

Sidi Askofaré

Praxis-Roma

2021

Esiste una clinica psicoanalitica?

Il titolo che ci riunisce quest'anno in seno ai Collegi di clinica psicoanalitica del Campo Lacaniano è dunque: *Che cosa è una clinica psicoanalitica?*

Contrariamente a molti dei temi che ci siamo dati, poco o tanto tempo fa, questo tema viene formulato sotto forma di domanda. Domanda alla quale siamo tentati di rispondere di punto in bianco, e di tirare dritto. Ora, come sappiamo e come ci capita di ricordare a partire da Blanchot: “la risposta è la maledizione della domanda”¹.

Piuttosto che rispondere precipitosamente a questa domanda - dicendo, ad esempio, che la clinica psicoanalitica è:

- una clinica del sintomo
- una clinica della domanda
- una clinica sotto transfert
- una clinica del fantasma
- una clinica dell'atto
- oppure, se vogliamo essere più “moderni” e “contemporanei”: una “clinica dei limiti”², “una clinica del ritorno” e “una clinica del taglio”³.

Cosa che d'altronde non sarebbe falsa, soprattutto se si articolassero queste differenti proposizioni per cogliere *una* psicoanalisi a partire dal suo inizio fino alla sua fine logica. Dunque, piuttosto che rispondervi in questa maniera, a mio avviso troppo rapida, proporrei di partire da un “al di qua” di tale domanda e di porre la questione: esiste una clinica psicoanalitica?

Cosa che, l'avrete capito, ci permetterà di rispondere alle domande: che cos'è la clinica psicoanalitica? Ovvero: che cos'è una clinica psicoanalitica?

¹ Maurice Blanchot, *La conversazione infinita*. Scritti sull'«insensato gioco di scrivere», Torino, Einaudi, 2015, p. 92.

² André Green, *La clinica psicoanalitica contemporanea*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2016.

³ Erik Porge, *Des fondements de la clinique psychanalytique*, Toulouse, Erès, 2008 et *Transmettre la clinique psychanalytique*, Toulouse, Erès, 2021.

Per fare questo, mi accontenterò di situarla tra due pietre miliari, se così si può dire, pietre miliari non così lontane temporalmente.

Le due pietre miliari che ho scelto sono delle affermazioni di Lacan relative alla “clinica psicoanalitica” che possiamo considerare se non proprio contraddittorie, in ogni caso in grado di indurre o condurre a delle proposizioni, a delle tesi divergenti sul nostro tema dell’anno.

La prima pietra miliare che ho scelto è del 7 gennaio 1973: si tratta dell’«Introduzione all’edizione tedesca degli *Scritti*»⁴.

Il secondo non è nient’altro che la celebre «Apertura della Sezione Clinica» del Dipartimento di Psicoanalisi dell’Università di Vincennes, quest’ultima del 5 gennaio 1977⁵.

I.

Partiamo dall’«Introduzione all’edizione tedesca degli *Scritti*» che, lo sottolineo, è uno “scritto”, non un *impromptu* né un’improvvisazione. Lacan afferma, in particolare qui, lo cito: «[...] *il problema comincia dal fatto che ci sono diversi tipi di sintomi, che c’è una clinica. Solo che, ecco, essa viene prima del discorso analitico, e che questo vi apporti un po’ di chiarezza è sicuro ma non certo. Ora, noi abbiamo invece bisogno della certezza, poiché solo questa può trasmettersi per dimostrazione. Con nostro stupore la storia mostra che questa esigenza è stata formulata molto prima che la scienza vi rispondesse, e che, sebbene la risposta sia stata ben altra dalla strada aperta dall’esigenza, la condizione da cui questa partiva, e cioè che la sua certezza fosse trasmissibile, vi è stata soddisfatta.*

*Sbaglieremmo se ci fidassimo a non fare altro che ripristinare tutto questo - foss’anche con la riserva che la fortuna è un caso»*⁶.

