

de Thémélis Diamantis

(FRA/ITA traduzione in fondo)

Ces dernières années, un vent mauvais souffle sur la psychanalyse, notamment dans les milieux universitaires. Je le sais ; cela fait longtemps que je l'y enseigne...

Les espaces qu'elle occupait jadis s'y réduisent comme peau de chagrin. La raison ? Des théories jugées fumeuses, formulées dans un langage abscons, insuffisamment (ou abusivement) scientifiques, sans unité suffisante entre ses divers courants et une appréciation considérée trop subjective des phénomènes étudiés menant à des concepts possiblement dépourvus de rigueur, invérifiables, contradictoires, voire arbitraires, associés, dans la pratique à des objectifs thérapeutiques mal définis auxquels conduirait une méthodologie tout aussi douteuse. Cela fait beaucoup...

Sans langue de bois, on pourrait dire que pour ses détracteurs, la psychanalyse serait ni plus ni moins qu'une fausse science doublée d'une vraie arnaque ! Une psychologie véritablement scientifique existe pourtant, proclament-ils, dans ses théories autant que dans ses pratiques, simplement elle n'a rien à voir avec la psychanalyse ! Alors, c'est à elle que la question des soins psychiques doit être confiée...

Depuis la parution du *Livre noir de la psychanalyse*^[1], les praticiens, ceux notamment dont le but thérapeutique consiste à modifier ou induire certains comportements chez leurs patients^[2], ne cessent de mettre en avant ce qui précède. Ils retirent au passage, sur le plan académique, mais aussi au-delà, des prérogatives, un statut et une reconnaissance que la psychanalyse voit progressivement lui échapper.

Aujourd'hui, le monde (en général, pas seulement le monde académique) veut des résultats (idéalement rapides et efficaces) s'appuyant sur des procédures claires, simples, éprouvées, vérifiables et rigoureuses. L'heure, chez les soignants engagés dans les soins psychiques, est au sérieux scientifique et au respect d'une méthodologie classificatoire née d'Aristote, en vue de dégager ce qui relie les effets aux causes et développer les outils thérapeutiques nécessaires sur la base de lois générales issues de l'étude de phénomènes particuliers observables. Puisque, comme nous l'enseigne Aristote, il n'y a de science que du général, ce sont les propriétés communes (précisément, particulières) et non singulières (propres au sujet pris dans son idiosyncrasie individuelle) des phénomènes qui constituent l'objet de leur étude et du savoir qui en résulte^[3]. Nosographie^[4] et rigueur méthodologique composent de nos jours plus que jamais la boussole épistémique des partisans d'une psychologie scientifique digne de ce nom.

Indirectement, ce débat autour de la validité des démarches scientifiques concerne ou impacte également la conception du soin psychique ainsi que la relation entre les soignants et leurs patients. Par quels biais vient-on en aide à des humains psychiquement en état de souffrance ?

Les psychologues comme les psychiatres quittent de nos jours l'Université munis de «boîtes à outils»^[5] contenant un ensemble de savoirs validés, que leurs formations professionnelles ultérieures compléteront davantage encore. À chaque catégorie de problèmes, son outil, voire sa solution. Dans cette perspective, un bon soin réside dans l'application rigoureuse des moyens qui le mettent en œuvre par ceux qui maîtrisent également les fondations théoriques sur lesquelles ces procédures du soin reposent. Idéalement, les psychothérapeutes produiraient du soin comme les dentistes soignent les caries de leurs patients. Soigner reviendrait à maîtriser la logistique du soin, autrement dit à faire du moyen - l'outil, la procédure, la méthode, etc.- le principal facteur de la guérison recherchée. La singularité subjective, du médecin comme du patient,

de même que la dynamique de leur interaction, important moins que la pertinence du diagnostic posé à partir de symptômes objectivement identifiés et l'application des procédures auxquelles il conduit. Ces dernières agiraient en quelque sorte sur l'esprit de la manière dont des médicaments judicieusement prescrits agiraient sur le corps.

Et la psychanalyse, dans tout cela ? Freud, du fait de ses engagements monistes[6], est évidemment responsable de la situation inconfortable dans laquelle se trouve actuellement la discipline dont il est à l'origine. Ma position en la matière se veut à la fois claire et nuancée : je reconnais volontiers que la scientificité de la psychanalyse est contestable, ce qui ne signifie pas qu'il en va de même de sa légitimité épistémologique en général. C'est le paradigme du savoir sur lequel elle repose, notamment dans sa double articulation - clinico-théorique et clinico-épistémologique - qui doit être repensé depuis ce que Freud nous en a appris. N'en déplaise pourtant à ce dernier autant qu'à ceux qui font de la défense de la scientificité naturaliste de la psychanalyse un combat[7], cette dernière ne dispose pas des moyens pour être reconnue comme une science naturelle (*Naturwissenschaft*), du moins pas au même titre que celles auxquelles Freud proclamait farouchement l'appartenance. Plus ils défendront, contre vents et marées, le point de vue de sa stricte scientificité, plus ces partisans de la psychanalyse creuseront sa tombe. Afin de ne pas m'éloigner du sujet du soin, je renvoie les lecteurs intéressés à ces questions à deux de mes précédentes publications[8].

