

IL POSTO DELLA PSICANALISI NELLA MEDICINA

JACQUES LACAN¹

Mi sia consentito, rispetto ad alcune delle domande che sono state poste, di attenermi alle risposte di Jenny Aubry, che mi sembrano sufficientemente pertinenti.

Non vedo come il problema di democratizzare l'insegnamento della psicanalisi possa essere diverso da quello della definizione della nostra democrazia. È in una democrazia che viviamo ma ce ne sono più specie concepibili ed è verso un'altra democrazia che l'avvenire ci conduce.

Credo che il mio contributo a una riunione come questa, rappresentata da chi l'ha convocata – il Collegio di Medicina –, sia di affrontare un argomento che non ho mai trattato nel mio insegnamento, quello del posto della psicanalisi nella medicina.

Attualmente questo posto è marginale e come ho scritto a più riprese, extraterritoriale.

È marginale a causa della posizione della medicina rispetto alla psicanalisi, considerata come una sorta di aiuto esterno, paragonabile a quello degli psicologi e di altri diversi assistenti terapeutici.

¹ J. Lacan, *La place de la psychanalyse dans la médecine*, Conferenza e dibattito del Collège de Médecine, *Cahiers du Collège de Médecine* 1966, pp. 761-774 e *Le Bloc-Notes de la psychanalyse*, n° 7, Georg éditeur, pp. 9-40.

Qui il testo in francese dell'intervento di Lacan da confrontare con la traduzione: [La place de la psychanalyse dans la médecine](#).

La rivista italiana della Scuola Europea di Psicoanalisi, "La Psicoanalisi", ha pubblicato sul n. 32 - luglio-dicembre 2009, una traduzione della conferenza di Lacan col titolo "Psicoanalisi e medicina", che non mi è stato ancora possibile consultare.

È disponibile un mio commento di natura didattica alla conferenza di Lacan: [Una lettura di "Il posto della psicanalisi nella medicina" di Jacques Lacan](#).

Tutte le note al piede della pagina sono del traduttore.

È extraterritoriale a causa degli psicanalisti, che senza dubbio hanno le loro ragioni per voler conservare questa extraterritorialità. Ragioni che non sono le mie, anche se non penso davvero che il mio proposito possa bastare da solo a cambiare le cose. Esse s'imporranno a tempo debito, vale a dire molto presto considerando quella specie di accelerazione impressa dalla scienza nella vita comune.

Oggi vorrei prendere in considerazione il posto della psicanalisi nella medicina dal punto di vista del medico e del rapido cambiamento che sta avvenendo nella sua funzione e nel suo personaggio, poiché è anch'esso un elemento importante della sua funzione.

Durante tutto il corso della Storia di cui siamo a conoscenza, la funzione, il personaggio del medico sono rimasti molto costanti fino a un'epoca recente.

Tuttavia la pratica della medicina non si è mai svolta senza un gran seguito di dottrine. Il fatto che per un breve lasso di tempo, nel XIX° secolo, le dottrine abbiano rivendicato uno statuto scientifico, non le ha rese più scientifiche. Voglio dire che le dottrine scientifiche invocate nella medicina sono state sempre, fino a un'epoca recente, desunte da qualche acquisizione scientifica, ma con un ritardo di vent'anni almeno. È evidente che questo ricorso alla scienza ha funzionato solo come rinalzo e per mascherare ciò che anteriormente era piuttosto una specie di filosofia.

Considerando la storia del medico attraverso le epoche, il grande medico, il medico tipo era un uomo di prestigio e autorità. Ciò che avviene fra il medico e il malato, che osservazioni come quella di Balint ormai illustrano perfettamente – ossia che il medico, prescrivendo, si prescrive egli stesso –, è sempre avvenuto: così l'imperatore Marco Aurelio convocava Galeno perché gli fosse versato dalle sue mani la triaca². È d'altronde Galeno che ha scritto il trattato *Il buon medico è filosofo*³: il medico, nella sua eccellenza, è anche un filosofo, dove la parola non si limita al suo tardo significato di filosofia della natura. Ma qualsiasi significato vogliate dare a questa parola, la questione che sto cercando di definire si chiarisce altrimenti.

Anche se questo uditorio è per la maggior parte formato da medici, non penso valga la pena di menzionare il metodo storico-critico con cui Michel Foucault, nella sua grande opera⁴, stabilisce la responsabilità della medicina nella

² Antico medicinale che si usava quale antidoto come rimedio in numerose malattie.

