

Il femminile tra le pieghe dell'isteria
Marisa Fiumanò

Napoli, Istituto per gli studi filosofici, 21 Febbraio 2020

Le donne hanno iniziato Freud alla psicoanalisi: Anna, Emmy, Lucy, Elisabeth, Katarina, le sue prime pazienti, sono giovani donne che incontrano il desiderio di un uomo, ne sono turbate, ma non sanno accoglierlo. Sono donne moderne, simili a quelle che riceviamo oggi. Oggi come ieri, malgrado i sintomi e senza saperlo, incarnano l'alterità del femminile

Partirò dal commento del quarto e ultimo capitolo degli “Studi sull'isteria” che comincia con un confronto con il primo capitolo dello stesso testo.

Freud confronta la *Comunicazione preliminare. Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici* degli “Studi sull'isteria”- scritto a quattro mani con Breuer e già pubblicato come lavoro a se stante nel 1893- con il cap. IV degli *Studi sull'isteria* che è intitolato *Per la psicoterapia dell'isteria* ed è scritto interamente da lui.

L'intero volume viene pubblicato, in una prima edizione, nel 1895. Una seconda edizione, uguale alla prima, fu pubblicata nel 1908.

Freud decide di lasciare il testo invariato rispetto agli avanzamenti della sua teoria primo perché sarebbe stato complicato interpolarlo e poi perché considera sostanzialmente giuste le tesi che vi ha esposto, gli appaiono solo un po' più approssimative rispetto a quelle maturate nel 1908 ma testimoniano di un cammino compiuto e del passaggio dalla cosiddetta «tecnica catartica» alla psicoanalisi. Il lettore, dice Freud, potrà così ripercorrere il cammino che lui stesso ha fatto.

Anche se il testo di apertura, le “Comunicazioni preliminari”, è firmato da Breuer e l'intero libro è firmato da entrambi, questo non significa che Freud concordasse in tutto con Breuer, anzi era irritato con lui per come si era comportato nel caso di Berta Pappenheim, conosciuta come Anna O.

Musatti, nell'introduzione, dice che Breuer non aveva saputo «padroneggiare il transfert» e che questo era ciò che Freud gli rimproverava. L'erotizzazione del transfert e il passaggio all'atto da parte dell'analista sono questioni serie, che lascerò aperte perché ancora oggi serie lo sono.

In ogni caso il transfert non può essere erotizzato: non si può curare qualcuno che per motivi diversi ci disgusta, come dirà proprio Freud in questa sezione del libro. Anche Lacan farà notare che Breuer aveva in qualche modo rinnegato il proprio desiderio in omaggio alla morale borghese e che il risultato era stato il concepimento infelice di una figlia che farà una fine infelice. Freud e Lacan concordano: col desiderio non si scherza!

Riprendo l'analisi del capitolo IV degli Studi sull'isteria.

Prima di tutto notiamo che la preoccupazione maggiore di Freud era l'**abreazione del sintomo**, liberare il paziente dal peso del sintomo. All'epoca egli considerava una cura riuscita se il o la paziente venivano liberati dal sintomo.

In questo capitolo finale, che scrive interamente di suo pugno, vuole chiarire alcuni punti principali:

- fin dove il « metodo catartico » (catarsi ottenuta grazie all'ipnosi: il metodo era stato inventato da Breuer) può condurre
- quale tecnica esso adoperi
- perchè questo metodo è superiore agli altri, è più efficiente ed efficace
- quali difficoltà incontra.

Freud tiene a precisare che non concorda in tutto con le *Comunicazioni preliminari*, cioè con la prima parte del libro, perché nel frattempo la clinica gli ha insegnato dell'altro.

Quali sono allora le novità rispetto al testo introduttivo che risale a circa cinque anni prima?

Questi anni di pratica clinica gli hanno insegnato due cose fundamentalmente :

- che non tutti i pazienti sono ipnotizzabili
- che era necessario dire ciò che caratterizza l'isteria e in che cosa si differenzia dalle altre nevrosi.