Ce n'est pas sur la question de sa scientificité, mais autour de son projet de soins que la psychanalyse a, dans les faits, acquis sa spécificité thérapeutique ainsi que celle du savoir auquel la cure l'a menée. Historiquement parlant, le mérite en revient à Joseph Breuer et à l'une de ses jeunes patientes qu'il avait suivie entre 1880 et 1882, laquelle avait elle-même qualifié de *talking cure* le travail qu'elle effectuait avec lui. Cette femme entrera ultérieurement dans l'histoire de la psychanalyse sous le pseudonyme de Anna O., lors de la publication commune par Freud et Breuer des *Études sur l'hystérie* (1895).

Au fond, les choses étaient simples : Anna O. ressentait le besoin de parler et Breuer était d'accord de l'écouter, pensant qu'il y avait quelque avantage pour le soignant à prêter une oreille attentive à ce que disent les patients. C'était le début de quelque chose...

Évidemment, la psychanalyse ne se réduit pas à écouter quelqu'un parler, mais elle n'existerait, ni comme entreprise thérapeutique ni comme entreprise de savoir, en l'absence de ce cadre premier[9].

L'écoute authentique des patients en psychanalyse est le marqueur d'une proximité clinique[10] du soin qui ne se réduit pas à sa logistique. Elle a présidé la mise en place d'une technique thérapeutique mais également conduit aux connaissances théoriques propres à cette discipline, sur le double mode de la *Deutung* (interprétation) freudienne, à la fois *verstehen* (comprendre) et *erklären* (expliquer), dans le but conjoint de soigner et de savoir. Sur un plan clinique autant qu'épistémologique, l'écoute attentive du tiers opère donc un renversement en subordonnant toute action thérapeutique autant que l'accès à un savoir théorisé à la parole exprimée et entendue de la bouche des patients et à l'écho que cette parole produit chez celui qui l'accueille.

Sur le seul plan clinique, l'écoute participe ici de ce que la langue anglaise qualifie de *caring*, au sens de la bienveillance attentionnée portée au patient. On en trouve, dans le domaine infirmier, une illustration représentative dans les travaux de Jean Watson, fondatrice du *Center for Human Caring* au Colorado, qui préconise des soins basés sur une approche holistique, intersubjective et transpersonnelle d'humain à humain[11]. Le *caring* associe, dans la relation qui unit le soignant au patient, l'humain aux moyens de la guérison. Soigner, c'est toujours aussi prendre soin d'un tiers (comme dans l'expression *to take care of somebody*).

En psychanalyse, c'est à Monique Schneider, par sa relecture minutieuse (je dirais même, littérale) et éclairante du texte freudien, notamment par ses recherches entamées dans *Le paradigme féminin* (2004), autour du concept de la *Aufnahme* (la mise à l'intérieur, mais aussi l'accueil) chez Freud, et poursuivies dans *La détresse, aux sources de l'éthique* (2011), que l'on doit de nos jours le rappel de l'importance de ces thèmes.

Reprenant le terme de *Nebenmensch* qu'elle emprunte et développe depuis *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* (Freud, 1895), Monique Schneider invite les psychanalystes à incarner pour leurs patients, au sens à la fois physique et moral, ce tiers bienveillant, empathique, secourable mais non-intrusif, qui, à la manière d'une mère adéquate face à la *Hilfslosigkeit* (désaide, désarroi, désespoir) de son nourrisson, se tiendrait « juste à côté » du patient pour reprendre l'expression de l'auteur. Ne pas se détourner, grâce à une écoute pleine, de la plainte ou de la souffrance des patients, reviendrait ainsi pour le psychanalyste, dans les couches les plus profondes que cette souffrance exprime, à entendre également le désarroi absolu d'un nourrisson dont l'apaisement des tensions ne peut résulter que de la présence attentive d'un *Nebenmensch* qui prend soin de lui (au sens du *caring*).

Nombreux sont ceux, parmi lesquels bon nombre de psychanalystes et non des moindres^[12], à penser que la psychanalyse déploie ses effets thérapeutiques par l'interprétation d'un contenu dont le sens serait simultanément dévoilé et recouvert par la parole et les diverses manifestations à valeur symptomatique que le patient produit (et reproduit) dans la cure. L'interprétation produirait ou mettrait à jour du sens notamment en établissant les liens qui relient ou mettent en dialogue ces phénomènes entre eux. Si ceux-ci témoignent évidemment des affects du patient, c'est une fois interprétés, autrement dit soumis à un exercice également dirigé par la raison, qu'un effet de guérison adviendrait.

Nul ne saurait nier ce qui précède, à condition de ne pas confondre la compréhension du sens avec celle de la souffrance elle-même. Parfois - et je dirais même toujours - la seconde est vaine si la première n'a pas eu lieu. Un nourrisson n'ayant pas été consolé, dont la plainte n'aurait pas été entendue ou reconnue dans le désespoir qu'elle exprime, continuera à pleurer ou s'abandonnera à un silence... désespéré, voire mortifère. C'est en premier lieu à cela que sert la parole en psychanalyse, à briser le cercle d'une souffrance qui isole le souffrant de ses semblables ; parler, c'est exprimer l'espoir d'être entendu avant celui d'être compris ; c'est chercher un semblable dont on pense qu'il peut entendre notre douleur ; c'est pour cela que dans son rôle de *Nebenmensch* l'analyste occupe une fonction essentielle et privilégiée : accueillir, au sens maïeutique, une souffrance qui n'a pas été déposée jadis ou dont le patient pense intimement qu'elle n'a pas été entendue, transformer une souffrance individuelle en une expérience humaine partagée. C'est la vigilance à la souffrance du tiers qui permet de lui donner un sens.