Possiamo evincere a partire da questo passaggio almeno tre affermazioni decisive per la problematizzazione del nostro tema:

- a) **la clinica è Una**, o se preferite, non c’è che una e una sola clinica. Questo, come avrete notato, sembra invalidare la distinzione e l’opposizione tra la clinica medica, la clinica psicologica, la clinica psicoanalitica, ecc.;
- b) **questa clinica (Una) viene prima del discorso analitico**. Detto altrimenti, essa precede (e, dunque, forse determina), l’emergere e lo sviluppo del discorso psicoanalitico, nel senso dell’invenzione freudiana;

⁴ Lacan J., «Introduzione all’edizione tedesca degli *Scritti*», in *Altri scritti*, Torino, Einaudi, 2013, pp. 545-541.

⁵ Lacan, J., «Apertura della Sezione Clinica», in *La psicoanalisi* n. 55, Astrolabio, Roma 2014, pp. 11-18.

⁶ Lacan J., «Introduzione all’edizione tedesca degli *Scritti*», in *Altri scritti*, op. cit., p. 549.

- c) è sicuro, ma non certo (nel senso della certezza dimostrativa della scienza), che la psicoanalisi illumini la suddetta clinica.

Vedete, spero che ciascuno di questi punti possa attirare la nostra attenzione e meriti una discussione.

Per introdurre le vie e i mezzi di tale discussione che avremo per tutto l'anno, proporrò qualche elemento a proposito di ognuno di questi punti.

1. Quale definizione per tale clinica Una?
2. Circa l'antiorità della clinica rispetto alla psicoanalisi.
3. Quali eventuali elucidazioni la psicoanalisi apporta alla clinica?

II.

Veniamo ora all'altra pietra miliare che ho identificato essere il piccolo discorso di "Apertura della Sezione clinica". Procederò come ho fatto per il punto precedente, isolando le diverse proposizioni di Lacan che fungono da tesi. Ne ho isolate grosso modo tre.

1. Alla domanda in cui consiste il nostro tema dell'anno "Che cos'è la clinica psicoanalitica?", Lacan risponde due cose, nel 1977:
 - La prima, è la conferma di qualcosa che egli avrebbe scritto e che M. Czermak gli ricorda. Si tratta di una definizione della clinica - senza specificare che si tratta della clinica psicoanalitica. Questa definizione sarebbe: la clinica è "*il reale in quanto è l'impossibile da sopportare*". "Impossibile da sopportare", da distinguere, dunque, tanto dall'*impossibile da dire* quanto dall'*impossibile da scrivere*.
 - La seconda è più precisamente un tentativo di definire "la clinica psicoanalitica". E a questo proposito, egli anticipa questo: "*Non è complicato. Essa ha una base: è quello che si dice in una psicoanalisi*".⁷

Si sarà notato che egli non afferma che la clinica psicoanalitica equivaleva a ciò che si diceva in un'analisi (detti dell'analizzante + interventi dell'analista). Egli considera che "ciò che si dice in un'analisi ne costituisce la base". Cosa questa che è completamente differente. Come direbbe M. de La Palice, la clinica psicoanalitica non si riduce, dunque,

⁷ Lacan, J., «Apertura della Sezione Clinica», in *La psicoanalisi* n. 55, cit., p. 11.

a questa base. Da cui la domanda: cosa vi si aggiunge, cosa si edifica su questa base per costituire la clinica psicoanalitica?

Si tratta dell'osservazione e dell'implicazione dell'analista? Si tratta della costruzione logica del caso? Si tratta di qualcos'altro da determinare in maniera più precisa?

D'altro canto, non possiamo integrare alla clinica psicoanalitica tutto ciò che appartiene ad un aldilà della cura stessa: il controllo? *La passe?* Ecc.

Possiamo ugualmente interrogarci su tutta una parte della clinica - diciamo, freudiana - che non appartiene in senso stretto ai detti nella cura: Schreber, ovviamente, che Lacan considera il meglio di ciò che Freud ha fatto, ma anche il suo Dostoevskij, il suo Michelangelo o il suo Christoph Haitzmann, ecc. Altrettanto bene con i loro equivalenti lacaniani: Joyce, ma anche Amleto, Gide, persino le sorelle Papin o anche Aimé, questi due ultimi che risalgono a prima dell'entrata di Lacan nella psicoanalisi.

2. Questo mi porta alla seconda proposizione di Lacan: “La clinica psicoanalitica consiste nel reinterrogare tutto ciò che Freud ha detto”⁸.