Però il suo discorso comincia con le analogie piuttosto che con le differenze: vuole infatti utilizzare **l'isteria come modello delle altre nevrosi**. Ad esempio stabilisce che il fattore eziologico dell'isteria, ma anche della nevrosi ossessiva, è un fattore sessuale. Ciò che gli ha rivelato l'isteria vale anche per i casi che non sono di isteria : l'origine del sintomo è sempre sessuale.

Freud afferma anche – ed è un'indicazione preziosa anche oggi- che raramente abbiamo casi cosiddetti « puri » cioè ascrivibili solo ad una determinata nevrosi, che nella maggioranza dei casi abbiamo a che fare con « nevrosi miste ».

Trovo che sia importante che Freud, fin dall'inizio della creazione della sua disciplina, affermi qualcosa che non è affatto scontato neppure oggi, vale a dire **la cautela nella diagnosi o addirittura la rinuncia alla diagnosi**. Freud così può senz'altro estendere l' eziologia sessuale a tutti i casi e al tempo stesso affermare un principio completamente diverso da quello della medicina che si fonda sulla priorità della diagnosi.

Questo è un insegnamento: ancora oggi molti analisti mettono in primo piano la questione diagnostica il che non solo contrasta con le prime indicazioni di Freud ma è tanto più deviante oggi, nella clinica che definirei “ di transizione”, in cui siamo. In cui dobbiamo inventare altri modi di lavorare, di manovrare il transfert, o semplicemente dobbiamo crearlo, suscitarlo (penso alla clinica con gli adolescenti abulici ad esempio).

Guarigione?

Freud deve anche difendere il suo nuovo metodo dagli attacchi e dalle critiche, soprattutto provenienti dall'ambiente medico.

Allora mette le mani avanti : le « guarigioni » non sono mai per sempre. Possono esserci delle cosiddette « recidive », delle possibili ricadute così come ci sono parti del corpo che sono preferenzialmente investite dal sintomo (di conversione, nel caso dell'isteria).

Può esserci un ritorno del sintomo oppure la formazione di nuovi sintomi che, tendenzialmente, usano varchi di penetrazione già aperti . Credo che qui Freud si

riferisca ai diversi organi che possono essere utilizzati dall'isteria; si tratta di organi che rappresentano dei « luoghi » dove il sintomo è già penetrato creandosi così una via preferenziale. Secondo i diversi soggetti verrà dunque investito tale o talaltro organo. Ci sono organi che vengono investiti dal sintomo con una certa preferenza a secondo dei soggetti: c'è che soffre di mal di testa e chi invece di colite, chi d'insonnia e chi di mal di stomaco. L'organo non è però scelto a caso ma ha un valore simbolico. Con la psicoanalisi la cartografia del corpo muta e alcune parti del corpo assumono un valore significativo che viene "detto" attraverso i sintomi.

Freud affronta anche la questione della particolarità del **transfert** (ma non lo chiama ancora così) che si instaura tra medico e paziente e parla in particolare del transfert del medico nel suo nuovo metodo. E si chiede: come mai in quanto medico posso benissimo curare un "tabetico" o un "reumatico" e non posso curare una persona che mi risulti ripugnante o che non susciti in me simpatia umana ? Lacan dirà poi che non c'è un transfert e un controtransfert ma il transfert tout court che comprende psicoanalista e paziente.

Freud accenna anche alle possibili **resistenze** (anche in questo caso non le chiama ancora così) che insorgono quando il malato capisce la direzione che la cura sta imboccando.

Queste difficoltà non invalidano però la validità del metodo; Freud non rileva niente di dannoso in questo e dice in qualche modo che la resistenza fa parte del processo della cura.

Le "reminiscenze" e la pressione della mano

E' difficile applicare l'ipnosi a tutti i soggetti. Come si aggira questa difficoltà?

L'ipnosi serviva a Freud per raggiungere i « ricordi patogeni » (Freud afferma anche che « l'isterica soffre di reminiscenze »; i ricordi patogeni sono quindi delle "reminiscenze").