Concentrer le travail analytique sur les éléments plus facilement identifiables ou rationaliser cette plainte en l'interprétant, ou le faire trop vite ou trop systématiquement, serait aussi une manière de ne pas entendre cette manifestation originaire de la détresse, de la maintenir dans un espace psychique qui n'en permet pas la sortie et la transformation par la reconnaissance des tiers. Dans l'analyse des névrosés, en particulier, lesquels constituent une part importante et privilégiée de la patientèle des psychanalystes (également du fait de leur compatibilité structurelle fréquente au cadre analytique, tout au moins pour ceux disposant d'une bonne introspection), les facteurs œdipiens (et donc les questions liées à la sexualité) occupent rapidement le devant de la scène analytique. Il ne faut cependant pas oublier que ces questions constituent le sommet de l'iceberg, qu'elles ne recouvrent pas l'ensemble des problématiques et des conflits psychiques et notamment pas ceux renvoyant aux angoisses de néant et aux sentiments de désespoir du tout début de vie. Les tourments liés à la

mort précèdent toujours ceux liés à l'amour. L'oublier, en ne travaillant, par exemple, que sur les enjeux (phalliques) du faire et non sur les angoisses premières relatives à la continuité (ou simplement la survie) de l'être biologique qu'elles expriment reviendrait à renforcer chez le patient un éprouvé de néant, traduisant simultanément, chez l'analyste, un moyen (inconscient, car trop confrontant sur le plan personnel ou intime) de se détourner des racines profondes de ce que Freud qualifiait de « pulsions de mort », à l'origine de phénomènes agressifs et d'angoisses archaïques majeurs. Sur des plans différents, des auteurs comme Mélanie Klein ou René Spitz comptent assurément parmi ceux qui ont été les plus attentifs à ces aspects, en situant la genèse chez le nourrisson tout en rendant apparentes leurs conséquences dans la vie adulte. Sandor Ferenczi, quant à lui, du temps de Freud déjà, préconisait une forme de proximité bienveillante avec les patients comme un élément central du soin qui leur est apporté.

Monique Schneider (2011) offre elle aussi une belle illustration de ce qui précède dans la relecture qu'elle propose du fragment d'un rêve de Freud (connu comme « l'injection faite à Irma », figurant dans *l'Interprétation des rêves*, 1900) dans lequel ce dernier met dans la bouche de cette patiente la phrase : « si tu savais comme j'ai mal ». Ce n'est pas le « remède » que la patiente réclame au « médecin » ; la connaissance à laquelle elle lui demande d'accéder pour l'en soulager est celle de sa souffrance.

La « communication d'inconscient à inconscient » que Freud évoquait déjà autour du transfert, répond à un principe analogue : relier les protagonistes de la relation analytique sur la base d'une compréhension émotionnelle, intuitive, subtile, sur une résonance intime et inconsciente des affects et des représentations. Au-delà d'une compréhension ou d'un partage des signifiés (ce dont il est objectivement ou consciemment parlé), l'écoute analytique vise à entendre ce qui se dit à l'insu mais aussi au travers du langage lui-même. C'est un niveau de compréhension antérieur à celui qu'opère la raison ou la mise en mots interprétative. L'écoute flottante de l'analyste, pour utiliser une comparaison avec le domaine musical, servirait à entendre (et faire entendre) la musique (le sens intime des choses) révélé par les « notes » qui, chez le patient, la produisent (souvenirs, évocation des situations vécues, rêves, fantasmes, associations, symptômes, etc.).

L'écoute, pleine et empathique, de la parole singulière et souffrante de chaque patient, dans le cadre (tout aussi singulier) de la relation l'unissant à son analyste, pose ainsi les conditions du soin et de sa réussite autant qu'elle détermine les conditions d'une connaissance, tant à des fins thérapeutiques (singulières) que sur le plan d'une connaissance générale (dégagement de concepts ou de théories).

Si la psychanalyse, sur le plan d'une psychopathologie d'ensemble, rejoint dans la forme le modèle scientifique né d'Aristote (l'établissement de lois générales par l'étude des cas particuliers), son savoir propre, depuis ses assises cliniques, la place sur un axe épistémique atypique, déroutant, marginal (au vu des méthodologies scientifiques) mais formidablement fécond qui va du singulier à l'universel, sur le modèle du dévoilement métaphysique de la vérité. La conception du soin, propre à la psychanalyse y participe de manière décisive. Elle en est l'aiguillon.

Je conclurai sur une illustration clinique, tirée de ma propre pratique. La patiente est une femme brillante, intelligente et cultivée, au bénéfice d'un caractère aimable, mais qui manifeste un état d'anxiété latent, pouvant être plus prononcé selon les circonstances. Elle porte fréquemment des foulards de peur d'attraper des angines ; de la même façon, elle a pris l'habitude depuis son adolescence de recourir à un somnifère léger pour pouvoir dormir, s'abandonner au sommeil étant pour elle une épreuve difficile depuis longtemps, un temps angoissé.

