

# " LA " PSICOSI

## COME PERDITA DELLA NORMA DI COMPETENZA SOGGETTIVA[1]

Ambrogio Ballabio

### 1. INTRODUZIONE :

la competenza nella diagnosi di follia

Nel campo della psicopatologia il tema della psicosi corrisponde a quello, ben più antico, della *follia*.

In questo Corso sono già state evidenziate diverse psicopatologie che non rientrano nel campo della follia. Anzi, uno dei principi fondamentali della nostra sistematica[2] è proprio l'esistenza di psicopatologie sia cliniche sia non cliniche. La psicosi rientra nelle patologie cliniche, e ne vedremo più avanti le ragioni.

Quindi «*patologia psichica*» non è sinonimo di «*follia*»: tale affermazione, ovvia per chi ha già fatto studi specialistici, può non esserlo nel significato comune di questi termini.

La *competenza psicologica* che ciascuno dimostra di avere nelle sue relazioni personali è sempre stata sufficiente per porre diagnosi di follia del prossimo, ove era il caso. I luoghi comuni sulla perdita della ragione o sulla perdita di senno ne sono una testimonianza secolare.

Il dibattito degli anni '60 e '70 che ha condotto alla riforma psichiatrica in Italia[3] ha reso molto più reticenti su questa capacità diagnostica soggettiva. «Se quel tale mi sembra un po' strano, non mi arrischiò a dire che è pazzo, perché questo è compito dello psichiatra (medico)». Per di più, a quel tempo, la diagnosi di follia appariva reazionaria. Si tratta, come sempre più di frequente accade nelle nostre abitudini culturali, della delega di una porzione della propria competenza soggettiva a specialisti, non importa se supposti o reali, purché siano identificabili in termini giuridici.[4]

Sottolineando che la diagnosi di follia è possibile a chiunque nelle sue relazioni personali, in base alla propria competenza psicologica soggettiva, non intendo incitare a usare questa diagnosi come insulto rivolto al proprio prossimo.[5]

La diagnosi ha senso - in tutto il campo della clinica dovrebbe essere così - solo in relazione a una prognosi e a un progetto terapeutico.

I due esempi del paragrafo che segue vogliono richiamare alla mente questo semplice dato di fatto: nella situazione, pur descritta con brevi cenni, chiunque può riconoscere facilmente dove sta la follia.

#### A. Due esempi

1. Un ragazzo di quasi diciannove anni viene presentato dai genitori allo psichiatra. Ha un fratello, di poco minore, a cui è già stata fatta una diagnosi di schizofrenia ebefrenica.

Secondo il parere dei genitori, sino a quasi diciassette anni sembrava una persona normale. Lavorava come apprendista tipografo con buoni risultati e sembrava condurre una vita di relazione soddisfacente e normale. A quell'epoca i genitori scoprono che ha fumato qualche «spinello» (hascisc).

Dalle discussioni familiari che seguono, il ragazzo si convince che per evitare la droga è bene distogliersi dalle «cattive compagnie». Quindi non esce più di casa, rinuncia al lavoro, progressivamente non parla quasi più neppure con i familiari. Poco tempo prima di essere condotto dallo psichiatra, sembra anche non

alimentarsi più adeguatamente. Tutto questo senza presentare particolari segni di melanconia.

Dopo due anni di totale isolamento, i genitori, che l'hanno sempre considerato «il figlio sano» (il fratello, infatti, già prima della manifestazione della schizofrenia, presentava un cosiddetto ritardo mentale), cominciano a dubitare della sua salute psichica.

Già questa breve descrizione, ancor prima di sapere ciò che avvenne durante la degenza ospedaliera resasi immediatamente necessaria, consente di cogliere la follia presente in questa situazione. Il ragazzo perse inizialmente il controllo degli sfinteri e precipitò, forse anche a causa del ricovero inatteso, in uno stato prossimo all'amenza.