In un certo senso, tale tesi include e supera la prima, nella misura in cui la clinica psicoanalitica non vi si riduce agli scambi verbali, se così posso dire, tra analizzante e analista (“ciò che si dice in un'analisi”); Lacan la allarga per così dire ai detti di Freud – intendiamo: i suoi testi – che occorre reinterrogare. Reinterrogarli vuol dire non soltanto leggere Freud, ma non smettere mai di interrogarlo e di spingerlo a dare le sue ragioni.

Questo, a mio avviso, rinnova o dovrebbe rinnovare l'accezione del sintagma di “clinica freudiana”. Questa non potendo più ridursi ai casi estratti dalla pratica di Freud - pratiche diverse, tutto sommato, cure (“Dora”, “L'uomo dei topi”, “L'uomo dei lupi”, “La giovane omosessuale”, ecc.), pratica del controllo (“Il piccolo Hans”), pratica di deciframento, di lettura e di costruzione (“Schreber”, “Dostoevskij”, “Haitzmann”, ecc.). La clinica freudiana si presenta come aperta e integrante di tutte le elaborazioni derivate dalla lettura e dall'interrogazione dei testi di Freud.

3. Con la terza proposizione, si noterà che Lacan amplia le cose passando dalla **clinica freudiana** propriamente detta alla **clinica psicoanalitica**: “La clinica psicoanalitica **deve** consistere non solo nell'interrogare l'analisi, ma nell'interrogare gli analisti, affinché rendano conto di ciò che la loro pratica ha di casuale [*hasardeux*], che giustifichi Freud di essere esistito”.

⁸ Cf. *Ibidem*, p. 18.

Non è superfluo sottolineare che Lacan termina il suo piccolo scambio con il pubblico sul rapporto tra clinica e scienza, scienza e psicoanalisi. Anche qui lo cito piuttosto che parafrasarlo: «La clinica psicoanalitica deve aiutarci a relativizzare l'esperienza freudiana. Si tratta di una elucubrazione di Freud. Io vi ho collaborato, ma non è un motivo perché ci tenga. Bisogna comunque rendersi conto che la psicoanalisi non è una scienza, non è una scienza esatta»⁹.

III.

Ebbene, questa clinica Una, come bisogna intenderla?

1.

È evidente che il termine clinica può intendersi in più di un modo. Io ho scelto di mettere l'accento sulla sua unicità e sulla sua anteriorità rispetto alla psicoanalisi. Perciò, non c'è miglior partenza del capitolo IV della *Nascita della clinica* che Michel Foucault ha giudiziosamente intitolato “Vecchiezza della clinica”.¹⁰

In questo capitolo stupefacente, di cui sarebbe fin troppo lungo ricordare non fosse altro che i temi, la clinica viene considerata come «un corpo complesso e coerente, in cui convergono una **forma di esperienza**, un **metodo di analisi** e un **tipo di insegnamento**».¹¹

Dalle analisi di Foucault emerge che quanto chiamiamo *la* clinica, se la liberiamo dagli orpelli mitici – cioè tutto ciò che si è organizzato, come “storia della medicina” sulla base del concetto che “il sapere medico si forma al capezzale del malato”; sottinteso: senza la mediazione del sapere –, non si costituisce veramente se non con la costituzione del metodo clinico in quanto esso è irriducibile allo studio di caso o a un puro e semplice esame dell'individuo malato.

Foucault ci consegna l'essenza di tale clinica che nasce nel XVIII secolo, e che strutturerà il campo medico fino a Claude Bernard - e la sua medicina sperimentale -, a partire dalle raccomandazioni di Tissot: «*La differenza tra questa inchiesta e “l'esame clinico” consiste nel fatto che non vi si procede all'inventario d'un organismo malato; vi si rilevano gli elementi che consentiranno di mettere la mano su una chiave ideale, chiave che ha quattro funzioni in quanto*

⁹ *Ivi*

¹⁰ Foucault M., *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi 1969, p. 69.

¹¹ *Ibidem*, p. 74.

