità di sintomi. Vale la pena di sottolineare che proprio l'evidenza clinica che questi pazienti, nonostante tutti i loro sforzi, *non riescono a dimenticare* certe vicende, sarà il punto da cui prenderà avvio la ricerca di Sigmund Freud (1893b). In ogni caso, ciò che si deve evidenziare è il progressivo ampliamento dei sintomi che, in questo modo, diventano interpretabili psicologicamente. Questo ampliamento è alla base di quello che è probabilmente il lavoro di riesame complessivo più chiaro dell'epoca: “*Quelques définitions récentes de l'hystérie*” [Qualche definizione recente dell'isteria] di Pierre Janet. In questo lavoro, scritto nel 1893, Janet parte dalla constatazione che: “Le definizioni dell'isteria si sono trasformate e sono divenute psicologiche” (1893, p. 422). La chiave di questa trasformazione è il progressivo riconoscimento delle “rappresentazioni mentali” nella produzione dei sintomi isterici, e la prospettiva che ha consentito questo riconoscimento è

soprattutto quella del trauma psichico. Un ottimo esempio di questa tendenza, secondo Janet, è l'articolo apparso nello stesso anno (il 1893) sul *Neurologisches Centralblatt*, a firma di Breuer e Freud,² i quali dimostrano che:

“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).

Questo ampliamento pone il problema della ridefinizione dei rapporti tra il quadro che Charcot aveva definito come “isteria traumatica” e l'isteria comune. Se infatti sempre più sintomi dell'isteria comune sono interpretabili secondo lo schema dell'isteria traumatica, allora l'intera questione deve essere riaperta. In particolare ci si viene a trovare ad un bivio: o si cerca di preservare il quadro post-traumatico inizialmente individuato da Charcot (come farà Oppenheim, sottraendolo alla isteria), o si riconosce una sostanziale identità tra isteria traumatica e isteria comune. Questa seconda strada sarà la strada maestra da cui passa la psicologizzazione delle nevrosi.³

Ora però, Janet, che è lo psicologo più raffinato di questa stagione culturale, non segue questa strada. Egli ritiene infatti che vi siano dei limiti all'impetuosa avanzata della psicologia e che non tutti i sintomi dell'isteria siano spiegabili in termini di costruzioni psicologiche occasionate da traumi. Egli distingue perciò tra sintomi prodotti psicologicamente, che egli chiama “accidenti” e sintomi di base, che non hanno significato psicologico, e che egli chiama “stigmati”. In altre parole egli risolve la tensione tra “isteria traumatica” e “isteria comune” proponendo una nuova concezione dell'isteria che si articola su due livelli, i quali si incastrano l'uno nell'altro, pur mantenendosi distinti (in questo modo egli preserva una certa autonomia e legittimità ai sintomi post-traumatici, o “accidenti”). Ma vediamo la sua dottrina più da vicino, passando in rassegna che cosa, oltre ai fenomeni manifestamente legati alle “idee fisse” può, secondo lui, può venire spiegato con la psicologia.

I tic, per esempio, dipendono da una idea a cui il soggetto sta pensando perché, a differenza degli spasmi, spariscono quando il soggetto non ci pensa o si addormenta. Anche gli spasmi possono avere inizio con una emozione o un'idea, ma poi questi motivi spariscono dalla coscienza.

² 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 (1892-1895).

³ Questa è anche la strada scelta da Freud, che però imprime a questa identità un senso capovolto rispetto alla visione dominante: mentre nella visione dominante le caratteristiche psicologiche dell'isteria, come l'immaginazione, il desiderio, l'esagerazione, dissolvono il nesso con l'incidente traumatico, Freud, per lo meno fino al 1897, riporta tali caratteristiche al trauma.

Tuttavia gli spasmi possono entrare a far parte degli “attacchi”, i quali sono fenomeni più complessi caratterizzati da combinazioni di convulsioni, urla, parole, di cui il soggetto non ha nella mente alcuna rappresentazione, anche perché “di solito, si risveglia dall’attacco senza ben sapere che cosa è successo”. Inoltre questi attacchi sembrano dipendere da un qualche fenomeno fisico perché, oltre ad essere indipendenti dal pensiero, “per provarli è sufficiente non risvegliare delle idee ma premere un punto del corpo, le ovaie o l’epigastrio” (p. 427). Nonostante queste caratteristiche (mancanza di rappresentazioni coscienti e pressione fisica come causa scatenante), l’attacco secondo Janet sarebbe suscettibile di spiegazione psicologica, in quanto ha la stessa struttura degli episodi di sonnambulismo:

“L’attacco è provocato da un fenomeno psicologico associato allo stato emotivo, l’idea fissa, il sogno costitutivo della seconda esistenza. Una isterica che nei suoi attacchi è in preda alla disperazione causata dalla morte del suo bambino, o al terrore provocato da un incendio, per avere un attacco deve solo rivolgere il pensiero al suo bambino, oppure ad un bambino qualunque, o deve solo guardare una fiammella o semplicemente della carta rossa. Queste sensazioni provocatrici che hanno un ruolo di segnale, possono essere scatenate, in certi casi, toccando un punto del corpo. Un bambino corre per le strade inseguito da un ubriaco, inciampa e cade in avanti sul ventre. D’allora è sufficiente toccarlo sul ventre perché abbia un attacco di terrore nel quale contemporaneamente vede l’ubriaco gettarsi su di lui, cerca di salvarsi e chiama aiuto” (p. 430)

Certi attacchi “sono evidentemente la riproduzione minuziosa di un evento della vita del soggetto”, altri, che non sembrano avere un senso preciso, appaiono comunque come la “riproduzione automatica di un vecchio stato emotivo”. Si può così concludere che “tutte queste crisi hanno la stessa natura, e consistono nella riproduzione più o meno completa di una emozione, d’una avventura, d’una vecchia idea in una seconda esistenza che è analoga ad un sonnambulismo più o meno rudimentale” (p. 432). L’aver determinato il carattere psicologico degli attacchi è importantissimo, perché è ciò che dimostra che le idee fisse esistono anche al di fuori della percezione cosciente, e che esistono all’interno di uno stato secondo di coscienza (il subconscio o seconda personalità), il cui carattere molto rudimentale è proprio ciò che consente alle idee fisse il loro straordinario potere. Questo potere si manifesta, fra l’altro, nel fatto di essere sempre pronte ad approfittare di ogni minima occasione per venire alla luce del sole.

Insomma, la prospettiva delle idee fisse subconscie ha ulteriormente ampliato la possibilità di leggere i sintomi psicologicamente. Ciononostante, per Janet non tutti i sintomi sono frutto di idee: se la mente provocata dall’incidente può essere riconosciuta come l’architetto dei sintomi accidentali, non così è per le stigmati. Riferendosi all’emergente tendenza a considerare l’isteria come interamente costruita su rappresentazioni mentali, Janet scrive: “Certi autori hanno cercato d’applicare alle stigmati la stessa spiegazione usata per le formazioni accidentali, riportando

anch'esse a delle idee fisse" (1893, II, p. 1). "Questa spiegazione", egli ammette, "è semplice, conforme ai principi che abbiamo posto, ma", egli aggiunge:

"anche se ci dispiace, non possiamo accettarla; l'osservazione di un gran numero di fatti molto regolari e facilmente verificabili, ci impediscono di assimilare le stigmati, l'anestesia per esempio, alle formazioni accidentali. 1) C'è sempre un evento preciso all'origine della formazione accidentale dovuta a idea fissa, qui non vediamo nulla nella storia dei malati che ha potuto metter loro in testa il pensiero di non sentire dal lato sinistro e quella d'aver il campo visivo ristretto. 2) le formazioni accidentali a partire da un'idea fissa sono conosciute dagli ammalati, le stigmati sono talmente indifferenti agli ammalati che sono per lo più ignorate. 3) E' vero che certe idee fisse sono subcosce, ma si ritrova il pensiero in stati di sonnambulismo o attraverso le procedure che permettono di constatare i fenomeni subcosci; giammai alcuna di queste procedure ci ha permesso di reperire un'idea fissa relativa alle stigmati. 4) Il pensiero dell'incidente determina la natura del sintomo, in altre parole l'ammalato costruisce il sintomo a seconda di come lo pensa. Al contrario, noi troviamo nelle stigmati dei caratteri complicati di cui il soggetto non ha alcuna idea. ... 5) Le idee fisse, essendo accidentali e personali, sono molto variabili ... Le stigmati sono perfettamente regolari e sono restati le stesse dal medioevo ad oggi in tutti i paesi in cui sono state osservate." (p. 2)

Oltre a questi cinque punti, che mantengono un certo interesse, Janet conclude con un sesto punto in cui si riflette la posizione eziologica della scuola di Charcot: le idee fisse si svilupperebbero di solito in uno stadio avanzato della malattia. Ritornerò dopo su questo punto. Per il momento è importante evidenziare i limiti che Janet pone all'avanzata della spiegazione psicologica. I sintomi spiegabili psicologicamente sono costruiti attraverso il pensiero e perciò sono soggettivi. Ma non tutti i sintomi sono soggettivi. Vi sono anche sintomi oggettivi (le stigmati), che obbediscono a leggi naturali, rimanendo sempre gli stessi. Questi sintomi 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, 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 elementare di indebolimento o soppressione delle sensazioni, dei ricordi, dei movimenti.