Quando riprese la comunicazione verbale emerse che si identificava con Gesù Cristo venuto a convertire il personale ospedaliero. Nei confronti dei genitori invece continuava a mantenere quasi il medesimo atteggiamento precedente di sottomissione acritica, con una comunicazione verbale molto ridotta e elementare.

Non importa qui il seguito della vicenda, quanto l'evidenza che la follia era già in atto da tempo, prima delle manifestazioni più clamorose, e con una complicità attiva e forse una responsabilità diretta dei genitori.

2. Un uomo di ventisette anni lavorava con ottimi risultati come disegnatore tecnico, quando ebbe una crisi psicotica acuta che comportò la perdita del lavoro e di quasi ogni rapporto all'esterno della famiglia. L'episodio scatenante viene così descritto. Dopo due anni dall'abbandono dell'ex fidanzata, torna da lei cercando di convincerla a riprendere la loro relazione. Il giorno dopo scopre che comuni conoscenti sanno alcuni particolari della discussione avuta con la donna. Ne deduce che quando è stato operato al torace all'età di diciotto anni, gli sono stati inseriti dei microfoni nei polmoni per spiare. Non sa bene quale ne sia lo scopo, ma supponendo che ormai sia stato raccolto un voluminoso dossier su di lui, pretende prima dal padre con qualche violenza, poi dagli organi di polizia, di poter leggere questo fantomatico dossier. Subisce un ricovero ospedaliero coatto, ma alle dimissioni continua sostanzialmente a rifiutare le cure. Il delirio è ormai ben sistematizzato e egli trascorre il suo tempo, sia pure con minor aggressività, alla ricerca del suo dossier.

Dopo meno di un anno, vengo informato telefonicamente dai familiari che il delirio sembra cessato; esiste anche qualche possibilità che venga reintegrato nel suo precedente posto di lavoro. Dopo due giorni quest'uomo si suicida gettandosi sotto il metrò.

Si tratta non solo di un caso di palese follia, ma anche di una sintetica documentazione di quanto possa essere drammatica, e comunque sempre possibile, una presa di coscienza spontanea e improvvisa del proprio stato di follia.

## **2. Perdita della norma, perdita della realtà...**

Proprio per il fatto che la competenza psicologica di ciascuno consente la diagnosi di follia, in una psicopatologia che sia il frutto di una psicologia normale appare evidente la necessità di mantenere distinta la psicosi dalla nevrosi e dalla perversione, così come dalla quarta categoria nosografica, che la nostra Scuola ha identificato, e che abitualmente è indicata come handicap psichico. La psicopatologia, come complemento di una psicologia normale, non può che

basarsi su ciò che risulta chiaro alla competenza psicologica originaria di ciascuno. In questo senso, come è già stato detto,[6] non occorre dimostrare quel che è evidente.

Il criterio differenziale, rispetto alle altre due categorie nosografiche classiche - nevrosi e perversione -, è stato definito *perdita del rapporto con la realtà*. Tale definizione è essenzialmente di Freud. In seguito è stata ampiamente adottata in psichiatria, caricandosi però di equivoci ogniqualvolta si fa passare in secondo piano il significato che dovrebbe risultare prioritario: ovvero che la realtà da considerare, quanto alla perdita tipica della psicosi, è la perdita delle relazioni umane e della norma relativa.

Proprio per questo potrebbe essere opportuno trovare una nuova definizione di questa perdita. Ma qui è mio obiettivo principale dare un'idea, sia pure sintetica, dello stato della questione in base alla nostra elaborazione della psicopatologia e offrire criteri sicuri nell'eventuale lettura di testi tradizionali di psicopatologia o di psichiatria, in cui si possono trovare gli equivoci determinati da formulazioni inadeguate del *rapporto di realtà*.