³ Probabile riferimento a *Claudii Galeni Pergameni De Hippocratis et Platonis decretis opus eruditum, & philosophis & medicis utilissimum*(...).

⁴ *La storia della follia nell'età classica*.

grande crisi etica (che investe la definizione dell'uomo) che egli fa risalire all'isolamento della follia; e neppure penso sia il caso di menzionare l'altra sua opera, *La nascita della clinica*, dove mostra le conseguenze della valorizzazione, da parte di Bichat, di uno sguardo che si fissa sul corpo nel breve tempo della sua morte – mi riferisco al cadavere.

Indico in questi termini l'oltrepassamento delle due soglie attraverso cui la medicina, secondo i modi che le sono propri, consuma la chiusura delle porte (*del tempio*) di un antico Giano, colui che raddoppiava irrimediabilmente⁵ ogni gesto umano in una figura sacra. È in relazione a questo oltrepassamento che la medicina dev'essere situata⁶.

Né il passaggio della medicina sul piano della scienza e neppure il fatto che l'esigenza della condizione sperimentale sia stata indotta nella medicina da Claude Bernard e compagnia bella, di per sé hanno importanza: la questione è ben altra.

La medicina è entrata nella sua fase scientifica nella misura in cui è sorto un mondo che ormai esige i condizionamenti che sono necessari nella vita di ciascuno, relativamente al suo prendere parte alla scienza, ai cui effetti nessuno può sfuggire.

Da sempre le funzioni dell'organismo umano sono state oggetto di una sperimentazione che dipende dal contesto sociale, ma (*oggi*) sono ridotte a servire le organizzazioni altamente specializzate che non potrebbero esistere senza la scienza; le funzioni dell'organismo umano sono pertanto messe a disposizione del medico in laboratori già approntati, dotati di stanziamenti illimitati, di cui egli si servirà per ridurre quelle funzioni a dei dispositivi (*montages*)⁷ equivalenti a quelli di altre organizzazioni, ossia che hanno la stessa struttura scientifica.

Cito semplicemente, per farmi intendere, ciò che il progresso nella formalizzazione funzionale dell'apparato cardio-vascolare o dell'apparato respiratorio deve, non solo alla necessità dell'operare, ma all'apparato stesso della

⁵ Neologismo di Lacan: "irretrovablement".

⁶ La comprensione di questo condensato passaggio forse non disdegna una parafrasi. L'uomo ha cessato di essere una creatura divina: la sua vita non ha più nulla di sacro, meno che mai la sua follia; la prima interessa alla medicina solo nel momento in cui cessa (nella valorizzazione e nell'osservazione del cadavere), la seconda, col "grande internamento" è circoscritta, isolata e rinchiusa nel manicomio. Storicamente, la medicina moderna (di cui la *La storia della follia nell'età classica* di Foucault ha mostrato la responsabilità nella "grande crisi etica che investe la definizione dell'uomo"), nasce da questi due "oltrepassamenti" (della dimensione sacra della vita e della follia), che per l'uomo "consumano la chiusura" delle porte del sacro e della religione. L'uomo, la sua vita, diviene finalmente un mero insieme di funzioni biologiche e fisiologiche misurabili, oggetto di sperimentazioni, di osservazioni, di manipolazioni. Sta in ciò il nuovo statuto della medicina moderna nel suo rapporto alla scienza, una volta spogliata del suo antico retaggio filosofico e sapienziale, dell'autorità e del prestigio del medico.

⁷ Nel senso di "modo d'associazione di differenti organi e circuiti" (*Le Grand Robert*).

loro iscrizione, nella misura in cui essi s'impongono a partire dall'insediamento dei soggetti di queste reazioni nei "satelliti"; o ciò che possiamo considerare come dei formidabili polmoni d'acciaio, la cui costruzione stessa è legata alla loro destinazione di supporti di certe orbite, che si avrebbe torto a chiamare "cosmiche", dato che queste orbite il cosmo non le "conosceva".

Insomma, contemporaneamente alla rivelazione della sorprendente tolleranza dell'uomo a delle condizioni acosmiche, per non dire del paradosso che lo fa apparire in qualche modo "adattato" ad esse, si rivela anche che è la scienza a costruire questo acosmismo⁸.