Que pouvais-je faire de ces éléments ? Pouvais-je agir directement sur eux ? Et à travers quoi ? Il a surtout

fallu attendere et écouter, faire ressentir à la patiente (sans le verbaliser) qu'elle pouvait s'en remettre au cadre analytique, que j'étais principalement ... là, pleinement présent dans un temps et une disposition d'écoute attentive et bienveillante et non une envie frénétique de proposer des solutions ou des interprétations rationalisantes poussant à l'action. Alors que des conditions transférentielles favorables s'étaient installées, elle me rapporta un jour un souvenir d'enfance dans lequel, âgée de 6 ans environ, elle avait été renversée par une voiture. Elle se souvient avoir eu mal et surtout terriblement peur, avoir également appelé très fort sa mère au secours. Celle-ci ne devait pas être loin. Elle ne se souvient pas de la suite de la scène. J'avance le terme de « désarroi » ; elle me dit que ce mot lui parle et la touche profondément. Lors d'une autre séance, elle me rapporte avoir souvent vu sa mère évoquer cet accident à la manière d'une anecdote. Tout à fait objectivement, sa fille aurait pourtant pu mourir ce jour (pour peu, cela se serait d'ailleurs produit) ; quant à la fillette, elle avait pensé réellement mourir dans l'accident ; elle en avait éprouvé l'absolue terreur. D'autres souvenirs et associations ont pu surgir alors.

Le temps était finalement venu pour parler (aussi) de foulards et de somnifères...

Ces derniers, dans l'usage de la patiente, représentent un moyen de pallier à l'absence de l'humain qui protège et rassure, originellement celle de la mère. Ils sont eux-mêmes des symptômes, des substituts, des leurres et non des solutions, qui évidemment ne protègent de rien, ni des angines ni des peurs de l'abandon au sommeil, ni de celles de déliaison ou plus fondamentalement des angoisses de néant. Les foulards et les pilules sont des choses, alors que seul un humain peut en rassurer un autre. Dans les tableaux le représentant, Morphée a des bras...

Ces symptômes sont des substituts dont le pouvoir réside uniquement dans l'illusion qu'ils produisent, comparable à celle des soignants ayant oublié l'humain en route et qui pensent que des procédures bien ordonnées suffisent à prendre soin de sujets en souffrance psychique. La patiente a abandonné l'usage de ses foulards et de ses cachets au moment où elle a éprouvé en analyse un sentiment de confiance pour un humain capable d'entendre sa souffrance afin de lui donner du sens. C'est également ainsi qu'elle a pu étendre les effets de sa prise de conscience par-delà le seuil du cabinet de son analyste.

La psychoanalyse, j'en prends le pari, continuera à être malmenée par ses adversaires, comme c'est le cas depuis qu'elle existe, mais, n'en déplaise à ces derniers, sa conception du soin, des humains et de leurs interactions de fond, fera qu'elle ne disparaîtra jamais car elle incarne une conception du soin dont les effets s'étendent dans la durée, par-delà le traitement ou la disparition des symptômes, du fait d'une appropriation intime, d'une intégration psychique de ce *Nebenmensch* comme d'une mère « suffisamment bonne » pour reprendre l'expression célèbre de Donald Winnicott. La psychoanalyse ne convient certainement pas à tous les patients, mais il en est certains qui sans elle ne trouveront jamais l'apaisement auquel ils aspirent. C'est pour eux que nous sommes là.

Psicoanalisi, ovvero la conoscenza attraverso la cura.

di Thémélis Diamantis

Negli ultimi anni soffia un brutto vento sulla psicoanalisi, soprattutto negli ambienti universitari. Lo so ; lo insegno da molto tempo...

Gli spazi che occupava una volta si riducono a un rivolo. La ragione? Teorie ritenute confuse, formulate con un linguaggio astruso, insufficientemente (o abusivamente) scientifiche, senza sufficiente unità tra le sue varie correnti e una valutazione considerata troppo soggettiva dei fenomeni studiati, che portano a concetti possibilmente privi di rigore, non verificabili, contraddittori, anche arbitrari, associati, in pratica, con obiettivi terapeutici mal definiti a cui condurrebbe una metodologia altrettanto dubbia. Ce n'è abbastanza...

Senza remore, potremmo dire che, per i suoi detrattori, la psicoanalisi non sarebbe né più né meno che una falsa scienza unita a una vera e propria truffa! Tuttavia, una psicologia veramente scientifica esiste, affermano, tanto nelle sue teorie quanto nelle sue pratiche, semplicemente non ha nulla a che fare con la psicoanalisi! Quindi, è a quest'ultima che va affidata la questione delle cure psichiche...

Dalla pubblicazione del *Livre noir de la psychanalyse* [13], i professionisti, in particolare quelli il cui obiettivo terapeutico è di modificare o indurre determinati comportamenti nei loro pazienti [14], hanno costantemente evidenziato quanto sopra. Eliminano, sul piano accademico, ma anche oltre, prerogative, status e un riconoscimento che la psicoanalisi vede scivolare via.

Oggi il mondo (in generale, non solo quello accademico) vuole risultati (idealmente veloci ed efficienti) basati su procedure chiare, semplici, comprovate, verificabili e rigorose. L'ora passata dai caregiver impegnati nella cura psichica, è seriamente scientifica e rispettosa di una metodologia di classificazione nata da Aristotele, al fine di individuare ciò che lega gli effetti alle cause e sviluppare gli strumenti terapeutici necessari sulla base delle leggi generali risultanti dallo studio di particolari fenomeni osservabili. Poiché, come insegna Aristotele, esiste solo la scienza del generale, sono le proprietà comuni (proprio, particolare) e non singolari (specifiche del soggetto preso nella sua idiosincrasia individuale) dei fenomeni che costituiscono l'oggetto del loro studio e le conoscenze che ne derivano [15]. Nosografia [16] e rigore metodologico costituiscono oggi più che mai la bussola epistemica dei fautori di una psicologia scientifica degna di questo nome.