è un modo di designazione, un principio di coerenza, una legge di evoluzione e un corpo di precetti. In altre parole, lo sguardo che percorre un corpo sofferente non consegue la verità ricercata che passando attraverso il momento dogmatico del nome in cui è riunita una duplice verità: quella, nascosta, ma già presente, della malattia, e quella chiusa, ma chiaramente, deducibile, dell'esito e dei mezzi. Non è dunque lo sguardo ad avere poteri di analisi e di sintesi; ma la verità di un sapere discorsivo che s'aggiunge dall'esterno, a guisa di ricompensa per il vigile sguardo dello scolaro. In questo metodo clinico in cui lo spessore del percepito non nasconde che l'imperiosa e laconica verità che dà nome, si tratta non tanto di un esame, quanto piuttosto di una decifrazione [d'écryptement].»¹²

E Foucault conclude: «l'istituzione clinica così com'era stata stabilita o progettata, era ancora troppo derivata da forme già costituite del sapere per avere una dinamica propria e trascinare grazie alle sue sole forze una trasformazione generale della conoscenza medica. Essa non poteva scoprire da sola nuovi oggetti, formare nuovi concetti, né disporre diversamente lo sguardo medico. Essa spinge e organizza una certa forma del discorso medico; non inventa un nuovo insieme di discorsi e di pratiche.

Nel XVIII secolo, la clinica è dunque una figura già ben più complessa che una pura e semplice conoscenza dei casi. E ciononostante, non ha giocato un ruolo specifico nel movimento stesso della conoscenza scientifica; essa forma una struttura marginale che si articola al campo ospedaliero senza averne la sua stessa configurazione; essa tende all'apprendimento di una pratica che riassume piuttosto che analizzare; essa raggruppa tutta l'esperienza intorno al gioco di uno svelamento verbale che non è che la semplice trasmissione, teatralmente ritardata.»¹³

Sappiamo che in questa *Nascita della clinica* Michel Foucault si adoperava principalmente per costruire una “archeologia dello sguardo medico” - d'altronde è questo il sottotitolo della sua opera. Allo stesso modo, non stupisce che non si tratti in alcun modo di psicoanalisi e di clinica psicoanalitica, tranne alla fine quando M. Foucault stabilisce, intorno alla questione della morte, un avvicinamento tra “i cadaveri aperti di Bichat” e “l'uomo freudiano”.

Inoltre, mi sono rivolto verso uno psichiatra e storico della psichiatria, per rispondere alla domanda: “cosa può essere, esattamente, una storia della clinica presa in un'accezione rigorosa?”

¹² *Ibidem*, p. 76.

¹³ *Ibidem*, p. 78.

E George Lantéri-Laura risponde: «*Non si tratta di uno studio dell'elaborazione della semiologia, perché, se la clinica – vale a dire l'esame dei pazienti, in vista della diagnosi – ingloba la semiologia, essa va più lontano; non si limita a caratterizzare esattamente i segni di un paziente ma tenta di determinare la migliore combinazione tra essi che faccia passare dalla loro polisemia inevitabile alla monosemia della diagnosi.*

(...) la clinica non si installa nella certezza di sé stessa, ma comincia dall'esame di ogni paziente, e si sforza di andare da questo punto di origine, particolare ed empirico, ad un momento in cui si comprenderà come un certo numero di singolarità del paziente coincidano con ciò che apporta il discorso universale della patologia; ma la clinica resta una disciplina propria, che non si riduce al nartece della patologia. Essa va dal singolare all'universale, mentre il discorso della patologia riporta sempre all'universale».¹⁴

In fondo, alla stregua di Lantéri-Laura, si può dire, con i “nostri” significanti, a noi propri – quelli lasciati in eredità [légues] da Lacan –, che essere clinico è non soltanto reperire ciò che c'è, a partire da ciò che si è depositato di sapere nella disciplina (psicopatologia, psicoanalisi, ecc.), ma è anche tentare di mettere in forma ciò che non è stato ancora reperito, sia per arricchire attraverso nuovi tratti un'entità clinica già precedentemente identificata, sia per cernere più da vicino la singolarità di un “caso”.

2.

Da ciò che precede, appare proprio evidente che la clinica, anche seguendo Foucault che la rende contemporanea alla costituzione del metodo clinico – dunque facendola apparire nel XVIII secolo – è di molto anteriore alla scoperta dell'inconscio e all'invenzione della psicoanalisi. Cosa che fa della clinica, accanto alla filosofia e alla scienza, uno degli Altri della psicoanalisi.

È forse l'occasione per dire che nella psicoanalisi, presa nel senso più ampio, lo statuto della clinica è ambiguo.