Nella formulazione più comune, questa espressione viene intesa nel senso di rapporto percettivo-cognitivo con la realtà fisica e materiale esterna al proprio corpo. Se, opportunamente, si aggiunge che le maggiori alterazioni risultanti dalla perdita in questione riguardano la sfera volitiva o del comportamento - sto appositamente usando termini tra i più ricorrenti per evidenziare le modalità della confusione e degli equivoci a riguardo - si dirà che ciò avviene secondariamente alle primarie alterazioni cognitivo-percettive.[7]

Ma un'alterazione del rapporto cognitivo e percettivo con la realtà materiale comporta inevitabilmente imbecillità, mentre è noto a tutti, persino nei più comuni motti di spirito, che il folle non è un imbecille.

Se si considerano deliri e allucinazioni - vedremo come non siano segni specifici di psicosi, pur essendone sovente le manifestazioni più vistose e complesse - è facile accorgersi che non sono primariamente determinati da un'alterazione percettivo-cognitiva. Ci sono infatti deliri che richiedono ottime conoscenze scientifiche e, a volte, anche buone conoscenze teologiche. Ci sono allucinazioni che mettono seriamente alla prova buone conoscenze sia proprie sia altrui, almeno per ciò che concerne la realtà fisica che ci circonda, e non intaccano minimamente la percezione, in senso proprio, della realtà. Sono un sovrappiù, si è detto un eccesso d'umanità,[8] ma un sovrappiù possibile solo a un essere pensante.

Ritornero in seguito sul fatto che delirio e allucinazione non sono caratteristiche specifiche della psicosi. Qui mi interessa sottolineare che, proprio per questo, non sono neppure segni specifici di perdita della realtà. Affermazione ovvia, d'altronde, dato che sostengo appunto che proprio la perdita del rapporto con la realtà è la caratteristica specifica della psicosi.

*La perdita della realtà* qui in causa è la perdita dell'idea stessa di una norma che consenta una meta soddisfacente. Dico dell'idea, perché non sorga l'ulteriore equivoco che si tratti di perdita, o incapacità, dell'esperienza di soddisfazione intesa come semplice esperienza emozionale - secondo la terminologia che criticiamo - e la necessità di una norma di soddisfazione sia un ulteriore passo intellettuale riservato ad alcuni. Invece dal punto di vista psicologico, in senso proprio, non è pensabile una meta soddisfacente indipendente da una norma di soddisfazione. Se quest'ultima non ci fosse non inizierebbe neppure il moto verso la meta.[9] Se ciò che muove l'uomo (il riferimento è al concetto di *pulsione*, secondo il lessico psicoanalitico) è meno potente, in quanto forza, dell'*istinto*

(animale), da un altro punto di vista lo è molto di più, perché, per dare inizio al moto umano, è necessario il pensiero.[10]

Per lo psicotico, per il folle non è più pensabile una legge del moto che si proponga la soddisfazione reale, nella realtà, perché è *la realtà psichica* a fare difetto.

Non è un caso che un termine della tradizione psichiatrica come *afinalismo*, e più precisamente *affaccendamento afinalistico*, abbia perso d'importanza, mentre potrebbe mantenere una sua utilità. Questo termine della semeiotica psichiatrica descrive per esempio ciò che accade quando, in maniera ripetitiva e stereotipata, la persona che vi sta parlando di sé svuota accuratamente la propria borsa, guardando senza particolare attenzione ogni oggetto che estrae, per poi riordinare questi oggetti senza un criterio rilevabile, e senza alcun nesso con la situazione, con il dialogo con voi. Fenomeni del genere, con un significato psicopatologico ben più rilevante, sono facilmente evidenziabili nelle situazioni definite, troppo comodamente, «agitazione psico-motoria» nel corso di episodi psicotici acuti.

Il termine *afinalismo* ha perso d'importanza per l'avanzare delle teorie perverse che rifiutano praticamente il concetto di una finalità dell'agire umano. È sufficiente rammentare l'esempio delle teorie psicologiche che privilegiano il comportamento censurando il concetto di moto; in esse infatti il concetto di meta diviene irrilevante nel definire il modello comportamentale in esame.

