

Anna O., ma anche Elisabeth, Lucy, Katharine, Emmy von N. continuano a insegnarci che il paziente non va tanto «guidato» quanto invece ascoltato in ciò che ha da dire, del suo presente e del suo passato, dei suoi conflitti e dei suoi sensi di colpa, delle sue aspirazioni e dei suoi slanci, dei suoi dolori e delle sue gioie. Ad Anna O., ma anche a Elisabeth e a tutte le altre donne che hanno fatto la storia della psicoanalisi, non interessa la diagnosi, arriveremmo a dire non interessa, o interessa relativamente poco, la perizia, l'abilità del medico. Interessa invece, molto, la sua capacità di riconoscerle come persone che soffrono, toccate dalla «fatica di vivere».

In ogni caso è l'isteria, nelle sue diverse forme, la via di accesso alla psicoanalisi, intesa come *relazione* e non come estorsione di un ricordo che non si vorrebbe comunicare a motivo della sua spiacevolezza. Come ha notato anche Musatti [1976], gli *Studi sull'isteria* non rappresentano tanto l'espressione di una posizione scientifica consolidata, quanto piuttosto la testimonianza di «un pensiero in movimento». Possiamo aggiungere: di un pensiero che, attraverso lo studio dell'isteria, perviene alla scoperta del conflitto come «motore» della mente, ma anche della sessualità come realtà inseparabile dalla persona e come parte integrante della sua vita mentale.

2. La seconda tappa: il desiderio sessuale

2.1. Sogno e nevrosi

Si è soliti sostenere [per esempio, Arlow 1985; Bibring 1954; ma anche Meltzer 1982; Musatti 1976] che una svolta importante del percorso clinico e teorico di Freud avviene con la presa di coscienza che eventi traumatici in precedenza considerati reali (nel senso di effettivamente accaduti) possono essere invece il risultato di fantasie. Sembra in effetti che nel 1897, due anni dopo la pubblicazione degli *Studi sull'isteria*, Freud sia rimasto scosso dall'apprendere che i traumi riferiti e considerati effettivamente accaduti fossero invece il prodotto di fantasie del paziente. La fantasia, dunque, non è meno pregnante di ciò che siamo soliti chiamare realtà. Non è forse vero che la fantasia di non essere amati, quando di questo amore si può aver bisogno non meno che dell'aria, oppure la fantasia che l'altro non ci comprenda, come sarebbe nostro acuto desiderio, e tante altre fantasie sono in verità processi, fatti che possono avere effetti non meno traumatici che se accadessero nella realtà esterna?

A partire da questa presa di coscienza, il pensiero del medico viennese sulle cause dei disturbi di cui si occupava all'epoca subisce un profondo cambiamento. Se in precedenza la sua attenzione era certamente influenzata dal peso accordato ai fattori esterni, d'ora in avanti essa si rivolge ai fattori interni, con conseguente accentuazione del concetto di *desiderio inconscio*.