Come ne provoca la narrazione?

Chiede alle sue pazienti se si ricordino quando era insorto per la prima volta il sintomo ; insiste per avere la risposta, fa sdraiare il o la paziente, gli fa chiudere gli occhi, all'occorrenza gli mette la mano sulla fronte. Così emergono i ricordi, anche senza ipnosi.

Tuttavia Freud riflette sul fatto che doveva « insistere » per ottenere i ricordi e che questo gli costava fatica.

Freud sperimenta la "resistenza" e teorizza la "difesa" dell'Io

Cos'era la **resistenza** al fatto che i « ricordi patogeni » (non dice ancora « inconsci ») fossero raccontati ?

E' allora che Freud pensa che si tratti della stessa forza psichica (resistenza) che aveva cooperato alla genesi del sintomo isterico e aveva impedito che la rappresentazione patogena diventasse cosciente . Il sintomo risulta allora **un compromesso** tra la verità (inconfessabile, inconscia) e la resistenza. **Il sintomo è un modo di aggirare la resistenza.**

Freud, dall'esperienza clinica precedente, deduce che si trattava di rappresentazioni psichiche *penose* e che dunque ci fosse una **difesa** da esse da parte del paziente.

Qui Freud attribuisce la difesa all'Io anche se lo dice in modo discorsivo, non come affermazione teorica puntuale. La difesa riesce, la traccia mnemonica viene scacciata e

apparentemente essa è sparita. E' rimasta però una traccia: il sintomo. Il sintomo può funzionare come traccia.

Come rintracciare la traccia ?

Certo, se riuscisse a dimostrare che il sintomo (cioè la rappresentazione diventata patogena), è dovuto proprio

al fatto che la rappresentazione è **rimossa** (qui Freud usa proprio il termine "rimozione") « il cerchio » sarebbe « chiuso ».

Una volta scoperte le funzioni della difesa e della resistenza a Freud appare chiaro che *il non sapere* era un *non voler sapere*.

Come si superano difesa e resistenza del paziente? Qui Freud continua a sostenere la tecnica dell'**insistere** perché il paziente dica ma, aggiunge, si può insistere anche con altre modalità che non sono l'insistenza.

Ed ecco una modalità

Se insistere è insufficiente, Freud passa ad un'altra "tecnica", di cui avverte il paziente : la pressione della mano sulla fronte gli farà certamente venire in mente qualcosa. Anzi, dà per scontato che la cosa avvenga. « *Che cosa le è venuto in mente ?* chiede.

Freud definisce questa pressione della mano sulla fronte : « artificio » e sa bene che si tratta di una tecnica come un'altra, che potrebbe trovare un altro modo per ottenere il risultato, ma, in quella posizione, è la cosa più comoda che potrebbe fare, afferma. Dunque il carattere della tecnica è contingente.

Naturalmente quello che emerge non è direttamente il ricordo patogeno ma il ricordo di una rappresentazione che funge da anello intermedio fra il ricordo patogeno e la rappresentazione di partenza oppure una rappresentazione che è il punto di partenza di una serie di rappresentazioni e di ricordi che portano al ricordo patogeno. Un altro elemento (intermedio) della catena discorsiva.

Se sostituiamo il termine "**rappresentazione**" con **significante** vediamo che qui Freud sta parlando dell'**emergenza di una catena linguistica**, del discorso del paziente. Un discorso fondato su una successione di significanti articolata e che gli è propria, su cui egli è fondato.

Freud sottolinea che il processo non è lineare, che si può interrompere, che in questo caso va ripreso etc. parla insomma delle vicissitudini della cura e anche delle differenze fra le cure dei diversi pazienti. Riferisce anche di alcuni casi clinici.

I criteri generali, generalizzabili sono davvero pochi, Freud se ne accorge fin dagli inizi.