Simili alle teorie comportamentali sono quegli atteggiamenti, diffusi nella vita quotidiana, che rifiutano di riconoscere l'esistenza di mete raggiungibili degne dell'uomo e che rinunciano perciò a ogni vera ambizione[11] in quanto considerata come illusoria e tipica dell'adolescenza.

Ovviamente non sto suggerendo di adottare il termine *finalismo* troppo ipotecato nella tradizione della filosofia della scienza in cui assume un senso aprioristico che prescinde dalla meta soddisfacente per il singolo soggetto e sembra determinare in modo aprioristico e meccanico la capacità di giudizio del singolo. Occorre tuttavia rilevare che il moto del corpo, in quanto umano, implica inevitabilmente di considerare gravemente patologico un moto afinalistico.

Voglio richiamare l'attenzione al fatto che per Freud «non può darsi... pensiero privo di rappresentazioni finalizzate», [12] privo quindi di considerazioni rappresentabili sulla meta del proprio agire. È da sottolineare inoltre che Freud affermi questo proprio a proposito del sogno, che la psicologia dominante non considera neppure tra i pensieri, e quindi tanto meno tra i pensieri dotati di finalità. Mentre il sogno è in senso proprio una forma della meta di pensiero soddisfacente.

Per cogliere il concetto di *perdita*, di cui parliamo, è fondamentale rifarsi al concetto di *atto*, come è esposto nel primo volume di questo Corso.[13] L'atto psicologico, e non solo quando è atto di parola, è istitutivo della relazione, perché una meta sia possibile con soddisfazione propria grazie al beneficio da parte dell'Altro. La norma della soddisfazione soggettiva è innanzitutto una norma di competenza, prima che una norma di condotta. Una norma cioè che stabilisce le competenze reciproche in una partnership che mira alla soddisfazione di entrambi, anche se ciò non significa simmetria nella soddisfazione. Ciò è evidente, per esempio, nel riconoscimento della domanda del neonato, come domanda di un soggetto di desiderio.[14]

È la perdita o incapacità di formulazione di questa norma, nel suo aspetto formale, quella che colpisce lo psicotico.

Come ho accennato, non sono persi il sentimento e l'affetto della soddisfazione, ma la sua pensabilità. Si potrebbe dire la pensabilità di un progetto che necessita

sia dell'eccitamento - possibile solo grazie alla memoria delle prime soddisfazioni - sia del pensiero attuale del desiderio dell'Altro indispensabile alla soddisfazione medesima; la pensabilità quindi di una norma di competenza del proprio piacere - a questo proposito si parla in senso proprio di *principio di piacere* - che, in quanto norma di competenza, implica un partner perché possa essere esercitata.

Certi psichiatri usano ancora, come segno significativo, il termine *manca di progettualità*. Per come è formulata, tale osservazione risulta ancora troppo sofisticata - quanto al progetto atteso - ma anche troppo superficiale nell'interpretare la natura di ciò che manca. Anche il melanconico - che nella nostra classificazione rientra nella patologia non clinica, e quindi non nella psicosi - dimostra un'assenza di progettualità, ma la sua assenza di progettualità è un mezzo assolutamente finalistico di vendetta sia verso l'altro sia verso sé medesimo. Anche questo tipo di finalismo non è concepibile nella psicosi vera e propria.

Altri segni tradizionalmente rilevati si avvicinano forse più a quanto sto cercando di spiegare. Il *negativismo* - o *oppositivismo* - in una direzione, e l'*ecolalia* nell'altra testimoniano meglio come ciò che resta di normativo nella relazione dello psicotico è l'eco - negativo o positivo - della norma posta o imposta dall'altro, sia come norma di condotta sia come norma di competenza. Quest'ultima stabilisce semplicemente la totale incompetenza alla soddisfazione del soggetto destinato alla psicosi.