A volte essa è invocata per contrastare la dottrina, la teoria, la formalizzazione, in breve il sapere, e come riferimento alla cosa stessa, senza mediazione e senza fronzoli; a volte è svalorizzata, derisa come una forma di esperienza senza pensiero, senza ragione, una percezione

¹⁴ Georges Lantéri-Laura, «*Préface à Paul Bercherie*», *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, Paris, *La Bibliothèque d'Ornicar* ? 1980, p. 10.

immediata e diretta della realtà patologica, senza preoccupazione epistemica ed esclusivamente orientata se non verso il successo terapeutico rapido in ogni caso verso la classificazione dei fenomeni patologici a partire da segni e indici preliminarmente repertoriati; una sorta di esercizio di ordinamento, di categorizzazione, di delimitazione, di distribuzione e oggettivazione. È accaduto persino a Lacan voi ve ne ricorderete forse, di parlare della sua ripugnanza ad usare “la carta forzata della clinica”¹⁵.

Ma, andiamo avanti...

La questione che adesso ci dobbiamo porre potrebbe formularsi: quali conseguenze, per la psicoanalisi e la sua pratica, di questa anteriorità della clinica sul suo discorso *sui generis*.

Per non dilungarmi troppo, direi che la conseguenza più immediata da reperire e più pregnante è la definizione del campo delle entità cliniche che la psicoanalisi, in quanto teoria, tematizza, e in quanto pratica, tratta. Ovvero, ciò che noi abbiamo preso la piega di chiamare le strutture cliniche o i modi di assoggettamento alla struttura: nevrosi, psicosi, perversione.

Niente da dire su questa terna, si vede proprio che non potrebbe coprire l'insieme della clinica. Basta essere passato, come tirocinante, in un ospedale psichiatrico, aver aperto un Trattato di psichiatria o i testi dei grandi clinici rispettati da Lacan – come G. G. De Clérambault¹⁶ oppure Philippe Chaslin¹⁷ – per arrendersi all'evidenza che *La* “clinica” deborda ed eccede quello che ricoprono questi tre termini che la psicoanalisi eredita giustamente dalla clinica psichiatrica. Salvo che, almeno dopo Lacan, queste categorie semiologiche sono considerate dalla psicoanalisi come delle strutture cliniche, se si fa la scelta della semplicità. E così facendo, la psicoanalisi sovverte quelle che non erano altro se non delle entità classificatorie. In effetti, la struttura in psicoanalisi, voi lo sapete, non è solamente la classe che permette la classificazione; è, *a minima*, la classe *plus* la questione della causa (sessuale), più la determinazione di linguaggio, più il processo di difesa inconscio dominante (rimozione, preclusione, diniego).

Non fosse che per questa conseguenza, che è al tempo stesso epistemica ed etica – a causa dell'immistione della funzione del soggetto e del suo rapporto al godimento –, percepiamo il movimento di alienazione e di separazione della psicoanalisi all'interno della clinica. Ciò che

¹⁵ Lacan, J., *Sovversione del soggetto e dialettica del desiderio nell'inconscio freudiano* in “Scritti”, Torino, Einaudi, 2002, p. 802

¹⁶ De Clérambault, G. G., *Œuvres psychiatriques*, Paris, FRENESIE Éditions, 1987, Coll. INSANIA

¹⁷ *Éléments de Sémiologie et clinique mentales*, Toulouse, Privat, 1999

essa mette in avanti, e che è operativa nella sua pratica, trascende, ciò che il vedere permette di isolare e di classificare.

Cosa che ha potuto condurre d'altronde all'opposizione problematica tra "clinica dello sguardo" e "clinica dell'ascolto".

In effetti, ridurre la psicoanalisi ad una clinica dell'ascolto o anche dell'interpretazione, non è ignorare o fare poco caso alla dimensione dell'atto che fa la sua specificità?

3.

Abbiamo in qualche modo una parte degli elementi di risposta alla terza questione suggerita dal passaggio di Lacan a cui ho fatto ricorso. Vale a dire: quale(i) luce(i) il discorso psicoanalitico apporta a questa clinica Una?