Indirettamente, questo dibattito sulla validità degli approcci scientifici riguarda o incide anche sulla concezione dell'assistenza psichica e sulla relazione tra i caregiver e i loro pazienti. Come aiutiamo le persone che sono psicologicamente in uno stato di sofferenza?

Sia gli psicologi che gli psichiatri oggi lasciano l'Ateneo dotati di "cassette degli attrezzi" [17] contenenti un insieme di conoscenze convalidate, che la loro successiva formazione professionale completerà ancora di più. Per ogni categoria di problema, il suo strumento, la sua soluzione. Da questo punto di vista, una buona cura sta nella rigorosa applicazione dei mezzi che la attuano da parte di coloro che padroneggiano anche i fondamenti teorici su cui si basano queste procedure assistenziali. Idealmente, gli psicoterapeuti dovrebbero condurre terapie come i dentisti curano le carie dei loro pazienti. Trattare significherebbe controllare la logistica del trattamento, in altre parole fare dei mezzi - lo strumento, la procedura, il metodo, ecc. - il fattore principale della cura ricercata. La singolarità soggettiva sia del medico che del paziente, nonché la dinamica della loro interazione, sono meno importanti della rilevanza della diagnosi formulata sulla base dei sintomi oggettivamente individuati e dell'applicazione delle procedure a cui essa conduce. Questi agirebbero sulla mente in un modo in cui i farmaci ben prescritti agirebbero sul corpo.

E la psicoanalisi, in tutto questo? Freud, a causa dei suoi impegni monistici [18], è ovviamente responsabile della situazione scomoda in cui si trova attualmente la disciplina da lui originata. La mia posizione sull'argomento vuole essere sia chiara che sfumata: riconosco prontamente che la scientificità della psicoanalisi è discutibile, il che non significa che lo stesso valga per la sua legittimità epistemica in generale. È il paradigma della conoscenza su cui si basa, in particolare nella sua doppia articolazione - clinico-teorica e

clinico-epistemologica - che va ripensato da quanto Freud ci ha insegnato a riguardo. Tuttavia, senza offesa per quest'ultimo ma anche per quelli che fanno della difesa della scientificità naturalista della psicoanalisi una lotta[19], quest'ultima non ha i mezzi per essere riconosciuta come una scienza naturale (Naturwissenschaft), almeno non allo stesso modo di quelle a cui Freud affermava ferocemente di appartenere. Quanto più difendono, contro ogni previsione, il punto di vista della sua rigorosa scientificità, tanto più questi partigiani della psicoanalisi ne scaveranno la tomba. Per non allontanarmi dall'argomento della cura, rimando i lettori interessati a queste domande a due delle mie precedenti pubblicazioni.[20]

Non è sulla questione della sua scientificità, ma attorno al suo progetto di cura che la psicoanalisi ha, infatti, acquisito la sua specificità terapeutica oltre che quella della conoscenza a cui la cura l'ha condotta. Storicamente, il merito va a Joseph Breuer e a una delle sue giovani pazienti, seguita tra il 1880 e il 1882, che aveva descritto lei stessa il lavoro che stava facendo con lui come una talking cure. Questa donna entrerà in seguito nella storia della psicoanalisi con lo pseudonimo di Anna O., quando Freud e Breuer pubblicarono congiuntamente gli Studi sull'Isteria (1895).

In fondo, le cose erano semplici: Anna O. sentiva il bisogno di parlare e Breuer era disposto ad ascoltare, pensando che ci fosse qualche beneficio per il caregiver nell'ascoltare attentamente ciò che dicevano i pazienti. Fu l'inizio di qualcosa...

Ovviamente la psicoanalisi non si riduce all'ascolto di qualcuno che parla, ma non esisterebbe, né come impresa terapeutica né come impresa di conoscenza, in assenza di questa cornice primaria[21].

L'ascolto autentico dei pazienti in psicoanalisi è il segnale di una vicinanza clinica[22] alla cura che non si riduce alla sua logistica. Ha presieduto l'istituzione di una tecnica terapeutica ma ha anche portato alla conoscenza teorica specifica di questa disciplina, sulla doppia modalità della Deutung freudiana (interpretazione), sia verstehen (comprensione) che erklären (spiegazione), nell'obiettivo comune di cura e conoscenza. Sul piano clinico oltre che epistemologico, l'ascolto attento del terzo opera quindi un capovolgimento subordinando ogni azione terapeutica, e l'accesso a una conoscenza teorizzata, alla parola espressa e ascoltata dalla bocca dei pazienti e all'eco che questa parola produce in colui che la riceve.

Solo a livello clinico, l'ascolto qui fa parte di ciò che la lingua inglese descrive come prendersi cura, nel senso di attenta benevolenza mostrata al paziente. Un esempio rappresentativo di ciò si trova nel campo infermieristico nel lavoro di Jean Watson, fondatore del Center for Human Caring in Colorado, che sostiene l'assistenza basata su un approccio olistico, da uomo a uomo[23], intersoggettivo e transpersonale. Il caring associa, nella relazione che unisce il caregiver al paziente, l'umano ai mezzi di guarigione. Prendersi cura è sempre anche prendersi cura di un terzo (come nell'espressione *to take care of somebody*).