Nella psicosi si può riscontrare una volontà assoluta, ma occorre riconoscerla come mutuata - con o senza deformazioni, assecondandola o opponendovisi<sup>[15]</sup> - rispetto a quella che è stata un tempo la volontà posta o imposta di un altro. C'è volontà, ma manca il desiderio che richiederebbe un principio di piacere.

Questo fenomeno può spingersi sino a rispondere in tutto all'attesa dello psichiatra ospedaliero per ottenere la dimissione. Ma se lo psicotico si proponesse come fine soddisfacente la dimissione, questa strategia gli riuscirebbe molto meno bene e come minimo si imbatterebbe in situazioni di conflittualità con caratteristiche nevrotiche. Ho accennato al termine *ecolalia* perché è ben evocativo sul piano verbale, anche se non è altrettanto diffuso un termine generale equivalente, che sarebbe particolarmente utile, per indicare quel che sto descrivendo come eco della volontà.<sup>[16]</sup>

### **3. ...come criterio diagnostico differenziale dalla nevrosi e dalla perversione**

In base al criterio che ho esposto il confronto differenziale tra psicosi da un lato e nevrosi e perversioni dall'altro è facile: nella *nevrosi* la meta non è soddisfacente, ma permane il pensiero della necessità della soddisfazione: il nevrotico infatti si presenta con la denuncia della propria insoddisfazione e per questo tradizionalmente gli psichiatri dicono che, a differenza dello psicotico, ha coscienza di malattia. Proprio per tale denuncia la nevrosi si qualifica come clinica, aggiungerei anzi che il nevrotico si presenta attivamente come caso clinico. Questa denuncia-lamento evidenzia in un certo senso la malattia della propria competenza, che invoca come aiuto una immaginaria super competenza altrui.

Nella *perversione* invece la meta non è soddisfacente, perché si è rinnegata la necessità dell'apporto gratuito e normativo dell'altro alla propria soddisfazione. In altre parole, per odio verso la norma di competenza del singolo (sia propria sia altrui), ci si trova assoggettati non a una norma di condotta, ma a un cieco imperativo. È molto raro che il soggetto perverso risulti completamente esente da

sintomi nevrotici, vale a dire è molto rara la pura perversione. Il rapporto fra le due patologie fa anzi ritenere che la perversione sia una forma di falsa guarigione dalla nevrosi. Allora, se in quel senso di nevrosi ne è rimasta poca, il perverso è forzato a rinnegare anche la propria insoddisfazione. Ma il rinnegamento non la maschera: basterebbe la ripetitività e la fissità delle azioni specifiche del perverso a evidenziarla, azione che è monomorfa e non polimorfa! È il rinnegamento della propria insoddisfazione a rendere non clinica la perversione. Infatti, quando il rinnegamento è riuscito, non appaiono più motivi per sottoporsi a una cura.

In entrambe le forme, che con veri atti giuridici la norma della propria soddisfazione sia stata rimossa, spostata - nella nevrosi - o rinnegata - nella perversione - si ha una prova che almeno per un istante quella norma è stata pensata e formulabile, almeno come norma di competenza. A questa formulazione, che non implica affatto una coscienza in senso psicologico, lo psicotico non è arrivato. Oppure vi è arrivato con un tale difetto che pregiudicherà, in seguito, anche una possibile memoria latente.

Altrove nel Corso di questa Scuola è stato precisato il concetto di *malattia* come premessa unica e necessaria alle varie forme psicopatologiche.[17] In questo senso occorre dire che lo psicotico non è arrivato in modo adeguato alla formulazione della norma perché «è stato ammalato prima». Il «prima» non è rilevante dal punto di vista cronologico, ma significa che qualcosa di traumatico è avvenuto prima del completamento di un giudizio sulla propria competenza.

Per non interrompere l'argomentazione con una lunga deviazione, rimando all'*Appendice* per la diagnosi differenziale con lo handicap e le forme patologiche che tradizionalmente nella psichiatria sono incluse nel gruppo delle psicosi. Come si vedrà c'è una precisa motivazione nel parlare di psicosi al singolare.