E' importante che già ora Freud avanzi l'ipotesi di una « intelligenza inconscia », vale a dire di quello che chiameremmo « un altro discorso » rispetto a quello conscio. Egli si focalizza sempre più sulla produzione di discorso, sulle "parole" piuttosto che sulle "immagini" di cui riferisce il paziente.

Parole piuttosto che « visioni »

Il caso della signora che, alla pressione della mano, produce la parola « portinaio », poi « camicia », « letto », « città », « carro di fieno » è per lui illuminante. Nel discorso di questa paziente appaiono parole a caso e senza nesso tra di loro.

« Mi accorsi che si trattava di una maniera nuova di dare le risposte e con ripetuta pressione le tirai fuori una serie apparentemente senza senso di vocaboli.»

A questo succede il racconto dell'attacco d'angoscia della sorella dodicenne (lei ne aveva dieci all'epoca) che, in preda al delirio, viene portata di notte in ospedale dal portinaio su un carro da fieno. Da qui la catena associativa detta sopra che inizia con "portinaio".

Freud chiama la signora, ironicamente (Freud è sempre molto ironico) « **il nuovo oracolo** ». In effetti gli oracoli greci e romani parlavano per significanti, erano ambigui e ellittici, misteriosi.

L'episodio aveva tanto colpito questa paziente perché loro due, sorelle, vicine per età, avevano entrambe subito aggressioni sessuali da un uomo, dallo stesso uomo, dunque avevano un segreto in comune. Freud all'epoca ancora non dubitava della verità dei « ricordi » delle sue pazienti.

Ho riferito di questo caso perché Freud sottolinea l'analogia dei collegamenti tra le scene riferite e i collegamenti fra parole. Anche nelle scene riferite apparentemente manca il nesso, allo stesso modo che fra le parole.

A questo punto, dopo aver presentato tutti i suoi successi terapeutici ottenuti con « l'artificio » (così lo chiama) della pressione della mano, Freud si arresta perché vuole parlare degli **inciampi** che ha incontrato, come sempre quando l'ostacolo è grande.

Vuole insomma parlare di **difese e resistenze**.

Il suo « **piccolo artificio** » non può contrastare le resistenze dell'Io che, se si abbassano, sono poi pronte a proseguire. E' solo (la pressione della mano) una tecnica per sorprendere l'Io e fargli abbandonare le difese.

Freud nota che l'effetto sorpresa è importante, che l'Io non deve avere il tempo di organizzare le sue difese :

« Quanto più a lungo dura la pausa tra la pressione della mia mano e la comunicazione del paziente, tanto più divento diffidente, tanto più è da temere che il paziente dia una propria sistemazione a ciò che gli è venuto in mente, mutilandolo nella riproduzione. I chiarimenti più importanti arrivano spesso commentati come accessori del tutto superflui, come i principi travestiti da mendicanti nell'Opera ».

La questione della scansione della cura, del tempo logico, diremmo, più che del tempo cronologico, gli appare in tutta la sua importanza.

Drizzo sempre le orecchie, afferma Freud, quando sento parlare di rappresentazioni patogene che sembrano poco importanti, che sono trattate dalle sue pazienti *con disprezzo*, perché in realtà contengono la soluzione del problema.

Qui Freud è assertivo, comunica al paziente che si tratta di una resistenza, cosa che noi non facciamo più e che Freud stesso non farà più in seguito. Se la resistenza è in atto, non è comunicandola a chi la esercita che si otterrà la sua remissione; si potrà farlo solo aggirandola. Aspettando tutto il tempo necessario per ammorbidirla. Freud stesso in seguito lo teorizzerà.

Freud afferma anche che, secondo la sua esperienza, i pazienti prevalentemente isterici oppongono meno resistenze degli ossessivi.

L'organizzazione patogena non è un corpo estraneo

Come funziona l'organizzazione patogena? Come un corpo estraneo rispetto al tessuto vivente?