In altre parole, per Janet, quella che ci troviamo di fronte, non è tanto una "commedia" quanto una malattia vera e propria: è una malattia che priva la mente di certe sue funzioni e in modo tale da condizionare quel particolare modo di reagire alle esperienze traumatiche che caratterizza le persone isteriche. E questo particolare modo è l'incapacità di dimenticare, è 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 alla coordinazione 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. Ma la disaggregazione non può essere spiegata psicologicamente, non essendo altro che la diretta manifestazione di un indebolimento della funzione nervosa. Ma a che tipo di malattia cerebrale corrisponde questo indebolimento, si chiede anche Janet, è una malattia locale o generale? Si tratta di un disturbo localizzato in parti della corteccia cerebrale corrispondenti a questo o quell’organo sensoriale, oppure è un disturbo dell’insieme delle funzioni della corteccia cerebrale, ossia delle funzioni psicologiche?

La risposta di Janet è che le stimate non sono dovute a lesioni locali, e questo perché le funzioni sensoriali persistono, come è dimostrato dal fatto che, in caso di forte restringimento del campo visivo, “Le isteriche camminano, corrono senza cadere, senza urtare ostacoli come dovrebbero fare delle vere anestetiche, delle malate con il campo visivo davvero ridotto a un punto” (p. 4). In generale, egli dice, le stimate sono

“troppo mobili, spariscono troppo facilmente non appena si modifica il pensiero del soggetto ... Le stimate sono contraddittorie, cioè il funzionamento degli organi è reale e persiste anche quando sembra essere soppresso. In numerosi studi abbiamo dimostrato che la sensazione tattile, la sensazione visiva, anche alla periferia del campo visivo, continuava a funzionare, che, malgrado l’anestesia apparente, i ricordi erano riprodotti, che, nonostante la debolezza, i movimenti erano possibili e avevano persino conservato la loro forza, la miostenia indicata dal dinamometro” (p. 4).

Questa argomentazione, notiamo, è però in contrasto con quanto detto prima: quando si trattava di differenziare le stimate dalle formazioni accidentali, Janet diceva che le prime sono fisse, universali e indipendenti dal pensiero. Dunque oggettive. Ora che si tratta di differenziarle dai disturbi reali e localizzabili della funzione sensoriale, ossia dalle vere malattie neurologiche, Janet dice che le stimate sono troppo mobili, contraddittorie e condizionate dal pensiero. Dunque soggettive. Questa ambiguità corrisponde del resto ad un problema vero, al fatto che ci troviamo di fronte a quell’area di confine tra soggettività e oggettività che Charcot aveva individuato con il concetto ibrido di “lesione dinamica”, e che è definibile solo in negativo, sottraendo la soggettività al discorso delle rappresentazioni mentali, o l’oggettività al discorso delle malattie dei nervi.

Rispetto a Charcot, Janet offre una visione molto più precisa del problema, e delinea anche una soluzione interessante di questa ambiguità, dicendo che: “La localizzazione dell’anestesia può dipendere da una suggestione o da una idea fissa, ma l’anestesia in se stessa e le stimate in generale sono delle manifestazioni dell’insufficienza della percezione personale, del restringimento del campo di coscienza” (p. 9). D’altra parte questa soluzione è una sorta di regresso all’infinito in

cui viene riprodotta la stessa combinazione ibrida di elementi oggettivi e soggettivi che dovrebbe essere spiegata.

Lo stesso concetto di indebolimento delle funzioni nervose proposto da Janet è un concetto di questo tipo, che ha valore unicamente perché inserisce descrizioni puramente psicologiche nella cornice di una teoria anatomica, innesta un discorso soggettivo in un linguaggio obiettivo. Il punto, infatti, è che l'*indebolimento* del SNC è specificato non da criteri fisico-chimici ma da sintomi psicologici, i quali si appoggiano a loro volta su descrizioni astratte come “debolezza dell’attenzione”, o “stato di distrazione perpetua” (p. 5), che riassumono giudizi complessi come il seguente: “il carattere eccessivo e instabile [delle isteriche] ci sembra dipendere da questo fatto fondamentale: esse si danno sempre e per intero all’idea presente, senza alcuna di quelle riserve, di quei freni mentali che danno al pensiero la sua moderazione, il suo equilibrio e le sue transizioni” (p. 8). Ora, negli anni successivi queste caratteristiche verranno sempre più ricondotte a manifestazioni di *infantilismo* psichico, ossia quello che Janet assumeva come un limite invalicabile, da cui la psicologia era esclusa, sarà invece a sua volta assorbito dalla psicologia. Quello che egli considerava come indebolimento cerebrale, viene per lo più riconosciuto come uno stato della mente che è normale nel periodo infantile, così come è normale che il bambino sia più suggestionabile dell’adulto. E questo determina anche un collasso della cornice scientifico-naturale che permetteva a Janet di vedere i sintomi post-traumatici come una malattia vera e obiettiva e non il semplice frutto di suggestione, come invece emerge con Hyppolite Bernheim (1891) e vari altri autori, fra cui Philippe Sollier che, nel suo lavoro sull’amnesia del 1892, afferma: “L’isteria non è che un modo di funzionare del cervello; non c’è una malattia isterica ... è il meccanismo cerebrale che è isterico, non l’affezione” (cit. in Janet, 1893, II, p. 11). Ma è sulla scena tedesca che questo processo e le sue contraddizioni si stagliano con maggiore chiarezza.

5. La nevrosi traumatica

Al centro del vasto (e per lo più ignorato) dibattito tedesco sul trauma psichico vi è la categoria diagnostica di “nevrosi traumatica”, attraverso cui viene mantenuta e anzi rafforzata l’importanza del fattore traumatico originariamente messo in luce da Charcot. Essa è introdotta negli anni 1888 e 1889 da Hermann Oppenheim, per indicare un “disturbo nervoso funzionale” conseguente a un incidente. Con questa categoria il quadro post-traumatico che in quegli anni incominciava ad essere assorbito e dissolto dall’isteria, viene riportato nell’ambito della neurologia.

Oppenheim sviluppa la sua teoria della nevrosi traumatica basandosi, oltre che sul lavoro di Charcot, su 5 anni di osservazioni (1883-1888) compiute alla Charité di Berlino, su persone, quasi

tutti uomini, con sintomi nervosi e psichici insorti dopo incidenti, quali disorientamento, afasia, incapacità di stare in piedi e disturbi della deambulazione, tremori e disturbi del sonno. Nella sua monografia del 1889 vengono presentati 41 casi, quasi tutti della classe lavoratrice di Berlino, per lo più impiegati delle ferrovie, operai in fabbriche, manovali in cantieri. Di questi in 16 casi i sintomi sembravano connessi a incidenti ferroviari, in 17 casi a incidenti sul lavoro e negli 8 casi rimanenti potevano essere ricondotti ad altri incidenti. Nel capitolo sulle “Teorie sull’essenza e sulla genesi delle nevrosi traumatiche” del suo libro del 1889, Oppenheim sosteneva che la base organica non consisteva di modificazioni anatomiche macro- o microscopiche (anche se non escludeva la possibilità di combinazioni con questo tipo di lesioni) ma piuttosto di disturbi funzionali cerebrali causati dall’urto meccanico, con sede verosimilmente nella corteccia cerebrale, nei centri della motilità e della sensibilità. Oltre alla scossa meccanica, Oppenheim ipotizzava un trauma psichico (spavento) che poteva avere conseguenze durature proprio grazie al disturbo nervoso. A questo riguardo egli scrisse:

“Nella genesi di questa malattia, il trauma fisico è solo in parte responsabile. Un ruolo importante – e in molti casi maggiore – è giocato dalla psiche: terrore, shock emotivo. Anche nei casi in cui non c’è una ferita esterna, l’offesa può avere conseguenze dirette, che normalmente non sarebbero di grande importanza se la mente malata non creasse una malattia durevole sulla base del suo abnorme modo di reagire ai sintomi fisici.” (Oppenheim, 1889, p. 178).

Come risulta chiaro da questo passaggio, per Oppenheim erano necessari sia lo spavento psichico che l’urto fisico, perché solo quest’ultimo, provocando un disturbo funzionale del sistema nervoso, poteva far sì che lo spavento avesse effetti duraturi. Sebbene egli riconoscesse anche vari fattori predisponenti, come l’alcolismo e la degenerazione, a differenza delle altre prospettive che rendevano più o meno direttamente responsabile la personalità del ferito, per Oppenheim quel fattore che poteva trasformare uno spavento passeggero in sintomi persistenti era l’urto meccanico, al punto che la sua teoria era anche chiamata teoria dell’urto [Erschütterungstheorie]. Dato che questo permetteva di individuare la causa della persistenza dei sintomi nell’incidente stesso⁴, il libro di Oppenheim venne considerato una pietra miliare nello sviluppo della dottrina delle malattie nervose accidentali. Con esso la nevrosi traumatica veniva caratterizzata come una “nevrosi funzionale”, dove “funzionale” aveva lo stesso senso di “dinamico” per Charcot. In entrambi i casi lo psichico aveva sì un ruolo importante ma non indipendente dal disturbo nervoso, il cui preciso fondamento (molecolare, chimico) era ignoto ma conoscibile di principio. Ma la grande importanza

⁴ Può essere interessante segnalare che gli psicotraumatologi americani di oggi hanno una posizione simile, nel senso che sottolineano sempre che la durata dei sintomi dipende dall’incidente (implicando che non dipende dalla personalità della vittima).

assunta dalle idee di Oppenheim si deve soprattutto al contesto sociale della legislazione tedesca sugli infortuni. Secondo la legge del 1884, voluta da Bismarck, in caso di infortunio i lavoratori avevano diritto ad un risarcimento proporzionale alla diminuzione della capacità di lavorare. Quando, nel 1889, Oppenheim definì il quadro della nevrosi traumatica, esso venne riconosciuto dall'Ufficio Imperiale delle Assicurazioni come una condizione soggetta a risarcimento (e così sarà fino al 1926, quando sarà depennata)⁵, e questo scatenò varie polemiche. Alcuni psichiatri segnalavano immediatamente questa situazione come potenzialmente iatrogena⁶; in seguito, Friedreich Jolly (1897) aggiunse che la legislazione doveva essere ritenuta responsabile dell'aggravamento dei sintomi, per via delle ripetute perizie medico-legali a cui il ferito doveva sottoporsi; e nel 1898 Robert Gaupp sostenne che la nevrosi traumatica da spavento altro non era che un artefatto della prassi assicurativa dovuta alle teorie dei medici o alla simulazione del paziente. Sebbene i casi psicologici non superassero mai l'1 o 2% di tutte le richieste di pensione di invalidità, il solo fatto che la nevrosi traumatica fosse soggetta a pensione generò tra i neurologi e gli psichiatri una forte paura di una "epidemia", al punto che la nevrosi traumatica venne ribattezzata "nevrosi da pensione".