#### **4. Patogenesi della psicosi**

Per affermare che nella psicosi non si è formulata la norma di competenza sulla propria soddisfazione, occorre entrare più nel merito di come la sua formulazione piena sia il principio pratico che consente l'organizzazione stabile di quelle che in psicoanalisi sono chiamate pulsioni. In quanto specificamente umane, esse sono le singole leggi del moto del corpo umano e necessitano il pensiero.

Risultano come tali - cioè con un oggetto specifico correlato a una specifica area di eccitamento nel corpo - nelle forme psicopatologiche, proprio in quanto in esse il moto non giunge a soddisfazione. Mentre ove c'è soddisfazione non vi è necessità di parlarne al plurale in relazione ai loro oggetti e si ha una sola legge.[18]

In un primo tempo la norma si formula come: *agisci in modo che il tuo beneficio provenga da un Altro, appartenente all'Universo degli altri*. A questo livello è in atto necessariamente il primo elementare giudizio che consente di distinguere tra soddisfazione e dispiacere. Ma deve essere assunto in un secondo giudizio riguardo all'altro, in quanto con-veniente, con il suo desiderio e il suo moto, alla soddisfazione del soggetto medesimo.[19]

Due esempi per chiarezza: la soddisfazione alimentare del neonato comporta ben presto la scoperta che la madre riconosce la domanda, e che è sua soddisfazione rispondervi. L'atto sessuale implica nel pensiero normale di ciascuno che la soddisfazione e il desiderio siano reciproci.

Proprio questo secondo giudizio che concerne la soggettività dell'Altro, fa immediatamente riconoscere l'Altro come sessuato, come Uomo o Donna, e la

naturale preferenza si orienterà verso l'altro sesso. Questi termini possono essere ridotti a Maschio e Femmina solo scindendo i sessi dalla soggettività, cioè riducendoli a oggetto di legge, anziché componenti della sua formulazione.[20]

Ora, senza questo secondo giudizio sulla convenienza dell'altro sesso per la composizione della norma del proprio moto, non può darsi un'organizzazione del moto soggettivo adeguata alla realtà dei rapporti in cui siamo immersi. Parlo in questo senso di concetto di padre, proprio perché questo concetto è una condizione del pensiero pratico, indipendentemente dall'esistenza di una persona che vi corrisponda. In questo senso il padre reale può essere l'occasione per la formulazione del concetto, ma ben presto normalmente è riconosciuto come anch'esso dipendente da questa modalità istitutiva della norma di soddisfazione.

In ogni patologia riscontriamo la crisi dell'ordinamento normativo che discende dalla legge paterna: è ciò che nella psicoanalisi è stato chiamato *complesso edipico*. [21]

Ove non si formulasse il concetto di padre, la dipendenza dagli altri, se avvertita coscientemente, non potrebbe che essere intesa come schiavitù o castrazione. Per questo occorre riconoscere che Freud, avendo fatto le scoperte della psicoanalisi sul fondamento della sua esperienza clinica, ha descritto prevalentemente il concetto di padre nel momento della sua crisi, [22] cioè nel momento in cui iniziano le azioni per censurarlo in quanto avvertito come oppressivo. Così ugualmente, e di conseguenza, è avvenuto necessariamente per la castrazione come complesso patologico. È passato comunemente in secondo piano, in questo concetto, il significato di segno della propria insufficienza e della necessità dell'apporto dell'Altro alla propria soddisfazione (nella storia biblica è la circoncisione a indicare come segno dell'Alleanza l'insufficienza dell'uomo e la necessità della grazia divina). In questa seconda accezione, per la quale non sarebbe neppure adatto il termine castrazione, si tratta di una soluzione, non di un complesso.

Nella nostra Scuola ci siamo ormai abituati a denominare questo concetto, nel suo aspetto normale, *talento negativo*, per indicare che nella norma questa insufficienza è il naturale movente, e come tale un talento, della domanda efficace all'Altro per la propria soddisfazione. [23] Padre e talento negativo sono le condizioni della norma di competenza individuale riguardo la propria soddisfazione.