No, dice Freud, perché il corpo estraneo non stabilisce nessi con gli altri tessuti, anche se li infiamma. L'organizzazione patogena procede piuttosto come **un'infiltrazione** (parla il medico Freud che stabilisce continui paragoni col corpo come lo si considera in medicina) e, parallelamente, anche la resistenza si infila con lui. Il nodo patogeno non va estirpato ma la **resistenza va liquidata** in modo che si ripristini la circolazione.

Anche qui non si tratta, come in medicina, di estirpare, di intervenire chirurgicamente, ma di “sciogliere”.

Freud procede raccontando le sue esperienze, fallimenti e riuscite, il suo metodo, che contempla anche il fatto di anticipare al paziente ciò a cui lui, il paziente, non è ancora arrivato.

Tuttavia la cosa non sempre sembra funzionare

Ci si convince così con stupore di non essere in grado di imporre al paziente cosa alcuna intorno a ciò che sostiene di non sapere, o d'influenzare i risultati dell'analisi...Non sono riuscito una sola volta, anticipando il risultato, a modificare o falsare la riproduzione dei ricordi o la connessione fra gli eventi.

Una notazione interessante sul sintomo: la sua « **partecipazione al discorso** ».

Freud scrive “ partecipazione al discorso tra virgolette ma effettivamente di « discorso » si tratta ed è straordinario che lo definisca proprio così: “discorso”.

Il sintomo « partecipa » al discorso del paziente aumentando, decrescendo, scomparendo per qualche tempo.

L'interruzione della seduta è una difficoltà che Lacan risolverà con la proposta dell'uso del « tempo logico » e delle sedute a durata variabile.

Freud si pone il problema, l'interruzione della seduta, senza approfondirlo ma lo segnala: l'interruzione della seduta può cadere anche in un momento non appropriato, magari poco prima che il paziente dica l'essenziale. Succede allora qualcosa che assomiglia ai romanzi d'appendice in cui ci si aspetta il discorso dell'eroina dopo lo sparo e invece si viene rinviati alla puntata successiva: *Il seguito al prossimo numero.*

L'erotizzazione del transfert riguarda anche l'analista

Freud è alle prese con l'erotizzazione del transfert e con l'obiezione dei suoi pazienti relativa al fatto che la sofferenza e

il sintomo sono collegati alla situazione e al destino dei pazienti stessi, che il medico non può certo mutare. Troviamo qui l'affermazione, diventata famosa di Freud :

»...molto si sarà guadagnato se si riuscirà di trasformare la sua miseria isterica in una infelicità comune » Con queste parole, una massima, una filosofia, si chiudono gli “Studi sull'isteria”.

Miseria isterica *versus* infelicità comune ; c'è una visione del mondo in queste parole, c'è il tema dello scopo della cura, del suo obiettivo. E come possiamo intendere la definizione di « infelicità comune »? *Essere umanizzati? Accettare di essere sempre mancanti? Fondarsi sulla mancanza per poter desiderare?*

L'obiettivo di Freud era, all'epoca, la liberazione dal sintomo, e questo è, in qualche modo, l'obiettivo di una psicoterapia. Ciò non toglie però che succeda dell'altro nelle sue cure, che va molto al di là di una psicoterapia. Gli “Studi sull'isteria” possono essere considerati perciò un'autentica introduzione alla psicoanalisi.

E' questo perciò il nostro punto di partenza: gli *Studi sull'isteria* di Freud del 1895.

Farò quindi qualche paragone fra l'isteria di ieri e quella di oggi, 130 anni dopo.

Intanto: erano isteriche le pazienti di Freud?

C'è polemica sulla diagnosi di isteria. Secondo alcuni non si trattava di isteria ma di psicosi.

La polemica è ininteressante ed è liquidabile con quanto sosteneva Freud già nel 1895: la diagnosi non è una priorità, anzi è un handicap. Impedisce di ascoltare il caso, di lasciarsi sorprendere dalle svolte del discorso del paziente, di mutare la propria posizione (posizione dell'analista) quando il paziente sceglie di percorrere strade

tortuose e poco esplorate.