6. La reinterpretazione psicologica della nevrosi traumatica

Questo contesto fu certamente favorevole all'emergere e all'imporsi della dottrina psicologica delle nevrosi traumatiche. In Germania le premesse di questa svolta sono legate all'università di Lipsia dove nel 1879 Wilhelm Wundt aveva stabilito il primo laboratorio di psicologia sperimentale, diventato in seguito l'emblema della nascita della psicologia scientifica, e ai nomi di Adolf Strümpell, professore a Lipsia (dal 1883 al 1886 e poi di nuovo dal 1910), Paul Julius Möbius, assistente di Strümpell dal 1883 al 1886, Robert Sommer, che nel 1888 aveva trascorso un anno nel laboratorio di Wundt, ed Emil Kräpelin, che nel 1882 era venuto a Lipsia per lavorare con Wundt.

Fu in particolare Möbius che nel 1888 introdusse la concezione puramente ideogena dell'isteria, proponendo di chiamare "isteriche tutte quelle modificazioni morbose del corpo causate da rappresentazioni" (Möbius, 1888, p. 66). Egli trovava illuminanti gli esperimenti di Charcot sull'ipnosi, in quanto mostravano che tutti i sintomi isterici potevano essere evocati ad arbitrio. Ma,

⁵ Sul rapporto tra la legge sulla assicurazione obbligatoria degli infortuni, voluta dal cancelliere tedesco Otto von Bismarck per depoliticizzare la questione sociale e contrastare il movimento social-democratico, e la lotta degli psichiatri contro la nevrosi traumatica di Oppenheim, segnalo il bell'articolo di Paul Lerner (2000) che situa la nascita e il tramonto della sindrome descritta da Oppenheim nel contesto del dibattito sul *welfare state*.

⁶ Al congresso di Berlino del 1890 Albin Hoffmann indicò la descrizione dei sintomi da parte di Oppenheim come iatrogena e la legislazione sugli infortuni come un fattore che creava una "disposizione" alle nevrosi accidentali (Fischer-Homberger, 1975, p. 175).

a differenza di Charcot, per il quale la disposizione ai fenomeni ipnotici e isterici dipendeva da condizioni neurofisiologiche specifiche, Möbius riteneva che l'isteria fosse solo l'intensificazione patologica di una disposizione esistente in ogni persona: la tendenza del pensiero a trasformarsi in movimento senza la mediazione della volontà del soggetto (quale, per inciso, è particolarmente pronunciata nei bambini). Strümpell, che nel 1884 aveva introdotto il concetto di "trauma psichico", includendolo nel 1888 tra le possibili cause della nevrosi traumatica, nel 1892 aveva studiato il ruolo delle rappresentazioni mentali come causa e cura di una serie di malattie psichiche, e nel 1893, dopo aver criticato i precedenti modelli patogenetici, propose di considerare la nevrosi traumatica come una isteria. Egli concepiva l'isteria come una "psicosi" nel senso di una malattia puramente psichica, ma il termine psicosi era troppo facilmente equivocabile, per via del suo uso psichiatrico. Così, l'anno dopo, Robert Sommer coniò la nozione di "psicogenesi", proponendo di chiamare "psicogeni" i disturbi fino ad allora raggruppati sotto il nome di isteria (e di rinunciare a quest'ultimo termine). Questo cambiamento di nome implicava anche un cambiamento nella concezione: Sommer definiva infatti come psicogeni tutti quei disturbi che erano stati prodotti da "rappresentazioni e potevano essere guariti con rappresentazioni". Un esempio citato da Sommer è quello di un ragazzo che aveva battuto la testa a cinque anni, sviluppando sei anni dopo un mal di testa, grazie all'immaginazione, la quale aveva combinato in modo puramente psicogeno, la sede della ferita con la sensazione di dolore (Sommer, 1894, p. 128).

Come risulta evidente da questo esempio, nella prospettiva psicogena il trauma non gioca più alcun ruolo causale. Il trauma aveva messo in moto il processo di psicologizzazione delle nevrosi accidentali, ma proprio questo processo porta a dissolvere il nesso causale basato su un evento corporeo. Da incidente obiettivo il trauma si trasforma in *Erlebnis*, evento soggettivo governato da leggi psicologiche. E questo porta anche a ridefinire e poi a dissolvere il quadro della nevrosi traumatica. Ne è un esempio il percorso seguito da Emil Kräpelin, il quale, nella 3°, 4° e 5° edizione del suo manuale psichiatrico (rispettivamente 1889, 1893, 1896), riporta il complesso di sintomi identificato da Oppenheim, ma sotto il titolo di "nevrosi da spavento", per sottolinearne appunto la chiave di lettura psicologica. Questa reinterpretazione, d'altra parte, lo portò a riconsiderare l'intera questione, così, che nella 6° edizione (del 1899) Kräpelin dice che è ormai diventato dubbio che i moti dell'animo suscitati dall'incidente siano da considerarsi la causa essenziale della malattia. La questione si riaprirà alcuni anni dopo, quando l'epidemia di nevrosi traumatica della prima guerra mondiale porterà la categoria diagnostica di Oppenheim di nuovo al centro del dibattito. E anche Kräpelin la reintegrerà nella 8° edizione (del 1915), ma riconducendola

essenzialmente alla costituzione del paziente e solo in minima parte al trauma (vedi Fischer-Homburger, 1975, pp. 84-86).

Se per Charcot la psicologia era solo un metodo per pervenire a scopi definiti nell'ambito del pensiero scientifico-naturale, nell'ultimo decennio del secolo emerge una tendenza a rendere la considerazione psicologica indipendente da questa cornice, come risulta particolarmente evidente dal dibattito sul trauma. Di fatto, con il compiersi del passaggio dal modello medico-naturalistico (chirurgico) a quello psicologico, il concetto di trauma entra in una grave crisi, ben illustrata da un articolo di Robert Gaupp del 1898, intitolato "Zur Kritik der Verwendung des Begriffs 'Trauma' in der Ätiologie der Nervenkrankheiten" [Critica dell'impiego del concetto di 'trauma' nella etiologia delle malattie dei nervi]. In esso l'autore, mettendo a frutto una serie di posizioni maturate negli anni precedenti, dissolve il concetto di nevrosi traumatica sostenendo che si trattava di un disturbo nervoso costituzionale che il trauma aveva semplicemente reso manifesto (o che era già presente, e che il trauma aveva solo peggiorato), o che tra il trauma e il disturbo vi era una causalità solo "pensata" ma non "reale".

Che la causalità fosse solo "pensata", faceva parte della definizione stessa di "meccanismo psichico" di Charcot. Proprio perché una certa paralisi era causata da una "idea", anziché da una lesione anatomica, essa poteva essere eliminata semplicemente agendo sulle rappresentazioni. Era questa reversibilità, già mostrata da Charcot, che giustificava l'inserimento della rappresentazione in un ordine regolato dal principio di causalità. Ma come concepire questo ordine? Per Charcot quest'ordine rimaneva quello dell'anatomia del sistema nervoso. Abbracciando il metodo psicologico, egli non aveva cioè rinunciato né all'idea di "sede", attorno a cui si era sviluppata la medicina come scienza della natura, né alla metodo della localizzazione della lesione, ma aveva proposto di considerare la lesione come "dinamica", ossia come una proprietà della materia vivente, di cui non rimaneva traccia sul cadavere, ma che comunque aveva il compito di ancorare l'ordine della rappresentazione all'ordine naturale del cervello.

Ma è proprio questo ancoraggio che salta negli anni successivi quando, con Möbius e Strümpell, l'ordine della rappresentazione viene separato dall'anatomia del sistema nervoso⁷ e l'isteria diventa malattia senza sede anatomopatologica. Möbius sostiene che l'isterico obbedisce ad un ordine immaginario, e nella conferenza del 1893 Strümpell dice che la nevrosi traumatica è isteria e che la "sede" dell'isteria è lo "psichico". Ma a questo punto, come si poteva parlare ancora

⁷ Rientra in questa direzione anche il contributo del giovane Freud, che nel 1893 scriveva: "la lesione delle paralisi isteriche deve essere del tutto indipendente dall'anatomia del sistema nervoso, dal momento che l'isteria, nelle sue paralisi e in altre sue manifestazioni, si comporta come se l'anatomia non esistesse per nulla o come se essa non ne avesse alcuna conoscenza" (Freud, 1893a, p. 80).

di causalità? Se la rappresentazione patogena era indipendente dal substrato, essa agiva non più, per così dire, nella sala macchine, bensì nel teatro psicologico in cui si possono tutt'al più intercettare i desideri e ingannare la volontà. Ma questo teatro era collocato nel mondo arbitrario delle responsabilità e non in quello delle leggi di natura. Come verrà riassunto da un motto attribuito a Ludwig Bruns, l'isteria non si comportava secondo leggi fisiche, ma secondo leggi psicologiche (cit. da Fisher-Homberger, 1975, p. 127).