Credo risulti così più chiaro come questa norma, almeno per un momento, sia stata formulata, pensata, sia da chi diventerà nevrotico sia da chi diventerà perverso; nella nevrosi questo riconoscimento avvenuto è stato rimosso, cioè rinviato, e nella perversione rinnegato. In entrambi i casi tale norma continuerà a dettare le sue esigenze. Nel primo caso nei compromessi sintomatici, nel secondo caso nell'attitudine a giocare su due tavoli come se entrambi fossero reali. Per lo psicotico invece questo passaggio non è avvenuto, perché in qualche modo gli è stato precluso il riconoscimento della soggettività sessuata dell'Altro. Senza questo principio d'ordine non si costituisce per lui un universo di relazioni, ma egli si trova a vivere di ambiente, cioè di una realtà enigmatica in cui gli altri non sono propriamente dei soggetti e il loro moto è solo un agire il cui scopo rimane inaccessibile. L'ambiente è intellegibile solo a condizione di trovare i principi causali di ogni sua modificazione, ma questo non è mai possibile riguardo al moto umano. [24] Per lo psicotico persino il persecutore non sarà mai identificabile come soggetto, ma resterà sempre in buona misura un oscuro meccanismo.

In queste condizioni l'unica certezza che si può costruire consiste nella convinzione che tutto ciò che avviene ha un qualche significato che si riferisce

alla propria persona, ma che non si potrà mai conoscere. È questa la condizione di tutti quei segni clinici che vengono definiti *interpretativi e/o di riferimento*, e che sono, nella psicosi, i primi segni produttivi, cioè dovuti, come vedremo tra poco, a un tentativo di ricostruzione. I sessi compariranno allora, a completamento del tentativo di ricostruzione di una realtà, come principi di una cosmologia pseudoscientifica anch'essi con carattere in qualche modo persecutorio, e comunque totalmente asoggettivi.

Questa condizione di deficit fondamentale della competenza soggettiva, propria della psicosi, in genere non si evidenzia prima dell'adolescenza. Questo fatto è stato per molti una complicazione. Le ipotesi a riguardo sono state le più disparate, ma l'unica che mi sembra da ritenere, perché in molti casi è un'evidenza, afferma che questo deficit appare funzionale alla patologia delle persone più prossime allo psicotico, e alle quali è in qualche modo imputabile il fatto che egli sia stato ammalato precocemente. Solo quando le richieste relazionali si estenderanno oltre il nucleo originario, il fatto che la norma fondamentale non sia mai giunta a completamento si evidenzierà nella catastrofe che credo d'aver descritto a sufficienza.

## **5. Allucinazione e delirio**

La competenza soggettiva dello psicotico è deficitaria, incompleta e disorganizzata, ma non è annullata. Anche in questa condizione non viene meno ciò che è proprio dell'essere umano: la differenza tra l'istinto e la legge del moto del corpo che richiede il pensiero.

Proprio perciò, alla crisi gravissima di cui sto parlando, segue un tentativo di ricostruzione, nel quale si manifestano i segni più clamorosi di questa patologia, quelli che la rendono clinica indipendentemente dalla volontà soggettiva. La psicosi è infatti l'unica patologia psichica che risulta clinica, anche ove il soggetto ha la massima certezza di non essere ammalato. Le altre forme psicopatologiche che definiamo cliniche sono tali proprio perché il soggetto medesimo in qualche modo si riconosce malato. La follia è sempre stata clinica per opinione comune e corretta, non per consapevolezza soggettiva: è sempre stata ritenuta infatti di competenza del medico, perché è sempre stata ritenuta un disturbo che era auspicabile curare.

I due segni clinici più noti e significativi (e che appaiono all'opinione comune da curare) che si manifestano in questo tentativo di ricostruzione sono l'allucinazione e il delirio. Ma, come ho detto, non sono né specifici né caratteristiche esclusive delle psicosi.