La polemica è ininteressante anche perché perché il contesto sociale e simbolico è profondamente mutato. Non possiamo leggere i casi di Freud con gli strumenti di oggi, con i criteri di oggi. Le isteriche di Freud non potevano “dire” della propria sessualità anche se erano colte, ricche, “emancipate”, come vedremo nella contingenza dei casi clinici di cui Freud ci parla. Avevano a che fare con un discorso sociale che toglieva loro la parola, con un quadro simbolico rigido che le escludeva. L’unico possibile ricorso per farsi ascoltare era il sintomo: vistoso, eclatante, impossibile da ignorare. Le isteriche di Freud sono state scambiate per psicotiche perché le loro “allucinazioni” erano un modo di attribuire ad un “fuori da sé” i fantasmi che animavano una sessualità rimossa, o meglio: non ammessa dal discorso. Dunque “parlavano attraverso i sintomi”. I sintomi, anche quelli “pseudo-psicotici” (visioni terrificanti, timore dell’insorgenza di presenze minacciose etc. in genere “ allucinazioni visive”) erano al posto delle parole. Oggi la concezione del sesso è profondamente mutata. Tuttavia la sessualità non è affatto rimossa ma il suo enigma permane e quindi anche l’isteria permane.

Sì, l’isteria esiste ancora e così pure la struttura isterica. E con essa ciò che la caratterizza: l’insoddisfazione di fondo e costante, la rivendicazione fallica, la credenza nel fallo come correttore di una mancanza, la ricerca di un “maitre”, l’attenzione alle “altre” donne. L’isteria colloca il suo discorso prevalentemente nel registro dell’immaginario ma “conosce” il simbolico.

Oggi funziona, è la mia tesi, “come se” non dovesse tener conto di alcuni aspetti rilevanti del simbolico: ad esempio della **differenza** significativa uomo/ donna; della **necessità** di un’opposizione significativa uomo-donna; delle diverse funzioni all’interno della coppia oppositiva composta da due sessi.

A differenza del passato, però, non c’è argine alla rivendicazione; anzi il sociale è permeabile alla rivendicazione, pronto ad accoglierla senza riserve.

Le giuste rivendicazione di uguaglianza, le “pari opportunità” sociali, offerte ad ogni essere parlante, si allargano anche al campo del sessuale, della relazione fra i sessi, rendendoli somiglianti, tendenzialmente uguali.

Qualche giorno fa, in televisione, al telegiornale, si parlava dell’anniversario del cartone di Disney, Cenerentola. Veniva sottolineata la posizione passiva della ragazza. Masochista a casa, vittima di stalkeraggio da parte della matrigna e delle sorelle, il suo unico obiettivo era aspettare il “principe azzurro”. Non era una donna che “*non aveva tempo da perdere*” con le attese, libera e attiva: altro che cenere e scarpette di cristallo!

Le veniva riconosciuta però una qualità, la resilienza, cioè la capacità di resistere e aspettare il buon momento.

Ho trovato questo commento esemplare del discorso ormai autorizzato a circolare: senza humor, incapace di dare ad una favola il suo giusto valore simbolico, disposto a fare spazio solo ad un termine in voga: la resilienza.

Cenerentola è invece una favola, un paradigma dell’amore; l’amore che nasce dalla mancanza. Al principe manca Cenerentola e questo lo rende indifferente alla sua provenienza sociale. Insegue solo il suo desiderio e così la rintraccia.

La favola insegna che l’amore nasce solo dal mancare, che la “fanciulla di umili origini” come sostiene anche Freud, è un fantasma maschile; o meglio: era un fantasma maschile. Fino a quando l’uomo faceva ancora “semblant” (come dice Lacan) di avere qualcosa da donare.

Le cose sono cambiate: Cenerentola è una favola degli anni Cinquanta che non ha più

diritto di cittadinanza, è un “cattivo esempio”, di masochismo e arrendevolezza per le donne di oggi.