Se dovessi utilizzare una formula radicale – è la parola alla moda -, io direi che il discorso analitico fa passare la clinica dal regime del discorso universitario (dialetto del discorso del padrone, come ognuno sa) al regime del discorso dell'isterica (discorso *de l'amoureuse*). In che modo? Tramite il posto e l'accento messo sulla parola e sul transfert in quanto spazio di produzione e di elaborazione del materiale e come principio del potere dell'analista nella direzione della cura.

Per mostrarvi ancora una volta quanto questa questione, che ha l'aria semplice, sia se non difficile, in ogni caso complessa, vi sottoporro una testimonianza di Lacan in un piccolo intervento fatto nel 1970 su un tema appassionante: "Apporto della psicoanalisi alla semiologia psichiatrica"¹⁸:

«In verità non vedo una montagna né niente che mi separi dal modo in cui ho proceduto a quell'epoca. La mia paziente, colei che ho chiamato Aimée, era veramente toccante. Tra il modo in cui ho proceduto con lei e quello che insegno ora, non vedo assolutamente alcuna differenza. Tutto quello che articolo nella mia tesi come semiologia ha qualcosa che sto tentando di dire ora e che ha un certo rapporto con ciò che fa l'apice di questa osservazione,

¹⁸ Jacques Lacan (Charles Melman), "Apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique" in *Journal Française de Psychiatrie*, n. 35, 2009/4. pp. 45 – 48. [N.d.T]

vale a dire ciò che me l'ha fatta chiamare l'autopunizione: un certo rapporto con un punto che noi chiameremo "il punto finale, che ha (proprio lì dentro) una funzione poiché è del tutto chiaro che tutto ciò che in questa paziente è costruzione, delirio, manifestazioni psicotiche propriamente dette, è caduto netto con questo punto di compimento, che è qualcosa di specifico e di distinto da ciò che è realizzabile, vedere il delirio profilarsi in questo modo, in modo assolutamente radicale.

(...) È ben evidente che descrivendo le cose in questo modo a proposito della mia paziente di allora, non avevo le categorie che ho adesso, non avevo alcuna idea dell'oggetto a in quel momento. Ma è del tutto sorprendente che quando ho fatto questo lavoro che è uscito nel 1932 ho proceduto con un metodo che non è sensibilmente distinto da ciò che ho fatto da allora. Se si rilegge la mia tesi, si vede questa specie di attenzione rivolta a ciò che è stato il lavoro, il discorso della paziente, l'attenzione che le ho portato è qualche cosa che non si distingue da ciò che faccio da allora.»

Inutile, credo, aggiungere qualcosa a questa bella testimonianza di Lacan. Sarà sufficiente dire che se quest'ultimo ha sempre criticato la tendenza "clanicista" nella psicoanalisi, quella che contrappone in modo indotto la clinica e la dottrina o la teoria, qui, egli abbozza l'operazione che consiste nel dire che non c'è più un primato della teoria sulla clinica. Ciò di cui la sua testimonianza attesta, come minimo, è del carattere determinante dell'etica e del desiderio (del clinico?).

Come spiegare altrimenti l'equivalenza che egli stabilisce tra la sua posizione di giovane psichiatra e quella dell'analista che è divenuto?

IV.

Veniamo ora al mio ultimo sviluppo.

Le questioni sulle quali lavoreremo quest'anno sono lungi dal costituire una semplificazione e una riduzione *ad usum Delphini* dei problemi cruciali della psicoanalisi. In effetti, la questione di ciò che è o di ciò che dovrebbe essere una clinica psicoanalitica, è anche di questo che si tratta in una scuola di psicoanalisi; e in particolare nei suoi organismi di garanzia.

Sono stato invitato molto di recente a introdurre il lavoro epistemico del nostro CIG con una piccola esposizione sui riferimenti di struttura mobilitati nell'ascolto di una *passé* e nell'elaborazione di cartel. Vi fornisco il testo, piuttosto stringato. Potremmo chiamarlo: Clinica della *passé*?

Clinica della *passee*?

Dai nostri ultimi scambi, anche se rapidi e poco approfonditi in seno al nostro CIG, risulta come minimo che l'ascolto di una *passee* è sempre, e per ciascuno, condizionato da un 'sapere precedente', un'idea o preconcetto di ciò che è atteso da una testimonianza di *passee*, ossia di ciò che è un'analisi, il suo tragitto e la sua fine. Domanda 1: può essere altrimenti? Domanda 2: possiamo noi, attraverso un lavoro collettivo in seno al nostro CIG, sradicare questi pregiudizi, quantomeno ridurli?