Chi poteva immaginare che l'uomo avrebbe sopportato così bene l'assenza di peso, chi poteva predire ciò che sarebbe successo all'uomo in queste condizioni, stando alle metafore della filosofia, per esempio a quella di Simone Weil, che faceva della pesantezza una delle dimensioni di una simile metafora?⁹

È nella misura in cui le esigenze sociali sono condizionate dall'apparizione di un uomo asservito alle condizioni di un mondo scientifico che il medico, munito di nuovi poteri d'investigazione e di ricerca, si trova ad affrontare nuovi problemi. Voglio dire che il medico perde ogni privilegio all'interno di una équipe di scienziati diversamente specializzati nei differenti rami della scienza. È dall'esterno della sua funzione, in particolare nell'organizzazione industriale, che gli sono forniti i mezzi così come gli argomenti per introdurre le misure di controllo quantitativo, i grafici, le scale, i dati statistici mediante cui vengono stabilite su scala microscopica le costanti biologiche e che s'instaura nel suo campo quel distacco dall'evidenza della riuscita che è la condizione dell'avvento dei fatti.

La collaborazione tra medici sarà considerata come la benvenuta per programmare le operazioni necessarie a mantenere il funzionamento di questo o

⁸ Credo che anche per questo passo vale quanto detto alla nota 6. La prospettiva è sempre quella della radicale disumanizzazione di quel "fantoccio chiamato uomo" da parte del progresso scientifico, e della posizione del medico in relazione a essa, a seconda che si ponga o non si ponga la questione etica del suo atto, ora che si trova a operare in équipe all'interno di laboratori dove la sperimentazione sul corpo umano è asservita alle necessità dell'industria. Gli esperimenti sulle funzioni dell'organismo umano, lungi dall'operare al servizio dell'uomo, operano al servizio di una ricerca scientifica che destina per esempio le funzioni dell'apparato respiratorio alla costruzione di apparecchiature i cui fini non hanno più niente a che fare con la respirazione (o con la cura delle malattie respiratorie) in un ambiente umano-terrestre; le funzioni dell'apparato respiratorio vengono ora misurate all'interno di "satelliti" o di "orbite cosmiche" dove si studiano le reazioni dei soggetti che vi sono insediati. La distruzione dell'antico cosmo a misura d'uomo fa, se così si può dire, dell'universo della scienza la nuova misura dell'uomo, di cui insospettabilmente scopriamo la grande tolleranza e l'adattamento alle condizioni disumane dell'*habitat* prodotto dalla scienza.

⁹ Riferimento a *La pesanteur et la grâce* ("La pesantezza e la grazia"), raccolto in S. Weil, *L'ombra e la grazia*, Bompiani, Milano 2002.

quell'apparato dell'organismo umano in determinate condizioni, ma dopo tutto, questo cos'ha a che fare con la posizione tradizionale del medico?

Il medico è richiesto nella sua funzione di scienziato fisiologo ma deve far fronte anche ad altre richieste: il mondo scientifico riversa nelle sue mani il numero infinito dei nuovi agenti terapeutici chimici o biologici che produce, mettendoli a disposizione del pubblico, e chiede al medico, in qualità di agente della loro distribuzione, di sperimentarli. Entro quali limiti il medico deve agire e a che cosa deve rispondere? A qualcosa che si chiama la domanda.

È in questo spostamento, in questa evoluzione, che cambia la posizione del medico nei confronti di coloro che si rivolgono a lui, che viene a individuarsi, a specificarsi, a valorizzarsi retroattivamente, l'originalità della domanda al medico. Lo sviluppo della scienza inaugura e mette sempre più in primo piano quel nuovo diritto dell'uomo alla salute che esiste e trova già la sua motivazione entro un'organizzazione mondiale. Nella misura in cui la relazione della medicina alla salute si modifica, nella misura in cui quella sorta di potere generalizzato che è il potere della scienza dà a tutti la possibilità di venire a chiedere al medico il proprio ticket di beneficio per un preciso scopo immediato, vediamo delinearsi l'originalità di quella dimensione che chiamo "la domanda". Dal modo di rispondere alla domanda del malato dipende la possibilità di sopravvivenza della posizione specificamente medica.