7. Dal meccanismo psichico al motivo psicologico: Le “rappresentazioni di desiderio”

Per capire come il paradigma psicologico porti a dissolvere il quadro della nevrosi traumatica dobbiamo pensare al fatto che se un comportamento o un sintomo viene compreso psicologicamente (ossia a partire da motivi e scopi), tende anche ad apparire come qualcosa che in linea di principio è controllabile e padroneggiabile, ossia sottoposto alla volontà. Ma questo è in contrasto con l'idea di malattia.

In una prima fase del processo di psicologizzazione, il problema viene risolto o chiamando in causa l'urto meccanico o attribuendo alle rappresentazioni mentali che fungono da motivi uno statuto quasi-fisico. Descrivendo le idee come non-consce o sub-consce, le rappresentazioni erano rese opache nei loro motivi, estranee alla coscienza e sottratte al dominio della volontà. Si parla infatti di *meccanismi psichici*, e non di motivi psicologici. Questa è la strada inizialmente scelta da Charcot e Janet, e solo in parte da Möbius. Quest'ultimo, infatti, sebbene escluda la coscienza del paziente dalla eziologia, per ragioni metodologiche non osa fare il salto dal non-conscio all'inconscio (vedi Fisher-Homberger, 1975, p. 130) e imbocca un'altra direzione: preferisce sfumare la nozione di malattia, proponendo di considerare l'isteria come una esagerazione di processi normali.

Questa scelta, che caratterizza la dottrina tedesca della psicogenesi, viene ulteriormente rafforzata con Strümpell, il quale fin dall'inizio si concentra sulla questione della volontà, impostando la psicoterapia come esercitazione metodica della volontà. Nel 1893 raccomanda che coloro che sviluppano sintomi nervosi dopo un incidente, riprendano immediatamente il lavoro, al fine di rafforzare la volontà e nel 1895 introduce un concetto destinato a diventare l'emblema della interpretazione psicologica delle nevrosi. Parlando delle nevrosi traumatiche, egli dice 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” (Strümpell, 1895, p. 1137). Negli sviluppi successivi soltanto queste ultime avranno un ruolo.

Se per Charcot certe idee potevano diventare patogene non era per il loro contenuto, ma perché erano dissociate dalla coscienza. Per Strümpell, invece, esse sono patogene per via della loro funzione all'interno della coscienza. Le “rappresentazioni di desiderio” [Begehrungs-Vorstellungen]⁸ infatti imbrogliano la coscienza e intercettano la volontà. La differenza più importante che esse introducono nella dottrina psicogenetica delle nevrosi, è la trasformazione del “meccanismo psichico” in “motivo psicologico”. Infatti, queste rappresentazioni, essendo sottratte all'ordine delle cause e assimilate all'ordine della coscienza, imprimono una intenzionalità ai sintomi e uno scopo alla malattia. Nel 1928 Georg Flatau dirà che il contributo dato da Strümpell con la nozione di “rappresentazione di desiderio” era stato di aver indicato la partecipazione più o meno cosciente del ferito nell'insorgere e nel permanere dei sintomi.⁹ Una delle preoccupazioni di Strümpell era effettivamente quella di stabilire in quale misura vi fosse una responsabilità del ferito nella formazione e nel mantenimento dei sintomi. Come sottolinea Bruns:

“Se davvero le rappresentazioni di desiderio giocano il ruolo ... che Strümpell attribuisce loro nell'insorgenza della nevrosi accidentale, allora non ci si può più attenere alla completa irresponsabilità di questi nevrotici da incidente per la loro infermità ... per lo meno finché si assuma il libero arbitrio dell'uomo sano, e Strümpell trae davvero questa conclusione ...” (Bruns, 1901, p. 91).

All'interno del precedente paradigma scientifico-naturale, la questione della responsabilità era risolta distinguendo tra sintomi obiettivi e simulazione. Certo, da sempre all'isteria era riconosciuta la capacità di imitare ogni possibile malattia, e Charcot imitandone a sua volta la teatralità, la chiamava (in italiano) “la grande simulatrice”. Proprio per questo sia Charcot che Oppenheim avevano elaborato test in grado di distinguere il carattere obiettivo o simulato di determinati sintomi post-traumatici, in particolare tremori e paralisi. Essi credevano cioè di poter risolvere la questione identificando i sintomi “veri” – ossia credevano che i sintomi veri esistessero, e che fossero sempre gli stessi in tutti i luoghi e in tutti i tempi. Insomma ritenevano questo quadro post-traumatico l'espressione di una vera malattia – indipendentemente che si chiamasse nevrosi o isteria traumatica.

Questa visione medica non teneva però adeguatamente conto del trasformarsi dei sintomi isterici. Soltanto nel corso dell'Ottocento l'espressione prevalente dell'isteria passa, dalla

⁸ La traduzione letterale di “Begehrung” è “brama”, più che desiderio, termine con cui sarà tradotto il “Wunsch” di Freud (a sua volta più simile al “voto”). A proposito di Freud: non mi pare che le sue idee siano mai state rapportate a questo contesto, nonostante che le connessioni fra le due serie siano così evidenti. Basti pensare alla progressiva importanza che i desideri inconsci acquistano a partire dal 1895 (come è documentato dalle lettere a Fliess di quel periodo), fino a sfociare nell'abbandono della teoria del trauma nel 1897.

tradizionale migrazione interna dell'utero fino alla "soffocazione", alle crisi convulsive, alle paralisi e infine alle anestesi sensoriali, all'amnesia, fino a diventare più sfumata alla fine del secolo, in corrispondenza con l'imporsi del paradigma psicologico.¹⁰ Ora, come suggerito da Strümpell nel 1893, la psicogenesi delle nevrosi traumatiche chiariva il paradosso del trasformarsi dei sintomi, i quali erano di volta in volta conformi alle leggi riconosciute della anatomia e fisiologia, evidenziando la dipendenza dei sintomi dagli stati di coscienza dei malati. Per il paradigma psicologico, non solo non esistevano sintomi obiettivi, ma le idee dei medici e il modo in cui essi visitavano il paziente esercitavano un sottile effetto suggestivo sulla forma dei sintomi. E per Strümpell questa plasmabilità del sintomo escludeva che tra l'incidente traumatico e la forma del sintomo vi fosse un effetto meccanico. Insomma, per il paradigma psicologico non aveva senso utilizzare un test in grado di distinguere tra sintomi obiettivi e simulati, dato che anche quelli apparentemente obiettivi erano costruiti attorno alla suggestione, erano un frutto dell'immaginazione e dei suoi molteplici condizionamenti. Ma questo doveva rovesciare l'eterna questione del rapporto tra isteria e simulazione.

Nel 1893, Friedreich Jolly sottolineava come la penosa esperienza di sentirsi imbrogliati fosse comune a tutti coloro che avevano visto molte isteriche, ammettendo quanto ciò fosse mortificante per l'amor proprio del medico. Tuttavia, egli aggiungeva anche che sarebbe stato un errore trarre da ciò la conclusione che la paziente non era per questo ammalata, infatti questa situazione era il prodotto della aumentata forza dell'immaginazione, che era alla base dei vari fenomeni morbosi.¹¹ Per un certo periodo, dunque, l'idea di imbroglio riuscì a convivere con quella di malattia, senza far perdere a quest'ultima un suo statuto autonomo rispetto alla persona dell'ammalato. Ma anche qui la nozione di "rappresentazioni di desiderio" modificò il modo di vedere le cose. Alcuni anni dopo, nel 1900, Rudolf Wagner, dirà semplicemente che la "tendenza a mentire" apparteneva all'essenza della malattia isterica (Wagner, 1900, p. 47). Se all'interno del paradigma scientifico-naturale era fondamentale distinguere tra malattia e simulazione, nella nuova prospettiva psicologica questa distinzione viene a cadere, dato che la tendenza alla simulazione viene riconosciuta come un sintomo dell'isteria, anzi come la sua caratteristica fondamentale.

Con questo passaggio la malattia, ossia la causa dei sintomi, viene attribuita alla personalità. Oppenheim, che si era strenuamente opposto a un processo di psicologizzazione che portava ad imputare al ferito la responsabilità dei suoi sintomi, scriverà retrospettivamente:

⁹ Georg Flatau, *Neue Anschauungen über die Neurosen und ihr Einfluß auf die Therapie*, Stuttgart, 1928, p. 10, cit. in Fischer-Homberger, 1975, p. 133.

¹⁰ Vedi Shorter (1892), il quale correla anche l'espressione sintomatica prevalente alla teoria medica dominante.

“Molti avversari divennero seguaci di Charcot e identificarono completamente la nevrosi traumatica con l’isteria, negando però – in contrasto con Charcot – le determinate qualità di questa isteria [traumatica] ... la grande quantità di osservazioni ed esperienze, contenute negli studi sia di Charcot che miei ... venne lasciata completamente da parte “ “così la nevrosi traumatica venne sempre più screditata”; “il termine nevrosi traumatica [venne] proibito quasi dappertutto ... e il concetto di isteria traumatica venne sì legittimato, ma con l’idea che tra essa e la simulazione non vi fosse alcun netto confine. Il trauma non prendeva forma a partire dall’incidente ma a partire dalle rappresentazioni di desiderio” (Oppenheim, 1915, pp. 257-258).

