

nuta la separazione tra un soggetto (il terapeuta) e un oggetto (il paziente); permane l'idea che questo oggetto vada «sollecitato» in modo da ottenere risposte per un certo verso attese. È dunque ancora forte la convinzione che il ricordo rappresenti una «cosa» (*res*), non piuttosto un evento che illumina e si esprime nell'interazione tra psicoterapeuta e paziente. Da qui un concetto di *resistenza* del paziente come «opposizione» cercata o voluta quasi intenzionalmente, piuttosto che come manifestazione naturale, ovvia, scontata, nel momento in cui ci si interroga sul rapporto con se stessi e con l'altro.

Come ancora Meltzer [1982] ha fatto opportunamente notare, l'atteggiamento di Freud sembra essere, perlomeno in alcuni momenti, quello del medico che si serve dell'altro per pervenire a una verità (a un risultato) predefinita, a prescindere dunque dal riconoscimento dell'interesse, della unicità del paziente e dalla singolarità della sua storia. Insomma, è sempre centrale la malattia e non il malato: Breuer, posto di fronte alla paziente identificata come Anna O., risulta indubbiamente più umano, più libero, più rispettoso della persona che gli mostra la propria sofferenza. Così, per fare un esempio, il giovane Freud non riesce a trattenersi dal «pizzicare» la paziente Elisabeth pur di dimostrare che ella reagisce a questi pizzicotti «più con piacere che con dolore».

D'altra parte, il metodo psicoanalitico – un metodo capace di far maturare anche il curante e non solamente il paziente – non è ancora stato messo a punto. Da qui l'oscillare di Freud tra la convinzione che il trauma si produca una volta per tutte (*una volta sola*) – che vi sia un «fatto originario» a partire dal quale si dipanerebbe l'intera storia del paziente, dei suoi disturbi – e la sensazione che una molteplicità di «episodi infantili» rappresenti la base della specifica patologia.

Ciò, comunque, non impedisce a Freud di prospettare fin da ora l'esistenza di *relazioni simboliche*, di intuire cioè, sia pure in modo ancora un po' vago, le relazioni tra sintomo e simbolo, aspetto quest'ultimo di grandissima importanza negli sviluppi del modello psicoanalitico. Siffatte relazioni non sono immediatamente afferrabili: esse richiedono *elaborazione*, vale a dire un lavoro mentale, specie là dove il conflitto attiva risposte organiche (per esempio convulsioni epilettiformi oppure restringimento del campo visivo).

E in effetti il problema è dato dal fatto che non il singolo trauma, bensì più traumi parziali, più «fatti» in apparenza non rilevanti o addirittura banali, specie se considerati separatamente, stanno alla base dei vari disturbi, siano essi isterici o d'altro tipo. È Anna O., una ragazza di 21 anni curata da Breuer tra il dicembre del 1880 e il giugno del 1882, che indirizza Freud sulla strada della psicoanalisi. È grazie a lei, con il suo «elemento sessuale poco sviluppato», con i suoi sogni a occhi aperti, con i suoi «due stati di coscienza del tutto distinti» (il suo «Io buono» e il suo «Io cattivo»), con la sua capacità di comunicare il proprio «teatro privato» a un Breuer ben più disposto ad ascoltare di quanto all'epoca fosse Freud: è insomma per merito di questa paziente eccezionale che nasce la *talking cure*, la cura della parola [Freud 1895].