Rispondere che il malato viene a domandarci la guarigione significa non rispondere affatto, poiché ogni volta che un compito preciso, da praticare con urgenza – supponiamo (*che si tratti di*) una protesi chirurgica o (*de*) la somministrazione di antibiotici (e anche in questo caso dobbiamo aspettare l'esito) –, non fa puramente e semplicemente parte delle possibilità a portata di mano, qualcosa – e ogni medico sa bene di cosa si tratta – resta sempre al di fuori dall'ambito di ciò che è modificato dal beneficio terapeutico.

Quando il malato è inviato al medico o quando lo consulta, non si dica che ne attende puramente e semplicemente la guarigione: egli domanda al medico di farlo uscire dalla sua condizione di malato, il che è del tutto diverso, poiché può implicare che è interamente attaccato all'idea di conservarla. Talvolta viene a domandarci di autenticarlo come malato, in molti altri casi viene, nel modo più manifesto, a domandarvi di preservarlo nella sua malattia, di trattarlo nel modo a lui più conveniente, quello che gli permetterà di continuare a essere un malato ben installato nella sua malattia. Mi riferisco alla mia più recente esperienza: un formidabile stato di depressione ansiosa che dura da più di vent'anni. Il malato

veniva a trovarmi terrorizzato che io facessi la minima cosa: solo alla proposta di rivedermi quarant'otto ore più tardi, la temibile madre, che durante questo tempo si era accampata nella sala d'aspetto, era riuscita a predisporre le cose in modo che non se ne facesse niente.

Si tratta di un'esperienza banale, che evoco solo per ricordarvi la significazione della domanda, dimensione in cui si esercita rigorosamente parlando la funzione medica, e per introdurre quel che sembra facile da comprendere e che tuttavia è stato seriamente interrogato solo nella mia scuola – vale a dire la struttura della frattura che esiste tra la domanda e il desiderio.

Non appena lo si è osservato, si scopre che non è necessario essere psicanalista, né medico, per sapere che quando qualcuno, il nostro migliore amico, sia di sesso maschile o femminile, ci domanda qualcosa, questa domanda non è affatto identica e a volte è diametralmente opposta a ciò che egli desidera.

Riprendendo la questione da un altro punto (*di vista*): se, sulla scorta dei progressi scientifici, possiamo concepire di pervenire a un'estensione sempre più efficace dei processi d'intervento che riguardano il corpo umano, (*tuttavia*) il problema non può essere risolto a livello della psicologia del medico, con un semplice rinnovamento del termine di psicosomatica. Si tratta piuttosto di richiamare l'attenzione sulla frattura epistemo-somatica prodotta dall'effetto che avrà il progresso della scienza sulla relazione della medicina con il corpo.

Anche qui la situazione per la medicina è sovvertita dal di fuori; ecco perché quello che prima di certe rotture¹⁰ restava confuso, velato, imbrogliato, ora appare con chiarezza, dato che dal rapporto epistemo-somatico è per l'appunto escluso ciò che il corpo nella sua dimensione purificata presenta alla medicina. Quello che così si presenta, si presenta da povero alla festa dove il corpo si gloriava poco prima di essere interamente fotografato, radiografato, calibrato, diagrammatizzato e possibile da condizionare, date le risorse veramente straordinarie che esso racchiude. Ma forse anche da povero il corpo può offrire alla medicina una chance che viene da lontano: dall'esilio in cui lo ha proscritto la dicotomia cartesiana del pensiero e dell'estensione, che lascia completamente sfuggire alla sua presa non tanto ciò che ne è del corpo che essa immagina, ma del corpo vero nella sua natura.

Il corpo non è semplicemente caratterizzato dalla dimensione dell'estensione: un corpo è qualcosa che è fatto per godere, godere di sé stesso. La dimensione

¹⁰ Sottinteso: "epistemologiche", nel senso di Gaston Bachelard il primo pensatore a proporre questa definizione che sta a indicare una discontinuità radicale all'interno della ricerca scientifica.

del godimento è completamente esclusa dal rapporto epistemo-somatico. La scienza è in grado di sapere ciò che può ma, proprio come il soggetto che essa genera, non è in grado di sapere ciò che vuole. O almeno, ciò che vuole dipende da un progresso talmente veloce che ai nostri giorni esso ci dimostra che la scienza supera le sue stesse previsioni.