In psicoanalisi tocca a Monique Schneider, attraverso la sua meticolosa (direi addirittura letterale) e illuminante rilettura del testo freudiano, in particolare attraverso la sua ricerca iniziata ne *Le paradygme féminin*(2004), attorno al concetto di Aufnahme (portare dentro, ma anche accogliere) di Freud, e perseguito in *La détresse, aux source de l'éthique* (2011), che dobbiamo ai nostri giorni un richiamo all'importanza di questi temi.

Usando il termine Nebenmensch, che ha preso in prestito e sviluppato da Progetto di una psicologia scientifica (Freud, 1895), Monique Schneider invita gli psicoanalisti a incarnare per i loro pazienti, sia in senso fisico che morale, questa terza parte benevola, empatica, disponibile ma non invadente, che, come una madre adeguata di fronte alla Hilfslosigkeit (impotenza, angoscia, disperazione) del suo bambino, starebbe "proprio accanto" al

paziente per usare l'espressione dell'autore. Non allontanarsi, grazie a un ascolto pieno, dal lamento o dalla sofferenza dei pazienti, equivarrebbe così per lo psicoanalista, negli strati più profondi che questa sofferenza esprime, a sentire anche il disordine assoluto di un bambino il cui allentamento delle tensioni può derivare solo dalla presenza attenta di un *Nebenmensch* che si prende cura di lui (nel senso del *caring*).

Sono molti, tra cui un buon numero di psicoanalisti e non ultimi[24], a pensare che la psicoanalisi dispieghi i suoi effetti terapeutici attraverso l'interpretazione di un contenuto il cui significato verrebbe contemporaneamente svelato e coperto dal discorso e dalle varie manifestazioni di valore sintomatico che il paziente produce (e riproduce) nel trattamento. L'interpretazione produrrebbe o aggiornerebbe il significato, in particolare stabilendo i legami che collegano o mettono in dialogo questi fenomeni tra loro. Se questi testimoniano ovviamente degli affetti del paziente, una volta interpretatosi, cioè sottoposto ad un esercizio diretto anche dalla ragione, si verificherebbe un effetto curativo.

Nessuno può negare quanto sopra, a condizione che la comprensione del significato non sia confusa con quella della sofferenza stessa. A volte - e direi anche sempre - la seconda è vana se la prima non è avvenuta. Un bambino che non è stato consolato, il cui lamento non è stato ascoltato o riconosciuto nella disperazione che esprime, continuerà a piangere o si abbandonerà a un... silenzio disperato, persino mortale. E', in primo luogo, a questo che serve l'uso della parola in psicoanalisi, a spezzare il cerchio della sofferenza che isola il sofferente dai suoi simili; parlare è esprimere la speranza di essere ascoltati prima di quella di essere compresi; è cercare un simile che pensiamo possa sentire il nostro dolore; ecco perché nel suo ruolo di *Nebenmensch* l'analista occupa una funzione essenziale e privilegiata: accogliere, in senso maieutico, una sofferenza che non è stata depositata nel passato o che il paziente intimamente ritiene non sia stata ascoltata, trasformando la sofferenza individuale in un'esperienza umana condivisa. È la vigilanza sulla sofferenza del terzo che permette di darle un senso.

Concentrare il lavoro analitico sugli elementi più facilmente individuabili o razionalizzare tale lamento interpretandolo, oppure facendolo troppo velocemente o troppo sistematicamente, sarebbe anche un modo per non ascoltare questa manifestazione originaria del disagio, per mantenerla in uno spazio psichico che non ne consente la produzione e la trasformazione attraverso il riconoscimento di terzi. Nell'analisi dei nevrotici, in particolare, che costituiscono una parte importante e privilegiata della base paziente degli psicoanalisti (anche per la loro frequente compatibilità strutturale con il quadro analitico, almeno per chi ha una buona introspezione), i fattori edipici (e quindi questioni legate alla sessualità) occupano rapidamente il primo posto della scena analitica. Non va dimenticato, tuttavia, che queste questioni costituiscono la punta dell'iceberg, che esse non coprono tutti i problemi e i conflitti psichici e in particolare quelli che si riferiscono alle angosce del vuoto e ai sentimenti di disperazione dei primi istanti di vita. I tormenti legati alla morte precedono sempre quelli legati all'amore.

Dimenticarlo, lavorando, ad esempio, solo sulla posta in gioco (fallica) del fare e non sulle ansie primarie relative alla continuità (o semplicemente alla sopravvivenza) dell'essere biologico che esprimono, equivarrebbe a rafforzare nel paziente un'esperienza del nulla, traducendo simultaneamente, nell'analista, un modo (inconscio, perché troppo confrontante sul piano personale o intimo) per allontanarsi dalle radici profonde di quelle che Freud definiva "pulsioni di morte", all'origine di fenomeni aggressivi e grandi ansie arcaiche. A diversi livelli, autori come Mélanie Klein o René Spitz sono sicuramente tra coloro che hanno prestato maggiore attenzione a questi aspetti, situando la genesi nei neonati e rendendone evidenti le conseguenze nella vita adulta. Sandor Ferenczi, dal canto suo, già ai tempi di Freud, propugnava una forma di benevola vicinanza con i pazienti come elemento centrale delle cure loro fornite.