Questa linea di pensiero trovò un ulteriore sviluppo in Karl Bonhöffer, il quale nel 1911 introdusse il concetto di “volontà di malattia”. Per Bonhöffer ciò che caratterizzava l’isteria non era l’emotività, né la suggestionabilità, né lo sdoppiamento della coscienza, né lo sprofondare dei processi psichici nell’inconscio o semiconscio, quanto una direzione artefatta della volontà che prendeva più spesso la forma della “volontà di malattia” (Bonhöffer, 1911, p. 373). In particolare l’isteria accidentale era una “reazione” all’incidente, spiegabile a partire dal desiderio del danno. Con ciò la nevrosi traumatica veniva compresa a partire dalla volontà di realizzare uno scopo desiderato. In generale questa era la concezione dei sintomi isterici che si stava imponendo: “I sintomi isterici sorgono soltanto quando sono un mezzo per uno scopo particolare, quando essi appaiono dotati di utilità pratica al soggetto” (Pönitz, 1921, p. 14). Come ha sottolineato Esther Fischer-Homberger (1975, p. 135), la nevrosi perde in tal modo il carattere di malattia, diventando interamente spiegabile a partire da motivi. Ma se è così, allora essa non diverge più, in termini psicologici, dal comportamento normale. L’unico elemento problematico rimane il motivo stesso, la scelta di uno scopo che non è “normale” nel senso di socialmente condiviso. Spiegare perché qualcuno sceglie di perseguire uno scopo estraneo o contrario agli interessi della società non è però più affare della psicologia, ma è un compito della sociologia o della psichiatria. Quest’ultima, in particolare, per spiegare il tendere in una direzione o in un’altra si appoggia sempre di più all’idea di costituzione biologica (che in questo periodo conosce una potente rinascita). Così Bonhöffer sostiene che, sebbene vi possano essere anche in persone normali reazioni morbose a esperienze traumatiche, è soltanto negli isterici costituzionali che la “volontà di malattia”, combinandosi al trauma, può produrre condizioni nevrotiche durature. Nel 1913 anche Kraepelin abbraccia l’idea che l’isteria fosse “una reazione personale che non è chiaramente distinguibile dalla salute” (Kraepelin, 1913, p. 266), la quale si presentava per lo più in soggetti in cui la volontà non era compiutamente sviluppata.

¹¹ Congress für Innere Medizin, Wiesbaden 1893, cit. in Fischer-Homberger, 1975, p. 126.

8. La psicologizzazione delle nevrosi di guerra

Con l'introduzione del termine "reazione" al posto di "malattia", il processo di psicologizzazione delle nevrosi giunge alle sue ultime conseguenze, secondo linee che saranno confermate dalla dottrina delle nevrosi di guerra. Con la guerra si afferma definitivamente l'idea che le nevrosi traumatiche siano non una malattia ma un disturbo isterico, nel senso di una reazione normale e padroneggiabile, dipendente dal desiderio e dalla volontà, che può diventare morbosa solo quando il desiderio e la volontà sono morbosi.

Come è noto, fin dai primi mesi della prima guerra mondiale vi furono tra i soldati moltissimi casi di nevrosi traumatiche,¹² le quali presentavano lo stesso complesso di sintomi motori, sensoriali e psichici (paralisi e tremori, anestesi, amnesie e afasie), che si era aggregato attorno agli incidenti ferroviari e che, dopo aver raggiunto il suo apogeo negli anni 1880, era andato progressivamente diluendosi fino a sparire dal discorso medico. Per designare questi disturbi, al termine "nevrosi traumatica" venne però preferito quello di "nevrosi di guerra" per via del suo carattere neutrale. La diagnosi di nevrosi traumatica presentava infatti questo complesso di sintomi come una malattia basata su lesioni del sistema nervoso. Se lo psichiatra militare faceva questa diagnosi, stabiliva anche una prognosi grave che garantiva al soldato non solo di non tornare al fronte, ma anche una pensione di invalidità. Se, al contrario, faceva una diagnosi d'isteria, introduceva la possibilità di una veloce riabilitazione al termine della quale il soldato veniva rinvio al fronte.

Le prime esperienze di guerra al fronte di Verdun, avevano evidenziato la differenza di frequenza di disturbi nervosi tra i soldati tedeschi e i prigionieri di guerra francesi. L'assenza di sintomi in questi ultimi, per i quali, come si diceva, la guerra era subito finita, aveva confermato il ruolo giocato nella formazione dei sintomi dai desideri di sicurezza personale, e con ciò la natura isterica del disturbo. Un secondo argomento che andava nella medesima direzione era la rarità dei sintomi nevrotici tra soldati che avevano riportato ferite gravi. Le ferite vere, si diceva, rendevano la funzione dei sintomi nevrotici superflua. Questo dato venne inoltre utilizzato come dimostrazione del carattere non-organico delle nevrosi di guerra: se le nevrosi fossero state davvero l'effetto della esplosione sul corpo, allora i soldati più gravemente feriti sarebbero stati quelli maggiormente soggetti a disturbi nervosi. Insomma, fin dal primo anno di guerra, si impose l'idea che le nevrosi di guerra fossero il prodotto di un processo a due stadi: nel primo l'esplosione di una granata o un qualche altro shock agiva da causa scatenante dei sintomi, che però venivano fissati in un secondo

¹² In Germania, nel periodo 1914-1918, 613.047 soldati vennero trattate in ospedali militari per "malattie al sistema nervoso", di cui 111.772 nel solo primo anno di guerra (Kaufmann, 1999, pp. 125, 132-33); la stima dei nevrotici di guerra è di circa 200.000 soldati (Lerner, 2000).

momento dal desiderio, trasformando così una reazione plastica e temporanea, in una condizione morbosa persistente. Vi era inoltre il fatto che non sempre i disturbi posttraumatici venivano causati da incidenti che travolgevano il corpo, a volte era sufficiente la vista degli orrori. Robert Gaupp, commentando nel 1915 il crescente numero di pazienti con disturbi mentali conseguenti a scoppio di granate, scriveva: “In questi casi non era necessario un danno al corpo per causare questo disturbo ai nervi; erano sufficienti lo shock e spesso l’effetto devastante della vista dei commilitoni morti” (Gaupp, 1915, p. 361). Lo stesso Gaupp diede la seguente descrizione di un caso in cui il disturbo si era manifestato senza alcun urto fisico diretto, ma soltanto attraverso la rappresentazione dell’urto fisico: “Vidi una delle forme più gravi di paralisi con tremori in un giovane ufficiale che dovette passare con un camion carico di munizioni sopra i corpi dei soldati tedeschi feriti. Quando sentì gli scricchiolii e i gemiti dei corpi, perse conoscenza, cadde dal camion e sviluppò i gravi sintomi. Questi casi sono numerosi”¹³.

Insomma, vi erano moltissime indicazioni della natura “psicogena”, e dunque isterica, dei disturbi ai nervi. Oppenheim, che all’inizio della guerra era stato posto a capo dell’ospedale militare di Berlino, nel 1915 prese posizione contro questa interpretazione e anzi sostenne che la guerra aveva confermato le sue precedenti esperienze e convinzioni in materia di sintomi post-traumatici. Contrastando la tendenza a psicologizzare la nevrosi, egli cercò di salvare per lo meno alcuni quadri obiettivi (la nevrosi crampiforme, l’acinesia amnestica, la nevrosi riflessa), e questo riaccese il vecchio dibattito, che divampò con toni molto più violenti di prima e radicalizzò ulteriormente la contrapposizione tra momento traumatico e reazione psicologica.

Il problema di come diagnosticare i nevrotici di guerra (nevrosi traumatica o isteria?) divenne la grande controversia nella medicina mentale tedesca durante la guerra, raggiungendo l’apice al Congresso di guerra di Monaco del 1916, dove, con poche eccezioni, la teoria di Oppenheim venne attaccata affermando la natura psicogenetica delle condizioni nevrotiche, ossia argomentando che esse non avevano a che fare con le condizioni del combattimento, ma con elementi psicologici che potevano presentarsi con maggiore facilità in uomini costituzionalmente predisposti, quali la paura di morte, il desiderio di salvarsi, o il desiderio di una pensione di guerra (Lerner, 1998, 2000). Gli psichiatri temevano il ritorno delle idee di Oppenheim, perché avevano paura che potessero generare tra i soldati (e tra i veterani) epidemie di massa in modo simile alle così dette “nevrosi da pensione”. Max Nonne, Karl Bonhöffer, Robert Gaupp, Alfred Sängner e altri, contrastarono con veemenza l’idea che vi potessero essere disturbi organici sottostanti ai sintomi nervosi delle esplosioni di granate. Nonne, che aveva reintrodotta l’ipnosi, e le cui spettacolari

¹³ Tratto da: Gaupp, R. (1917). Lecture at the “War Conference”. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde,

guarigioni fulminee gli valsero il soprannome di “guaritore magico”, rispolverò il vecchio argomento per cui, se le nevrosi di guerra potevano essere guarite con l’ipnosi, allora si trattava di isteria. Similmente, Sängner sostenne che le guarigioni ipnotiche di Nonne erano la più energica confutazione della “teoria dell’urto” di Oppenheim, la cui prognosi era troppo pessimistica, e la cui terminologia doveva essere respinta anche per ragioni economiche e pratiche (Fischer-Homberger, 1975, p. 138-139).¹⁴ Insomma, si determinò una confluenza tra gli interessi militari, politici ed economici della Germania e l’interpretazione psicologica delle nevrosi. Il luogo di questa confluenza fu la questione della volontà.