Questa possibile riduzione potrebbe passare attraverso l'aggiornamento, al di là delle opinioni di ciascuno, dei punti di reperi di struttura isolabili nell'insegnamento di Lacan. Cosa che non costituisce un compito da poco.

In effetti, è a questo punto che incontriamo una prima difficoltà, quella che attiene al fatto che questi punti di reperi non sono fissi, perché dipendono dai *frayages*¹⁹ (tracciati) e dagli avanzamenti dello stesso Lacan di cui è sempre difficile lasciare da parte o nell'ombra la tale o tal'altra tesi.

Aggiungerei che questa difficoltà è raddoppiata da un'altra: si ascolta una *passee* sulla base di ciò che sappiamo già – o crediamo di sapere, che è la stessa cosa secondo Lacan – o piuttosto nella posizione di apprendere, di essere insegnato da un dire completamente contingente e inatteso?

Notiamo ugualmente che non è facile dissociare i concetti con i quali noi pensiamo la cura e la direzione e quelli che convochiamo quando ascoltiamo una *passee*. Salvo che in quest'ultimo caso, siamo obbligati a sollecitare la "dottrina della *passee*": (caduta o faglia del soggetto supposto sapere), il passaggio all'analista (da **S** barrato ad *a*), la questione della congruenza, della sovrapposizione o dell'articolazione della *passee* e della fine dell'analisi.

Non dimentichiamo, infine, che le testimonianze di *passee* variano considerevolmente riguardo il loro stile o la loro retorica – dal racconto di cura alla costruzione logica – e, soprattutto, che non sono immunizzate contro le *doxa* di Scuola, tanto dal lato dei *passants* quanto dei *passeurs* perfino dei Cartel, *doxa* che possono ostacolare l'estrazione, laddove esiste, del *dire* del *passant* sulla sua esperienza dell'analisi.

¹⁹ Il dizionario Grand Robert (p. 702) dà *frayage* come parola attestata dalla metà del XX secolo per tradurre il tedesco *Bahnung*, termine usato da Freud nell'*Entwurf* [1895], «Progetto di una psicologia», in Opere 2, Progetto di una psicologia e altri scritti 1892-1899, Torino, Bollati Boringhieri, 1968 e 1989, cfr. in particolare la nota 1 di p. 206. Si tratta di un deverbale di *frayer* "tracciare (un cammino) attraverso il passaggio (etimolog. per sfregamento dei piedi per terra)". Nondimeno bisogna aggiungere che Lacan usa la parola *frayage* anche in autonomia dal termine tedesco. Un esempio di traduzione in italiano è la scelta di Giacomo Contri, che traduce sempre *frayage* "tracciato" in J. Lacan, Il Seminario, Libro VII, *L'etica della psicoanalisi* [1959-60], Torino, Einaudi, 1994, passim [Nota dei traduttori Grazia Tamburini e Diego Mautino, *Wunsch* n. 11/2011].

In occasione dell'ascolto di una *passee*, ciascun cartel naviga, per così dire, tra due scogli: ascoltare la *passee* con i pregiudizi di ciascuno o sforzarsi di funzionare, almeno all'inizio, senza alcuna idea preconcepita della *passee* o mettendo tra parentesi l'esperienza acquisita a seguito della partecipazione a dei cartelli precedenti.

È sullo sfondo del carattere insufficiente dell'uno e dell'impossibilità dell'altro che si impone ciò che abbiamo chiamato insieme i “punti di repera di struttura” e che non dobbiamo cristallizzarci in una dottrina rigida. Questi punti di repera non sono, in fondo, che ciò che può permetterci di adattare il nostro ascolto alle necessità di un'accoglienza di enunciazioni singolari, tenendo presente le finalità della procedura della *passee* – una modalità, quindi, di reclutamento degli analisti fondata sulla logica del discorso psicoanalitico. Nessun posto per il “pensiero unico”!

Ebbene, quali sono questi punti di repera di struttura?

Direi che, a mio parere, non si può trattare di criteri, di casi da controllare, ma di elementi che il racconto o la costruzione del *passant* permette di ricostituire.