Che previsioni potremmo mai fare, per esempio riguardo a uno spazio – planetario o transplanetario – che pullula di quelle che possiamo chiamare delle voci umane, voci che animano il codice trovato in un intrico di onde che ci suggerisce un'immagine dello spazio completamente diversa da quella in cui scorrazzavano i vortici cartesiani? Per non parlare dello sguardo oggi onnipresente, sotto forma di strumenti che vedono per noi negli stessi luoghi – cioè di qualcosa che non è un occhio e che isola lo sguardo come presente. Tutto questo, che possiamo mettere in attivo alla scienza, ci fa toccare ciò che ci concerne, anche se non dirò: come essere umano; poiché, insomma, sa Dio cosa si agita dietro quel fantoccio chiamato uomo, l'essere umano, o la dignità umana o qualunque altra denominazione che ciascuno appiccica alle sue ideologie più o meno rivoluzionarie o reazionarie...

La domanda è piuttosto: che cosa ha a che fare tutto questo con ciò che esiste, ossia con i nostri corpi? Delle voci, degli sguardi che vanno a spasso, sono certo qualcosa che ha a che fare con i corpi, (*sono*) dei loro curiosi prolungamenti che tuttavia, dal primo e anche dal secondo e terzo punto di vista, hanno ben pochi rapporti con la dimensione del godimento. È importante situare quest'ultima come polo opposto (*alla scienza*), poiché anche al suo riguardo essa sta riversando certi effetti che non mancano di avere delle conseguenze. Materializziamoli sotto forma dei diversi prodotti che vanno dai tranquillanti fino agli allucinogeni. Questo complica singolarmente il problema di ciò che fino a oggi è stato qualificato, in modo puramente poliziesco, come tossicomania. Se un giorno entrassimo in possesso di un prodotto che ci permette di raccogliere delle informazioni sul mondo esterno, non vedo come possa essere possibile esercitare una contenzione poliziesca.

Quale posizione assumerà il medico per definire quegli effetti rispetto ai quali fino ad ora ha mostrato un'audacia nutrita soprattutto di pretesti? In effetti, dal punto di vista del godimento, un utilizzo regola[menta]to (*ordonné*) di quelle che si chiamano più o meno appropriatamente sostanze tossiche ha ben poco di riprovevole, salvo che il medico prenda su di sé schiettamente quella che è la seconda dimensione caratteristica del suo posto nel mondo: la dimensione etica.

Queste osservazioni possono sembrare banali, ma dimostrano tuttavia che la dimensione etica si prolunga nella direzione del godimento.

Ecco dunque due punti di riferimento: in primo luogo la domanda del malato, in secondo luogo il godimento del corpo.

In certo qual modo, essi confinano con la dimensione dell'etica, senza tuttavia confondersi, poiché è a questo punto che interviene la teoria psicanalitica – al momento giusto e non certo per caso –, ossia proprio nel momento in cui entra in gioco la scienza, con quel leggero anticipo che contraddistingue sempre le invenzioni di Freud. Così come Freud ha inventato la teoria del fascismo prima che facesse la sua comparsa, allo stesso modo trent'anni prima ha inventato ciò che doveva rispondere alla sovversione della posizione del medico con l'ascesa della scienza.

Poco fa ho sufficientemente indicato la differenza che passa tra la domanda e il desiderio. Solo la teoria linguistica può rendere conto di una simile appercezione, e con tanta più facilità in quanto è Freud che nel modo più vivo e inoppugnabile ne ha mostrato con precisione la distanza (*tra la domanda e il desiderio*) a livello dell'inconscio, quell'inconscio freudiano che è tale solo nella misura in cui è strutturato come un linguaggio.

Ho letto con stupore in uno scritto assai ben patrocinato che l'inconscio è monotono. Non farò appello qui alla mia esperienza, invito semplicemente a leggere le prime tre opere di Freud, quelle più fondamentali¹¹, per verificare se è la monotonia a caratterizzare l'analisi dei sogni, gli atti mancati e i lapsus. Tutto al contrario, l'inconscio mi sembra, da cima a fondo, non solo estremamente particolareggiato, ancor più che vario, ma anche assai arguto e spirituale, poiché è per l'appunto attraverso di esso che il motto di spirito ha rivelato le sue autentiche dimensioni e le sue autentiche strutture.

Non c'è un inconscio perché ci sarebbe un desiderio inconscio ottuso, greve, calibano¹², o addirittura animalesco, desiderio inconscio che sale dalle profondità, che sarebbe primitivo e s'innalzerebbe al livello superiore della coscienza. Tutto al contrario, c'è un desiderio perché c'è dell'inconscio, cioè del linguaggio che sfugge al soggetto nella sua struttura e nei suoi effetti: c'è sempre a livello del linguaggio qualcosa che è al di là della coscienza, ed è qui che può situarsi la funzione del desiderio.