Anche Monique Schneider (2011) offre una buona illustrazione di quanto sopra nella sua reinterpretazione del frammento di un sogno di Freud (noto come "l'iniezione fatta a Irma", che appare nell'Interpretazione dei sogni, 1900) in cui quest'ultimo inserisce sulla bocca di questo paziente la frase: "se solo sapessi quanto dolore ho". Non è il "rimedio" che il paziente esige dal "medico"; lei gli chiede di accedere è alla conoscenza della sua sofferenza, per alleviarla.

La "comunicazione dall'inconscio all'inconscio" che già Freud evocava attorno al transfert, risponde a un principio analogo: collegare i protagonisti della relazione analitica sulla base di una comprensione emotiva, intuitiva, sottile, su una risonanza intima e inconscia di affetti e rappresentazioni. Al di là di una comprensione o di una condivisione di significati (di cosa si parla obiettivamente o consapevolmente), l'ascolto analitico mira ad ascoltare ciò che viene detto senza conoscerlo ma anche attraverso il linguaggio stesso. È un livello di comprensione precedente a quello operato dalla ragione o dalla formulazione interpretativa. L'ascolto fluttuante dell'analista, per usare un'analogia con l'ambito musicale, servirebbe ad ascoltare (e far sentire) la musica (il significato intimo delle cose) rivelata dalle "note" che, nel paziente, la producono (ricordi, evocazione di situazioni esperienze, sogni, fantasie, associazioni, sintomi, ecc.).

L'ascolto, con pienezza ed empatia, delle parole singolari e sofferenti di ciascun paziente, nella cornice (altrettanto singolare) della relazione che lo unisce al suo analista, pone così le condizioni della cura e del suo successo tanto quanto determina le condizioni di conoscenza, sia a fini terapeutici (singolare) sia in termini di conoscenza generale (rilascio di concetti o teorie).

Se la psicoanalisi, sul piano di una psicopatologia complessiva, si unisce nella forma al modello scientifico nato da Aristotele (l'istituzione di leggi generali attraverso lo studio dei casi particolari), la sua stessa conoscenza, dai suoi fondamenti clinici, la colloca su un asse epistemico che è atipico, sconcertante, marginale (alla luce delle metodologie scientifiche) ma tremendamente fertile che va dal singolare all'universale, sul modello dello svelamento metafisico della verità. La concezione della cura, propria della psicoanalisi, gioca un ruolo decisivo in questo. Ne è il pungolo.

Concludo con un'illustrazione clinica, tratta dalla mia stessa pratica. La paziente è una donna brillante, intelligente e colta, con il beneficio di un carattere gradevole, ma che manifesta uno stato di ansia latente, che può essere più pronunciato a seconda delle circostanze. Indossa spesso sciarpe per paura di avere la tonsillite; allo stesso modo ha preso l'abitudine fin dall'adolescenza di ricorrere a un sonnifero leggero per poter dormire, abbandonandosi al sonno essendo per lei una prova difficile per lungo tempo, un tempo angosciato.

Cosa potrei fare con questi elementi? Potrei agire direttamente su di loro? E attraverso cosa? Soprattutto, ho dovuto aspettare e ascoltare, far sentire alla paziente (senza verbalizzarlo) che poteva fare affidamento sul quadro analitico, che io principalmente... c'ero, pienamente presente per un certo tempo e con una disposizione di ascolto attento e benevolo e non con un desiderio frenetico di proporre soluzioni razionalizzanti o interpretazioni che spronano azione. Quando si erano stabilite condizioni di transfert favorevoli, un giorno mi ha riportato un ricordo d'infanzia in cui, all'età di circa 6 anni, era stata investita da un'auto. Ricorda di aver sofferto e soprattutto terribilmente spaventata, avendo anche chiesto aiuto a sua madre a gran voce. Non poteva essere lontano. Non ricorda il resto della scena. Propongo il termine "disordine"; mi dice che questa parola le parla e la tocca profondamente. Durante un'altra seduta, mi disse che aveva visto spesso sua madre menzionare questo incidente come un aneddoto. Abbastanza oggettivamente, sua figlia sarebbe potuta morire quel giorno (per poco sarebbe potuto accadere); quanto alla bambina, aveva davvero pensato di morire nell'incidente; aveva provato un terrore assoluto. Allora sorsero altri ricordi e associazioni.

Era finalmente giunto il momento di parlare (anche) di sciarpe e sonniferi...

Questi ultimi, nell'uso del paziente, rappresentavano un mezzo per compensare l'assenza dell'umano che protegge e rassicura, originariamente quello della madre. Sono essi stessi sintomi, sostituti, lusinghe e non soluzioni, che ovviamente non proteggono da nulla, né dall'angina né dalle paure dell'abbandono al sonno, né quelle della dissociazione o più fondamentalmente angosce del vuoto. Sciarpe e pillole sono cose, mentre solo un essere umano può rassicurare un altro. Nei dipinti che lo rappresentano, Morfeo ha le braccia...

Questi sintomi sono sostituiti il cui potere risiede esclusivamente nell'illusione che producono, paragonabile a quella di caregiver che hanno dimenticato l'essere umano per strada e che pensano che bastino procedure ben ordinate per prendersi cura di soggetti in sofferenza psicologica. La paziente ha rinunciato all'uso delle sue sciarpe e delle sue compresse quando ha provato in analisi un sentimento di fiducia per un essere umano capace di ascoltare la sua sofferenza per darle un senso. Così è stata anche in grado di estendere gli effetti della sua consapevolezza oltre la soglia dell'ufficio del suo analista.