Per introdurre la nostra discussione, proporrei

1. Di porre questi “punti di repera di struttura” mettendo in risalto ciò che Lacan chiamava nel suo seminario del 1964-1965, “i problemi cruciali della psicoanalisi”, ovvero:
 - La domanda
 - Il sintomo analitico
 - Il transfert
 - L'identificazione
 - La fine dell'analisi.
2. Di situare bene l'articolazione della “soluzione del transfert” e della *passee*, se il cosiddetto momento di *passee* si trovi sempre nella dipendenza della “caduta del soggetto supposto sapere” o in ogni caso della percezione della sua faglia;
3. Di verificare – ma a partire da quali elementi clinici? – il passaggio dalla posizione analizzante S barrato, alla posizione dell'analista, *a*, l'atto che lo produce e l'emergenza del desiderio di sapere che lo condiziona;
4. Di individuare per quanto possibile le identificazioni che sono cadute, le modificazioni o i cambiamenti nei modi di godere, il destino del fantasma e le metamorfosi del sintomo “dal sintomo di entrata al sintomo di fine”.

Per concludere e aprire la nostra discussione di questo pomeriggio su cosa sia *una clinica psicoanalitica*, direi che da questa rapida traversata, emergono *a minima* tre possibili proposte o tesi. E non è poco dire che sono contraddittorie. Ed è su questa difficoltà che vi lascio:

- C'è solo una clinica ed è prima del discorso psicoanalitico;
- Esiste una clinica psicoanalitica – distinta e opponibile alle cliniche psichiatriche e psicologiche segnatamente. Possiamo persino enunciarne le proprietà e la struttura:
 1. *La clinica psicoanalitica non è la clinica medica;*
 2. *La clinica psicoanalitica si specifica attraverso il transfert;*
 3. *La clinica psicoanalitica si poggia sulla convinzione dell'inconscio;*
 4. *La clinica psicoanalitica si basa sulla differenziazione tra l'Io e il soggetto;*
 5. *La clinica psicoanalitica è una clinica del sintomo;*
 6. *La clinica psicoanalitica è una clinica determinata e orientata dal desiderio dell'analista.*

Devo alcune di queste proprietà – ne ho modificate alcune ed escluse altre – al tentativo di Jean-Richard Freymann di articularle nel suo lavoro: *Du délire au désir. Les dix propriétés de la clinique analytique*²⁰.

- La psicoanalisi si situa al di là della clinica – in quanto quest'ultima riguarda il particolare e l'universale, e la loro dialettica –, nella misura in cui mira al singolare, la differenza assoluta.
- Se è necessario parlare della clinica psicoanalitica, si dovrebbe aggiungere immediatamente che non ce n'è una ma diverse; tanto diverse quanto gli orientamenti nella psicoanalisi (freudiano, kleiniano, lacaniano, bioniano, winnicottiano, ecc.), così come ci sono altrettanti psicoanalisti;
- Pertanto, la clinica psicoanalitica potrebbe essere definita come l'insieme di fatti e testimonianze cliniche raccolte da uno o più psicoanalisti (organizzati in gruppi, associazioni, Scuola, ecc.), a partire dalle pratiche della cura e oltre (controllo, *passé*, pratiche di gruppo, clinica istituzionale, ecc.). Si vede bene, a partire da ciò, l'interesse che c'è nel distinguere la clinica non solo dalla teoria o dalla dottrina, ma ugualmente dalla pratica e dall'esperienza.
- A partire da ciò, la questione si complica e si trasforma in: cos'è un fatto clinico? Cos'è un'osservazione clinica? Cos'è un resoconto clinico? Cos'è la costruzione di un caso clinico? Cos'è una vignetta clinica? O anche: cos'è un clinico? Cos'è uno psicoanalista?

²⁰ Jean-Richard Freeman e Michel Patris, *Du délire au désir. Les dix propriétés de la clinique psychanalytique*, Toulouse, Erès, 2016.

- Infine, se ogni psicoanalista è, di diritto se non di fatto, un clinico, sappiamo che non è vero il contrario. Non ogni clinico è uno psicoanalista. Allora, cosa distingue l'uno - il clinico - dall'altro - lo psicoanalista -? La risposta a questa questione è forse uno dei principali requisiti necessari per definire e determinare ciò che fa di una clinica una clinica psicoanalitica.