¹¹ Ossia: *L'interpretazione dei sogni* (1899), *La psicopatologia della vita quotidiana* (1901) e *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905).

¹² Schiavo di Prospero ne *La tempesta* di Shakespeare. Sta per selvaggio, bestiale.

Ecco perché è necessario far intervenire il luogo che ho chiamato il luogo dell'Altro, che concerne tutto ciò che è del soggetto. Si tratta in sostanza del campo dove si reperiscono quegli eccessi del linguaggio che lasciano nel soggetto un marchio che sfugge alla sua padronanza. È in questo campo che si fa la congiunzione con il polo del godimento, dove assume valore ciò che Freud – riprendendo le condizioni di cui antichissime scuole di pensiero avevano fatto la loro legge – ha introdotto riguardo al principio di piacere, senza che ce ne siamo mai accorti, ossia che il principio di piacere fa da barriera al godimento. Cosa ci dice (*Freud*) del piacere? Che è il livello di eccitazione più basso, che tempera al massimo grado, fino a farla scomparire, la tensione, e che dunque ci mantiene il più possibile lontano, a rispettosa distanza dal godimento. Inversamente, il godimento – come chiamo il corpo che si mette alla prova – è sempre dell'ordine della tensione, della forzatura, del dispendio, o addirittura dell'*exploit*. Incontestabilmente, c'è godimento dove comincia a farsi sentire il dolore, e sappiamo che è solo nel dolore che può sperimentarsi una dimensione dell'organismo che altrimenti resta velata.

Che cos'è il desiderio? Il desiderio è il punto di compromesso, la gradazione (*échelle*) della dimensione del godimento, nella misura in cui permette di spingere più avanti la barriera del piacere. Ma qui entra in gioco la fantasia (*fantasme*), la dimensione dell'immaginario che sospende il desiderio a qualcosa per cui non è nella sua natura esigere di realizzarsi veramente.

Perché sono venuto qui a presentare un piccolissimo campionario di un insegnamento che porto avanti da 15 anni nel mio seminario? Per evocare l'idea di una topologia del soggetto. È in rapporto alle sue superfici, ai suoi limiti fondamentali, alle loro relazioni reciproche, al modo in cui s'intrecciano e si annodano, che possono porsi dei problemi che non sono neanche dei puri e semplici problemi d'interpsicologia, ma piuttosto quelli di una struttura che concerne il soggetto nel suo duplice rapporto con il sapere.

Per il soggetto il sapere conserva un valore cruciale: anche se ci dimentichiamo che per il pensiero è centrale, il desiderio sessuale nella psicanalisi non è un'esigenza organica (secondo quell'immagine mitica che ne abbiamo), ma qualcosa d'infinitamente più elevato, che dipende innanzitutto dal linguaggio – nella misura in cui è il linguaggio che gli dà il suo posto –, e che si manifesta per la prima volta nello sviluppo dell'individuo come desiderio di sapere. Se non si capisce che questo è il punto fondamentale in cui si radica la teoria freudiana della libido, si manca semplicemente la questione. Rifarsi ai quadri preformati di una

pretesa psicologia generale, che è lo scarto del succedersi delle teorie filosofiche, elaborata nel corso dei secoli per dare risposta a dei bisogni estremamente diversi, significa mancare la questione. Come pure il non accorgersi del cambio di prospettiva, del cambiamento totale del punto di vista introdotto dalla teoria di Freud, perdendone così al tempo stesso la pratica e la fecondità.

Uno dei miei allievi, estraneo al campo della psicanalisi, mi ha spesso domandato: "Crede che basti spiegarlo ai filosofi, che sia sufficiente disegnare su una lavagna lo schema del suo grafo perché reagiscano e comprendano?" Di certo non mi sono mai fatto la minima illusione, e ho avuto troppe prove del contrario; malgrado ciò, le idee circolano e diffondendole attraverso il mio insegnamento orale e il minimo di scritti necessari affinché durino nel tempo, questo può bastare. È sufficiente che vengano dette da qualche parte e che un orecchio su duecento le abbia intese perché in un futuro abbastanza prossimo i loro effetti siano assicurati.