A livello terapeutico il paradigma psicogeno permetteva di abbandonare il trattamento che mirava a “calmare i nervi”, tipico della tradizione neurologica, per sostituirlo con misure mirate a rafforzare la volontà. Con l’eccezione di pochi psichiatri che riuscirono a mantenersi in una posizione intermedia ripristinando il tradizionale concetto di “nevrosi da spavento”, le nevrosi di guerra si profilavano sempre più nettamente come malattie della volontà. Ledderhose chiamò le paralisi isteriche “paralisi della volontà”, Lewandowsky vedeva nelle nevrosi di guerra solo una “debolezza della volontà”, Hellpack coniò l’espressione “avvelenamento della volontà” (Fischer-Homburger, 1975, pp. 143-144). Conseguentemente, le nevrosi di guerra dovevano essere trattate con la psicoterapia, la quale era a sua volta concepita come “terapia della volontà” finalizzata a risvegliare quella che Lewandowsky chiamava l’“energia del volere”. La terapia doveva contrastare la volontà di malattia e risvegliare la volontà di guarigione. Quest’ultima consisteva a sua volta nel ripristino di una volontà sana e forte, ossia con la volontà di morire per la patria.

Il principale teorico della volontà fu il giovane Ernst Kretschmer, il quale coniò nel 1917 il concetto di “abitudine isterica” [hysterische Gewöhnung] per caratterizzare uno stato intermedio tra malattia e finzione, dominato da una cattiva volontà di salute, che doveva essere curato costringendo la persona che ne era affetta alla dura lotta per la sopravvivenza. Le persone che ne erano affette erano per lo più psicopatici costituzionali leggeri, con abulia, debolezza muscolare e umore ipocondriaco. Questi avevano sviluppato un’abitudine isterica nel senso di una “tecnica di trarre profitto dagli affetti” che, nel caso delle nevrosi di guerra, veniva impiegata per evitare il

115-50; p. 128; cit. in Kaufmann, 1999, p. 136

¹⁴ Doris Kaufmann riassume così gli argomenti portati per contrastare l’idea che le nevrosi di guerra fossero accompagnate da modificazioni organiche: “Primo, la soggettività dei sintomi, che indicava un desiderio conscio o inconscio; secondo, una disposizione generale verso la nevrosi basata sulle *Begehrungsvorstellungen* (desideri non detti), ossia il desiderio di non combattere più e di ricevere una pensione militare; terzo, l’insorgere di disturbi mentali e psichici non al fronte, ma più tardi, come una sorta di contagio psichico nell’ospedale militare, acquisito imitando i sintomi isterici; quarto, l’assenza di nevrosi fra i soldati feriti gravemente e tra i prigionieri di guerra; e, infine, l’alto grado di suggestionabilità delle

fronte o ottenere una pensione. Concedere tale pensione sarebbe stato un errore fatale, secondo Kretschmer, perché ne sarebbe stata rafforzata la cattiva volontà di salute, la quale era la causa dei sintomi.

In questo clima, la prospettiva psicologica divenne uno strumento per trattare le nevrosi di guerra in modo educativo-punitivo (Fisher-Homburger, 1975, p. 149). Essa legittimò per esempio il metodo Kaufmann, che consisteva nell'impiego di forti scosse elettriche per produrre uno shock psichico. Questo metodo era dichiarato una "terapia suggestiva" dal suo inventore, Fritz Kaufmann, il quale lo preferiva all'ipnosi perché di più facile impiego, e perché "il forte dolore rimuove tutte le rappresentazioni di desiderio negative" (cit. in Fisher-Homburger, 1975, p. 150; vedi anche Kaufmann, 1916). Come il prof. Foster spiegava ai pazienti a cui applicava il metodo, le scosse elettriche non erano applicate per curare una malattia, ma perché "la loro presunta malattia era una cattiva abitudine" che le scosse avevano il compito di contrastare, risvegliando la forza di volontà e rendendo più facile la decisione di tornare al fronte (ibid., p. 151).

Un cadetto ufficiale, rimasto parzialmente sordo e muto dopo l'esplosione di una granata, diede la seguente descrizione soggettiva del trattamento:

"Quando la corrente venne accesa iniziai a sentire come una puntura, poi all'improvviso scoppiò un intenso dolore ... Quando l'effetto suggestivo del dottore incominciò, mi sentii come un oggetto senza una volontà propria, combattuto tra due poteri opposti. Da un lato, grazie ai miei ragionamenti e al dominio esercitato dal dottore, la mia volontà avanzò lentamente fino a prendere le parti del dottore. Dall'altro lato le orecchie e il linguaggio si avvinghiarono ancora più saldamente per reggere l'assalto del comando proveniente dalla suggestione del dottore e dalla mia volontà ... di essere in grado di parlare e ascoltare. In quel momento sentivo di essere due persone. Mi aggrappai ai rimproveri del dottore come un naufrago ad una sagola di salvataggio, l'afferrai strettamente e incominciai a tirare i miei nervi verso di me. Così le due persone continuarono a tirare ciascuna dalla sua parte, finché riuscii a capire e a parlare." (Hirschfeld, 1981, p. 304; cit. in Kaufmann, 1999, p. 139)

È da notare come questa lotta sia raddoppiata dalla lotta tra i due discorsi, quello dei nervi e quello della nascente psicologia: se da un lato l'universo dell'esperienza interiore descritto da questo soldato è organizzato dal tradizionale linguaggio dei nervi, il combattimento è però già pienamente psicologico, in quanto è presentato come un conflitto tra parti opposte della personalità.

Agli psichiatri la guerra era apparsa subito come "un grande esperimento sulla salute nervosa e psichica del nostro popolo" (Hoche, 1916, p. 331; cit. in Kaufmann, 1999, p. 127), e questo grande esperimento, come scriverà Martin Reichardt nel 1922, aveva dimostrato che la nevrosi

persone affette, i cui sintomi sparivano attraverso l'ipnosi dimostrando perciò di essere disturbi nervosi funzionali." (Kaufmann, 1999, p. 133).

traumatica doveva “essere definitivamente compresa psicologicamente” (p. 6). Essa, aggiungeva Reichardt, “Non è una malattia in senso stretto, ma una reazione psichica” (p. 9).

9. Conclusioni

La recente rinascita del trauma psichico, attraverso la categoria del “disturbo post-traumatico da stress”, ha promosso un interesse storico sul tema. In studi sorti nell’ambito del movimento americano di riscoperta del trauma (specialmente Trimble, 1981; Healy, 1993) si avanza la tesi che la scomparsa della diagnosi di “nevrosi traumatica” all’inizio del XX secolo non sia “avvenuta in conseguenza dei progressi della medicina ma piuttosto di una repressione medica” (Healy, 1993, p. 99).¹⁵ Questi autori ignorano però del tutto la letteratura tedesca su cui è stato basato questo studio, la quale mostra chiaramente che non vi è repressione ma dissoluzione dell’area del trauma psichico, e che questa è promossa non da forze esterne bensì dallo stesso movimento di “psicologizzazione” da cui l’idea di trauma psichico si era originata negli anni 1870. In questo studio ho infatti cercato di cogliere la natura ambigua del processo storico-culturale da cui si origina l’area del trauma, mostrando come essa emerga soltanto nell’istante in cui la psicologizzazione è già avviata ma non ancora conclusa. Se l’universo prepsicologico ignora il trauma psichico, la completa psicologizzazione comporta la sua dissoluzione. Quello di “trauma psichico” è dunque un concetto altamente instabile, e forse per questo destinato a espandersi o a dissolversi, e comunque ad assumere sempre nuove forme.

Con una certa sorpresa, abbiamo inoltre scoperto l’importante ruolo che esso ha svolto nel promuovere la visione psicogenetica delle nevrosi. Dico con una certa sorpresa perché questo tema è al centro della monumentale opera di Henri Ellenberger, *La scoperta dell’inconscio* (1970), il quale però, nella sua ricostruzione, ha trascurato quasi completamente il ruolo svolto dal trauma psichico. La cosa può sembrare paradossale, dato che, per aver tratto dall’oblio l’opera di Pierre Janet e le sue idee sulla dissociazione, lo studio di Ellenberger è considerato uno degli impulsi culturali all’origine del movimento americano di riscoperta del trauma psichico e della personalità multipla. Eppure, scegliendo di ricostruire la psichiatria dinamica di fine del secolo a partire dal mesmerismo e dalla psichiatria morale d’inizio Ottocento, egli finisce proprio per ignorare il tema del trauma psichico, il quale, come abbiamo visto, prende avvio dal discorso sui nervi.