La psicoanalisi, ci scommetto, continuerà ad essere maltrattata dai suoi avversari, come avviene da quando esiste, ma, senza offesa per quest'ultimi, la sua concezione della cura, dell'uomo e delle sue interazioni fondamentali, farà in modo che essa non scomparirà mai perché incarna una concezione della cura i cui effetti si estendono nel tempo, al di là del trattamento o della scomparsa dei sintomi, a causa di un'intima appropriazione, un'integrazione psichica di questo Nebenmensch come di una madre "abbastanza brava" per usare la famosa espressione di Donald Winnicott. La psicoanalisi non è certamente adatta a tutti i pazienti, ma ci sono alcuni che senza di essa non troveranno mai il sollievo a cui aspirano. Siamo qui per loro.

[1] Mikkel Borsch-Jacobsen, Jean Cottraux, Didier Pleux, Jacques Van Rillaer, et al. , *Le livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud*, Paris, Les Arènes, 2005

[2] Acronyme « TCC », pour Thérapies cognitivo-comportementales.

[3] Sur ces questions, je ne peux que renvoyer les lecteurs au livre de mon défunt Maître de philosophie à l'Université de Lausanne : Jean-Claude Piguet, *La connaissance de l'individuel et la logique du réalisme*, Neuchâtel, La Baconnière, 1975

[4] Nosographie : description et classification des troubles (symptômes).

[5] Terme très à la mode par les temps qui courent...

[6] Les seules causes aux symptômes seraient d'ordre physico-chimique. C'est là-dessus que repose la théorie des pulsions.

[7] Je pense ici plus particulièrement à toute une tradition née des travaux de Jean Bergeret, dont la forme respecte à la perfection le modèle des sciences, mais qui repose sur cette même théorie des pulsions reprise à Freud, dont la pertinence, du moins aux yeux de ceux qu'elle ne convainc pas, demeure - en toute objectivité - contestable.

[8] Thémélis Diamantis, *Sens et connaissance en psychanalyse*, Paris, L'Harmattan, 1997 et Thémélis

Diamantis, « Freud, l'art moderne et les misérables cannibales nus : une perspective décalée sur le destin des pulsions » in Revue *Topique*, 2008/3 (numéro 104), pp. 127-147. Ce dernier article est consultable en ligne depuis le site Cairn.info

[9] De manière totalement délibérée, ne m'adressant pas spécifiquement à un public constitué de psychanalystes, je renonce à développer l'ensemble des aspects théoriques traduisant la complexité de cette écoute pour m'en tenir au constat de son existence et de son rôle.

[10] Étymologiquement, au chevet du patient.

[11] Jean Watson, *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, traduction française, Paris, Seli Arslan, 1998

[12] Je pense en particulier ici à Jacques Lacan qui dans un conférence donnée en 1974 à Rome disait que les infimes bouts du Réel ne sont jamais saisis en écoutant ce qui se dit mais seulement au travers de la lecture de ce que l'on entend de signifiant.

[13] Trad. Italiana, *Il libro nero della psicanalisi* (a cura di C. Meyer), Fazi 2006

[14] Acronimo "CBT", per Terapie Cognitivo-Comportamentali.

[15] Su queste domande, posso solo rimandare i lettori al libro del mio compianto maestro in Filosofia all'Università di Losanna: *La connaissance de l'individuel et la logique du réalisme* Jean-Claude Piguët, , Neuchâtel, La Baconnière, 1975

[16] Nosografia: descrizione e classificazione dei disturbi (sintomi).

[17] Termine molto di moda di questi tempi...

[18] Le uniche cause dei sintomi sarebbero fisico-chimiche. Questo è ciò su cui si basa la teoria delle pulsioni.

[19] Penso qui più in particolare a tutta una tradizione nata dall'opera di Jean Bergeret, la cui forma rispetta perfettamente il modello delle scienze, ma che si basa su questa stessa teoria delle pulsioni presa da Freud, la cui attualità, almeno agli occhi di chi non convince resta - in tutta obiettività - discutibile.

[20] Thémélis Diamantis, *Sens et connaissance en psychanalyse*, Paris, L'Harmattan, 1997 et Thémélis Diamantis, « Freud, l'art moderne et les misérables cannibales nus : une perspective décalée sur le destin des pulsions » in Revue *Topique*, 2008/3 (numéro 104), pp. 127-147. Quest'ultimo articolo è consultabile sul sito : Cairn.info

[21] In modo del tutto deliberato, non rivolgendomi specificamente ad un pubblico composto da psicoanalisti, rinuncio a sviluppare tutti gli aspetti teorici che riflettano la complessità di questo ascolto per attenermi all'osservazione della sua esistenza e del suo ruolo.

[22] Etimologicamente, al capezzale del paziente.

[23] Jean Watson, *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, traduzione francese, Paris, Seli Arslan, 1998

[24] Penso in particolare qui a Jacques Lacan che in una conferenza tenuta nel 1974 a Roma disse che i minuscoli frammenti del Reale non si colgono mai ascoltando ciò che si dice ma solo attraverso la lettura di ciò che si sente di significante.