Il posto che può occupare lo psicanalista è attualmente il solo che permetta al medico di conservare l'originalità che da sempre caratterizza la sua posizione, quella di chi deve rispondere a una domanda di sapere, anche se per farlo dovesse condurre il soggetto a volgersi verso delle idee che sono l'opposto di quelle con cui presenta la sua domanda. Se l'inconscio non è qualcosa di monotono, ma al contrario è una serratura precisissima che maneggiamo per aprire, contrariamente a una chiave, ciò che è al di là di una cifra, questa apertura può solo servire il soggetto nella sua domanda di sapere. Quel che non ci si aspetta, è che il soggetto confessi egli stesso la verità e che la confessi senza saperlo.

L'esercizio e la formazione del pensiero sono i preliminari necessari a una simile operazione: è necessario che il medico sia preparato a porre i problemi a livello di una serie di temi di cui deve conoscere le connessioni, i nodi, e che non sono i temi correnti della filosofia e della psicologia. Quelli in atto in una certa pratica investigativa chiamata psicotecnica, dove le risposte sono determinate in funzione di certe domande esse stesse situate su un piano utilitaristico, sono apprezzabili e valide entro precisi limiti, che non hanno niente a che fare con ciò che sta al fondo della domanda del malato.

All'estremità di questa domanda, la funzione del rapporto al soggetto supposto sapere rivela il "transfert". Nella misura in cui la scienza ha più che mai la parola, il mito del soggetto supposto sapere è più che mai saldo, ed è proprio questo che rende possibile il fenomeno del transfert, poiché esso rimanda a quanto vi è di più primitivo, di più radicato nel desiderio di sapere.

Nell'era della scienza il medico si trova in una duplice posizione: da una parte ha a che fare con un investimento energetico di cui non sospetta il potere se non glielo si spiega; d'altra parte deve mettere questo investimento tra parentesi, proprio a causa dei poteri di cui dispone, di quelli che deve distribuire, del piano scientifico in cui è inserito. Che lo voglia o no, il medico è integrato al movimento mondiale dell'organizzazione di una salute che diviene pubblica, e proprio per questo gli saranno poste delle domande nuove.

Il medico non potrebbe in alcun caso motivare il mantenimento della sua funzione specificamente medica in nome di un "privato" che sarebbe da imputare al segreto professionale, per non parlare del modo in cui è tenuto sottocchio, intendo nella vita di tutti i giorni all'ora in cui si beve il cognac. Ma non è certo questa la molla del segreto professionale, poiché se avesse a che fare con il privato, sarebbe dello stesso ordine delle fluttuazioni sociali che hanno accompagnato la generalizzazione nel mondo della pratica dell'imposta sul reddito. È di ben altro che si tratta: precisamente della lettura tramite cui il medico è capace di condurre il soggetto entro una certa parentesi, quella che comincia con la nascita e finisce con la morte e tratta delle domande che l'una e l'altra implicano.

In nome di cosa i medici avranno il potere di statuire sul diritto al no alla nascita? Come risponderanno a quelle esigenze che ben presto saranno le stesse della produttività? Poiché se la salute diviene l'oggetto di un'organizzazione mondiale, si tratterà di sapere in che misura essa è produttiva. Cosa potrà opporre il medico agli imperativi che faranno di lui l'impiegato di questa impresa universale della produttività? Egli non avrà altri argomenti se non il rapporto attraverso cui è medico: la domanda del malato. È all'interno di questo rapporto chiuso, in cui si producono tante cose, che si rivela nel suo valore originale la dimensione, che non ha niente di idealista, del rapporto al godimento del corpo.

Che cosa avete da dire, medici, sullo scandalo di ciò che seguirà? Poiché se era eccezionale il caso in cui l'uomo fin qui proferiva: "Se il tuo occhio ti scandalizza, cavallo", cosa direte dello slogan: "Se il tuo occhio si vende bene, dallo via"? In nome di cosa parlerete, se non per l'appunto della dimensione del godimento del corpo e della sua ingiunzione di prendere parte a tutto ciò che la concerne nel mondo?

Se il medico deve restare qualcosa, che non può essere l'eredità della sua antica funzione, che era una funzione sacra, per me è nel proseguire e nel mantenere nella sua vita la scoperta di Freud. È sempre come missionario del

medico che mi sono considerato: la funzione del medico, come quella del prete, non si limita al tempo che vi si impiega.

(Traduzione dal francese di Moreno Manghi)