¹⁵ In questa prospettiva, che non manca di toni fondamentalisti, la scomparsa dell’isteria, soprattutto nella forma della personalità multipla, è spiegata attraverso l’avvento del concetto psichiatrico di schizofrenia (“E’ forse una coincidenza – si chiede Healy, 1993, p. 103 – se il declino nell’uso del termine isteria ha coinciso con l’introduzione del termine schizofrenia?”), così come la scomparsa del concetto di dissociazione proposta da Janet, è imputata a Freud e al suo concetto di rimozione. Per una trattazione

Questa lacuna non è senza conseguenze. Come è noto, Ellenberger ha sostenuto che l'Ottocento è il secolo della psicoterapia, quando la limitata incidenza delle pratiche che egli discute non parrebbe sufficiente a giustificare un'affermazione così impegnativa, anche perché è soltanto nell'ultimo decennio del secolo il termine "psicoterapia" si diffonde¹⁶. Se però noi vediamo l'idea di psicoterapia come uno dei punti di arrivo di un più vasto processo di psicologizzazione delle malattie nervose, allora l'identificazione dell'Ottocento con il secolo della psicoterapia diventa plausibile, soprattutto perché possiamo includere in questo processo la grande massa delle psicoterapie non dichiarate, le quali erano giustificate dalle varie teorie sui nervi e praticate per lo più sul corpo. Se Ellenberger sembra ignorare questo mondo delle psicoterapie implicite e non dichiarate, di esse se ne è occupato Edward Shorter (1992), il quale ha individuato una importante linea di sviluppo che partendo dalle prime teorie basate sui nervi sfocia negli anni 1880 nel "paradigma psicologico", consistente nella tesi che le rappresentazioni mentali possono causare e guarire malattie. Secondo Shorter, "Ciò che ... elevò il pensiero psicologico allo status di paradigma fu il reclutamento dei professori" (p. 272). Il baricentro di questo processo fu Lipsia, città universitaria dove "Wilhelm Wundt, il fondatore della psicologia sperimentale, vi aveva stabilito nel 1879 il suo laboratorio, che fu il primo al mondo in questo campo. Attorno a questo nucleo di internisti e di psicologi, il paradigma psicologico avrebbe prosperato" (ibid.).

Ellenberger e Shorter evidenziano percorsi molto diversi ma anche complementari della costruzione della psicoterapia nel 19° secolo, tuttavia né l'uno né l'altro colgono l'importanza che in tale costruzione ha svolto il processo di psicologizzazione del trauma. Quest'ultimo concetto è stato proposto da Esther Fischer-Homberger, storica della medicina e allieva di uno dei maggiori storici della psichiatria, Erwin Ackerknecht, in una serie di articoli apparsi in riviste di settore e in un libro sulla nevrosi traumatica pubblicato nel 1975: una eccezionale fonte di informazioni che mostra la vastità del dibattito sul trauma psichico alla fine del 19° secolo e che dovrebbe servire da punto di partenza obbligato per ogni studio sul questo tema. Il suo limite, se vogliamo, è di essere così specialistico da non riuscire a collocare l'importanza del tema in un più ampio contesto culturale. Ma a questo ha posto rimedio il filosofo della scienza Ian Hacking, il quale ha sostenuto che la psicologizzazione del trauma caratterizzerebbe l'inizio di un nuovo "sapere profondo" sulla memoria emerso:

dell'intero problema e delle sue diverse sfaccettature vedi Hacking (1995). In merito al recupero contemporaneo della dissociazione vedi Graziani e Gori-Savellini, 1999.

¹⁶ Il termine venne introdotto nel 1872 da Samuel Tuke, nel libro *Illustrations of the Influence of the mind upon the body*, nel capitolo "Psico-terapeutica: Applicazione pratica dell'influenza della mente sul corpo" [Psycho-therapeutics: Practical application of the influence of the mind on the body to medical practice], ma si diffuse negli anni 1890.

“tra il 1874 e il 1886, quando la conoscenza della memoria diventò un surrogato della comprensione spirituale dell’anima. La psicologizzazione del trauma è una componente essenziale di quella struttura, poiché il travaglio spirituale dell’anima, che aveva servito così a lungo un’ontologia del passato, poteva ora diventare dolore psicologico nascosto: non un prodotto del peccato che ci seduce interiormente, ma il frutto dell’azione del peccatore che ci ha sedotto agendo su di noi dall’esterno. Il trauma è il perno attorno a cui ha ruotato questa rivoluzione.” (Hacking, 1995, p. 271).

Non vi è dubbio che la questione del trauma psichico coincida con una riorganizzazione profonda del modo di pensare all’interiorità dell’uomo, e che a tale riorganizzazione debba essere riconosciuta un’importanza epocale. Tuttavia, mi pare che Hacking proietti retroattivamente un tipo di sensibilità sul trauma psichico che è contemporanea. Infatti, l’idea di “dolore psicologico nascosto” non appartiene a questo primo periodo del trauma psichico, ma è molto più tarda: noi non la ritroveremmo nemmeno in Freud, anche se vi si avvicina molto nel 1896, ma solo nei contributi finali di Ferenczi (negli anni 1929-33).

Il fatto è che in questo primo periodo l’idea di trauma psichico si mantiene aderente a un certo tipo di incidenti in cui vi sono dei corpi che concretamente rischiano di rompersi sotto la violenza dell’urto (travolti da un treno, precipitati da una impalcatura, investiti dallo scoppio di una granata, e così via) e che nonostante l’urto sono rimasti interi - anche se ancora non lo sanno, come dimostrano la paralisi, l’insensibilità, l’amnesia. D’altra parte questo corpo urtato secondo le leggi della fisica, è anche un corpo che è spinto fuori di sé, fuori dal corpo reale, verso un corpo rappresentato. Ed è in questo salto dal corpo reale al corpo rappresentato che si aprono i problemi. La prospettiva scientifico-naturale riconosce in ciò una vera malattia e l’espressione di qualcosa di cui il ferito non porta alcuna responsabilità. Ma per fare questo deve cristallizzare il quadro dei sintomi all’interno di una cornice oggettivista che non è in grado di riconoscere che questo quadro si trasforma nel corso della storia. La prospettiva psicologica riesce a riconoscere invece i molteplici condizionamenti del mondo umano sulla formazione dei sintomi, ma dissolve lo stato di malattia attribuendone la responsabilità al ferito. Non vi è dubbio che al centro di questa tensione vi sia “il travaglio spirituale dell’anima” a cui si riferisce Hacking, ma il punto è che in questa prima fase della storia del trauma psichico esso non si riesce a cogliere come tale, ma scivola via lungo le vie di fuga o del corpo o della mente.

Da un punto di vista teoretico mi pare che la ragione di ciò sia da ricercarsi nel particolare modello di psicogenesi che si impone attorno al 1890, il quale si fonda sull’“ideodinamismo”, ossia nell’assunto che all’origine dei sintomi motori prodotti da un trauma in virtù del cosiddetto meccanismo psichico vi fosse una “idea”, e che tale idea tendesse “a manifestarsi materialmente in

forma di azione” (secondo la definizione del concetto di ideodinamismo proposta da Bernheim nel 1886). Nel suo classico studio sulla scoperta dell’inconscio, Henri Ellenberger aveva ben individuato non solo la centralità di tale modello, ma anche il suo radicarsi nel mondo dell’ipnosi. Egli sottolinea infatti che dal fenomeno dell’ipnosi, “Si giunse logicamente alla supposizione che taluni sintomi morbosi potessero derivare da idee istillate nella mente per mezzo di qualche tipo di suggestione” (Ellenberger 1970, p. 175). Inoltre evidenzia l’importanza di questo modello nel pensiero di Liébeault (“un’idea indotta nel corso del sonnambulismo artificiale diviene un’idea fissa e rimane inconscia dopo il risveglio”), di Charcot (“... un’idea ... si stabilisce nella mente come parassita, isolata dal resto della mente, e si esprime all’esterno attraverso i fenomeni motori corrispondenti”), e di Janet (“Tali idee, come morbi, si sviluppano in un angolo della personalità inaccessibile al soggetto, operano subconsciousamente, e danno origine a tutti i disturbi dell’isteria e della malattia mentale”)¹⁷. Proprio questa nozione di “idea patogena” svolge negli anni 1880 un ruolo decisivo nel processo di psicologizzazione del trauma, fungendo da nesso tra il trauma e i sintomi. E però essa rappresenta anche il punto più fragile di questo processo: da un lato è in virtù del ruolo patogeno svolto dall’idea che il nesso tra il trauma e il sintomo può essere psicologizzato, ossia diluito e sciolto, come avviene negli anni 1890, quando si sottolinea la permeabilità al desiderio e alla fantasia dell’idea patogena. E dall’altro lato, come abbiamo visto, a chi vuole preservare una certa obiettività al quadro post-traumatico non resta che respingere questo modello basato sulle idee ed individuare il fattore patogeno primario nei nervi, nel disturbo nervoso funzionale causato dall’urto. In conclusione, è il modello dell’idea patogena che deve essere ritenuto responsabile sia dell’instabilità della nozione di trauma psichico che del suo carattere dicotomico e controverso. E’ importante sottolineare questo punto perché non mi pare che questo modello di psicogenesi – che non è l’unico modello possibile di psicogenesi – sia mai stato sottoposto ad una revisione esplicita, nonostante che esso sia in contrasto con molti dati delle ricerche contemporanee, fra cui la crescente importanza riconosciuta alla memoria procedurale proprio nella funzione di nesso tra l’esperienza traumatica e i suoi effetti o sintomi.

Un ultimo appunto riguarda Freud e la psicoanalisi. E’ giusto ricordare che il modello dell’idea patogena è non solo uno degli assunti più centrali e pervasivi del pensiero di Freud, ma anche uno dei più indiscussi, e in un certo senso il più indiscusso, dato che è sfuggito finora al rigoroso vaglio critico delle sue nozioni teoriche (vedi per esempio Holt 1989). Per questa ragione

¹⁷ Ellenberger 1970, pp. 175-176: la frase di Liébeault è tratta da *Ebauche de psychologie* (1873, p. 176), quella di Charcot dalle lezioni sul sistema nervoso del 1884-85 (1890, p. 335), e quella di Janet da *L’automatisme psychologique* (1889, p. 436 nell’edizione citata da Ellenberger, la quale non coincide con l’edizione a cui faccio riferimento in questo articolo).

sarebbe auspicabile uno studio critico finalizzato a mostrare come settori centrali della psicoanalisi classica, quali la teoria della motivazione, la teoria della malattia psichica e la teoria della cura (e in particolare la centralità assegnata alla interpretazione in tale teoria) siano strettamente dipendenti dall'assunto dell'ideogenesi.