Quello che non è affatto chiaro è dove tutto questo ci sta portando.

Le identificazioni sessuali perdono forza, alle donne non deve mancare più niente, dunque non sono più estranee, misteriose, imprevedibili, non sono più portatrici del mistero che incarnano.

La differenza significativa maschio/femmina si stempera: anche nell'intimità il sesso prevale sulla sessualità e il godimento sul desiderio (se godimento c'è, almeno da parte della donna.).

Tutto sembra andare verso l'unificazione dei sessi, verso l'unisex, non solo nell'abbigliamento.

In futuro avremo un solo sesso, ci si potrebbe domandare.

Questione avveniristica, dato che nasciamo sessuati, e questo fa la persistenza del “reale” sessuale. Il sesso “reale” continua ad essere differenziato, o si è uomini o si è donne, ma la referenza simbolica al reale del sesso si è indebolita, si è svuotata di contenuti. Alla domanda “che cos'è una donna?” non si poteva rispondere neanche quando il simbolico era in buona posizione ma...c'era un ampio ventaglio di questioni che da quella domanda potevano dispiegarsi.

Dora, la prima grande clinica sull'isteria di cui ci parla Freud, resta ferma tre ore davanti alla Madonna della Cappella Sistina. Che cos'è una Madonna? Al significativo “donna” risponde una posizione: essere l'oggetto del desiderio di un uomo. Così la signora K era l'oggetto del desiderio del signor K. Accostandola Dora poteva farsi delle domande su quell'oggetto, identificata col padre che, nel quartetto, era colui che desiderava madame K. . Identificata col padre Dora si interrogava sulla signora K e quindi sul proprio poter essere un oggetto di desiderio. Per il momento, certo, se ne difendeva, come dimostra il fatto che respingesse il signor K. Non era pronta per assumere quel posto. Non era ancora, soggettivamente, una donna.

Dora potrebbe essere un'adolescente di oggi? Forse. Anche se i legami familiari sono più slabbrati, i “quartetti” di amici e lo scambio di partner non sono più così di moda. L'ipocrisia borghese non basta più a salvare l'apparato familiare e simbolico, un apparato che era ancora patriarcale.

Le isteriche di oggi, invece di avere a che fare con un simbolico dominato dal patriarcato, con un discorso fondato sul fallo come simbolo di un organo, hanno a che fare con un discorso senza limiti né regole, in cui la differenza sessuale ha perso le sue referenze tradizionali.

Il “sesso” fluido, la possibile scelta del “gender” (che in America è ormai un fatto legalizzato, sulla carta d'identità l'appartenenza sessuale si può fornire dopo, forse anche cambiare) è uno degli effetti di questo sfaldamento significativo.

Questa enorme mutazione di paradigma, perno dell'apparato simbolico portante, ha preso corpo negli anni Novanta, con la scissione, divenuta operante, tra sessualità e procreazione, vale a dire con la PMA: è la tesi che sostengo nel mio *A ognuna il suo bambino*. Benché nei *Tre saggi* (1905) Freud sostenesse che, se gli esseri umani avessero potuto godere della propria sessualità senza ricorrere al coitus interruptus, molte nevrosi sarebbero sparite. Invece...i contraccettivi non hanno eliminato la nevrosi.

In sintesi: l'isteria esiste ancora malgrado sia passata dalla rigidità del discorso dominante della fine del Novecento (cultura patriarcale) alla “fluidità” degli “anni venti” del Duemila (culto e cultura della tecno-scienza).

La domanda isterica è rimasta centrata su due questioni che sono però antitetiche, inconciliabili: la ricerca del “femminile” e l’appropriazione “fallica” al tempo stesso. Questo è un punto in comune tra le isteriche di Freud e quelle dei giorni nostri. E’ una pretesa che converge poi nella volontà di non mancare di niente, di essere e avere, di essere il fallo e di averlo, per dirla con Lacan. Una determinazione che l’isterica ha in comune con ogni nevrotico.