Riferimenti bibliografici

- Altschule, M.D. (1957): "The concept of civilization as social evil in the writings of Mid-Nineteenth-Century psychiatrists", in *Roots of Modern Psychiatry*, Grune & Stratton, New York & London, 119-39.
- Bernheim, H. (1886): *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Doin, Parigi
- Bernheim, H. (1891): *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Etudes nouvelles*, Doin, Parigi.
- Bonhöffer, K. (1911): "Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?" *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 68, 371-386.
- Bonomi, C. (1998): "Sigmund Freud: un neurologo tra sapere psichiatrico e sapere pediatrico del XIX secolo", *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXII, 1, 51-91.
- Breuer, J. & Freud, S. (1892-1895): *Studi sull'isteria*, trad. italiana in S. Freud, *Opere*, vol. 1, Boringhieri, Torino, 1967.
- Bruns, I. (1901): *Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen*, nella serie a cura di V. H. Nothnagel, *Specielle Pathologie und Therapie*, volume 12, I/4, Wien.
- Charcot, J. M. (1889): *Leçons du mardi à la Salpêtrière, Policlinique, 1888-1889*, Progrès médical, Paris.
- Charcot, J. M. (1890): *Oeuvres complètes. Leçons sur les Maladies du système nerveux, vol. III*, Lecroisnier et Babè, Paris.
- Charcot, J. M. (1893): "La foi qui guérit", *Archives de Neurologie* 25, 72-87.
- Fisher-Homberger, E. (1975): *Die Traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden*, Hans Huber, Bern.
- Freud, S. (1893a): "Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche", trad. italiana in *Opere*, vol. 2, Boringhieri, Torino, 1968.
- Freud, S. (1893b): "Meccanismo psichico dei fenomeni isterici", trad. italiana in *Opere*, vol. 2, Boringhieri, Torino, 1968.
- Gaupp, R. (1898): "Zur Kritik der Verwendung des Begriffs 'Trauma' in der Ätiologie der Nervenkrankheiten", *Centralblatt Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 21 [N.F. 9], 388-393.

- Gaupp, R. (1915): "Hysterie und Kriegsdienst", *Münchener Medizinische Wochenschrift* 62, 361-363.
- Graziani, G. & Gori-Savellini, S. (1999): *Ricordare Janet. La dissociazione ieri e oggi*, Collana del Seminario di Storia della Scienza dell'Università di Bari, Laterza, Bari.
- Ellenberger, H. (1970): *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, trad. italiana, Boringhieri, Torino, 1976.
- Erichsen, J. E. (1866): *On railway and other injuries of the nervous system*. London.
- Lerner, P. (1998): "Hysterical cures: Hypnosys, Gender and performance in world war I and Weimar Germany", *History Workshop Journal*, 45, 79-101.
- Lerner, P. (2000): "From Traumatic Neurosis to male hysteria: The decline and fall of Hermann Oppenheim, 1889-1919", in P. Lerner & M. Micale (a cura di), *Trauma, Psychiatry and History: A conceptual and Historiographical Introduction* Cambridge University Press, New York, manoscritto in via di pubblicazione.
- Liébeault, A (1873): *Ebauche de psychologie*, Masson, Parigi.
- Hacking, I. (1995): *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, trad. italiana, Milano, Feltrinelli, 1996.
- Healy, D. (1993): *Images of trauma. From hysteria to post-traumatic stress disorder*, Faber & Faber, London & Boston.
- Hoche, A. (1916): "Über Kapitalbefindung von Kriegsneurosen", *Neurologische Centralblatt*, 35, 862-863.
- Holt, R. (1989): *Freud reappraised. A Fresh look at psychoanalytic theory*, The Guilford Press, New York & London.
- Janet, P. (1889): *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*, (ristampa), Editions Odile Jacob, Paris, 1998.
- Janet, P. (1893): "Quelques définitions récentes de l'hysterie", *Archives de Neurologie*, XXV, 76, 417-438; XXVI, 77, 1-29.
- Jolly, F. (1897): "Über Unfallverletzung und Muskelatrophie, nebst Bemerkungen über die Unfallgesetzgebung", *Berliner Klinische Wochenschrift*, 34, 241-245.
- Kaufmann, D. (1999): "Science as cultural practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany", *Journal of Contemporary History*, 3, 1, 125-144.
- Kaufmann, F. (1916): "Die Planmässige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung", *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 63, (Feldärztliche Beilage), 802-4.

- Kraepelin, E. (1913): "Über Hysterie", *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 33, 261-79.
- Kretschmer, E. (1917): "Hysterische Erkrankung und hysterische Gewöhnung", *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 37, 64-91.
- Micale, M.S. (1989): "Hysteria and its historiography: A review of past and present writings (I) & (II)", *History Science*, XXVII, 223-261; 319-351.
- Möbius, P.J. (1888): "Über den Begriff der Hysterie", *Centralblatt Nervenheilkunde*, 2, 66-71.
- Nonne, M. (1916): "Zur therapeutischen Verwendung der Hypnose bei Fällen von Kriegshysterie. Eingenberg und Diskussion", *Neurologische Centralblatt*, 3, 136-138, 261-272.
- Oppenheim, H. (1888): "Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen welche sich nach Erschütterung des Rückenmarkes, insbesondere Eisenbahn unfällen, entwickeln?", *Berliner Klinische Wochenschrift*, XXV, 166-170.
- Oppenheim, H. (1889): *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*, Hirschwald, Berlin.
- Oppenheim, H. (1915): "Der Krieg und die traumatische Neurose", *Berliner Klinische Wochenschrift*, 52, 257-261.
- 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*, Churchill, London.
- Pönitz, K. (1921): *Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einflusse der Krieseerfahrungen*, Springer, Berlin.
- Reichardt, M. (1922): "Der gegenwärtige Stand der Lehre von den traumatischen Neurosen", *Zeitschrift Bahn-und Bahnkassenärzte*, 17, 6-13.
- Reynolds, R. (1869): "Remarks on paralysis, and other disorders of motion and sensation, dependent on idea", *British Medical Journal*, 2, 483-485.
- Schivelbusch, W. (1977): *The Railway Journey: The industrialization of Time and Space in the 19th Century*, University of California Press, Berkeley; trad. italiana: *Storia dei viaggi in ferrovia*, Città nuova, Roma, 1988.
- Shorter, E. (1992): *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'Ottocento a oggi*, trad. italiana, Feltrinelli, Milano, 1993.
- Sommer, R. (1894): *Diagnostik der geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende*, Wien & Leipzig.
- Strümpell, A. (1884): *Über die Ursachen der Erkrankungen des Nerven systems*, Leipzig.
- Strümpell, A. (1888): *Über die traumatischen Neurosen*, Berlin.

- Strümpell, A. (1892): *Über die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen*, Junge, Erlangen.
- Strümpell, A. (1893): “Über die traumatischen Neurosen”, in *Verhandlungen Des Congress für Innere Medizin, Wiesbaden 1893, Bd. 12*, pp. 83-98.
- Strümpell, A. (1895): “Über die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken. Praktische Bemerkungen”, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 42, 1137-1140, 1165-1168.
- Trimble, M. (1981): *Post-traumatic neurosis: From railway spine to Whiplash*, Wiley & Sons, New York.
- Wagner, R. (1900): “Simulation in Bahnbetriebe mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten ‘traumatische Neurose’”, *Ärztliche Sachverständige Zeitung*, 6, 47-52, 219-244.

Riassunto

L'autore traccia la storia del trauma psichico nel periodo che va dagli anni 1870 alla prima guerra mondiale, con particolare attenzione alla letteratura dell'Europa centrale e alla nascita e tramonto delle categorie diagnostiche di isteria traumatica e nevrosi traumatica. Contrariamente a precedenti studi storici di matrice americana, il presente studio mostra che la scomparsa della diagnosi di nevrosi traumatica all'inizio del XX secolo non è avvenuta a causa di una “repressione medica” esterna, ma in conseguenza delle ambiguità dello stesso movimento di psicologizzazione da cui la nozione di trauma psichico si era originata negli anni 1870. Viene infine sostenuto che il concetto di “idea patogena”, che è al centro di tale processo, deve essere ritenuto responsabile del carattere instabile, dicotomico e controverso della nozione di trauma psichico. Tale concetto non è mai stato sottoposto ad una revisione esplicita, nonostante sia in contrasto con molti dati delle ricerche contemporanee, fra cui la crescente importanza riconosciuta alla memoria procedurale.

Summary

The author discusses the notion of psychic trauma in the period between 1870 and First World War, particularly focusing on the central European medical and psychological literature, and on the rise and fall of diagnostic categories such as traumatic hysteria and traumatic neurosis. In contrast with previous surveys by American authors, the present paper shows that the fall of the diagnosis of traumatic neurosis at the beginning of the 20th century has not been caused by a “medical repression” from without, but has been a consequence of the internal ambiguities of the

process of psychologization, which gave rise to the notion of psychic trauma. It is argued that the responsibility for the instable, dichotic and controversial character of the notion of psychic trauma has to be traced to the concept of “pathogenic idea”, which underlies the whole process. Such a concept has so far never been subject to explicit revision, despite being inconsistent with results of various contemporary researches, including the growing relevance attributed to procedural memory.

Dr. Carlo Bonomi, Borgo Pinti 87, 50121 Firenze. E-mail: **Errore. Il segnalibro non è definito.**