Fino a poco tempo fa, nella fase di transizione in cui vivevamo, era possibile avere un “sembiante” di donna nella vita privata e adottare invece una modalità di funzionamento “fallico” nel sociale, nel mondo del lavoro. Significava rispettare le giuste esigenze di parità nel sociale e al tempo stesso, nel privato, mantenere la contrapposizione significativa uomo-donna.

Siamo ancora in una fase di transizione in cui è possibile fare una distinzione tra la sfera del pubblico e quella del privato, cioè del sessuale? In cui una donna faccia la donna col suo uomo (occupi cioè la posizione dell’”essere” (il fallo) e faccia invece la portatrice di fallo nell’ambito del lavoro?

Le donne occupano sempre più posti di responsabilità, soprattutto nelle aziende private, che sono più sensibili alla produttività. Nelle grandi aziende, dove è molto apprezzato il lavoro “di squadra”, le donne sono molto performative e occupano posti di rilievo, grazie alla loro capacità di favorire la creazione di “team”, di gruppi di lavoro.

Ai tempi di Freud le signore dell’aristocrazia viennese erano colte e raffinate intellettuali ma potevano solo scrivere, suonare oppure animare dei salotti culturali. Già allora però l’erosione del patriarcato era cominciata, come testimonia la “modernità” di Hans, il suo rapporto intimo con la madre, la funzione indebolita del padre, costretto a ricorrere al supporto simbolico di Freud.

Femminile/femminilità

L’altro tratto comune alle isteriche di ieri e di oggi è l’interesse per la femminilità, per i modi che hanno le “altre” di interpretarla.

L’isteria, con il suo interesse, e interrogazioni vive, può preservare la specificità del femminile?

La struttura isterica è la più vicina al linguaggio dell’inconscio, ci dice Freud. Il discorso dell’ossessivo è un dialetto di quello isterico, sostiene. Dunque, poiché l’isteria è una nevrosi, l’isteria è la condizione comune di base dell’essere parlante, che in genere è supposto essere nevrotico.

L’insoddisfazione, abbiamo detto, caratterizza il discorso isterico ed è l’olio che mette in moto gli ingranaggi del desiderio: il desiderio si fonda su un mancare, sul sentimento della mancanza e l’insoddisfazione per questa mancanza non si placa mai.

Tutto questo vuole forse dire che auspichiamo la tenuta dell’isteria? Dato che l’isteria sostiene la mancanza e quindi la possibilità di avere un desiderio? Vuol dire che il nostro obiettivo è isterizzare i pazienti?

Certo, a volte, in certi casi, può essere auspicabile, però non è questo che ci auguriamo che avvenga. Lavoriamo a rendere l’isterica una donna, a farle assumere la propria femminilità, cioè il proprio sesso. Come? Caso per caso. Le vie del femminile sono “mille e tre” come sostiene Don Giovanni.

Ho messo molta carne al fuoco ponendo delle questioni che riguardano la nostra attualità, forse troppo “moderne” per una città come Napoli che non conosce la crisi

del patriarcato come Milano. Dove “Maruzzella, Core ‘ngrato, Lazzarella etc.” parlano ancora di un femminile irraggiungibile, di un oggetto del desiderio agognato e sempre perso.

Ma i social media galoppiano e cambiano i connotati culturali e linguistici malgrado le distanze reali e culturali. Mi perdonerete allora se ho parlato di una questione che qui non è ancora così ingarbugliata, forse.

Non ho voluto fare un “elogio dell’isteria” se non per sottolineare la fecondità dell’insoddisfazione quando, ponendosi delle domande, fa avanzare le questioni. Con delle contraddizioni, certo: si critica l’ordine patriarcale e al tempo stesso ci si lamenta della fiacchezza del desiderio degli uomini. Viviamo una grande mutazione in cui l’intero ordine sessuale è scompaginato e uomini e donne fanno fatica a trovare il proprio giusto posto. Come rendere un uomo un uomo e una donna una donna? E’ questo in fondo il compito demandato a noi analisti.