*L'allucinazione* è definita comunemente come percezione che non ha riscontro nella realtà, perché, secondo una prospettiva cognitiva, si pensa alla realtà fisica esterna all'uomo. Se consideriamo la realtà delle norme pratiche in cui si è attori, l'allucinazione appare come un fenomeno percettivo della realtà diverso dalla percezione comune, ma la cui specifica funzione è la rievocazione mnestica di una qualche forma di elaborazione del pensiero che riguarda il desiderio.

L'allucinazione è un fenomeno che chiunque sperimenta almeno nel sogno. Ciascuno ha potuto constatare come nel sogno siano impegnati dal punto di vista percettivo alcuni sensi, e tra questi almeno la vista e l'udito.[25] Altre esperienze allucinatorie avvengono in alcuni stati patologici fisici di natura biologica (stati

tossici innanzitutto, ma anche stati febbrili) così come in psicopatologie diverse dalla psicosi, per esempio nell'isteria.

Come è stato già detto in altra sede,[26] l'allucinazione è dunque un fenomeno che possiamo definire, almeno in determinate circostanze, normale e che riconosciamo, con funzioni diverse, in disparate patologie.

Nei processi psicotici produttivi o di ricostruzione l'allucinazione avviene in un modo patologico specifico.

Se non solo nel sogno, ma anche in stati biologicamente patologici, è possibile, direttamente o attraverso un'interpretazione, mettere in relazione l'allucinazione con la rappresentazione dell'appagamento di un desiderio, nella psicosi invece l'allucinazione non ha mai il significato di un appagamento. Essa compare piuttosto come una percezione che si impone, non solo per la sua certezza che rimane nel tempo resistendo a ogni critica, ma anche, quando se ne può intuire un senso, per la sua imperatività.

Mentre nella nevrosi e nella perversione rimane una dialettica tra norma e imperativo, qui ciò che non ha composto la norma di competenza - ricordiamo i due articoli fondamentali del concetto di padre e della dipendenza soggettiva dal desiderio dell'altro - ricompare come certezza asoggettiva nella realtà in forma di imperativo arbitrario e insensato, sino all'estremo del crimine che può essere commesso per istigazione di una voce imperativa.

Anche in questo fenomeno particolare si evidenzia dunque la differenza delle psicosi dalle altre patologie per una particolare esclusione del pensiero della soddisfazione, che non può neppure essere rappresentata in forma allucinatoria.

*Il delirio.* Viene comunemente definito come un sistema più o meno coerente di idee che hanno un fondamento falso. Già è stato detto che sulla base di questa semplice definizione tutti abbiamo avuto esperienza di delirio.[27] Come per l'allucinazione, si tratta allora di individuare in che modo il delirio psicotico si differenzi da ciò che avviene nella normalità e nelle altre patologie.

Ripensiamo alla necessità per lo psicotico di ritrovare certezze al di fuori di un universo organizzato di relazioni umane. La condizione di base, da cui parte il tentativo di ricostruire la realtà è la elementare certezza interpretativa che qualsiasi evento per quanto enigmatico concerne sé stessi come un messaggio misterioso. Il fenomeno allucinatorio può fornire ulteriori elementi enigmatici, ma essi possono però contribuire a ricostruire un sistema che abbia una sua coerenza interna.

Le comuni certezze tipiche di ogni condizione non psicotica sono in qualche modo sempre subordinate a una ragione pratica, e quindi soggette a revisione in base all'esperienza delle relazioni con altri soggetti. In altre parole i deliri non psicotici sono soggetti a verifiche e ripensamenti. Quando questi ultimi non avvengono, si può comunque risalire con un'interpretazione alla loro funzione pratica, per l'individuo o addirittura per la società: basti pensare alle teorie magiche intorno al malocchio e alla loro funzione sociale e culturale.

Nella psicosi il delirio è ricostruzione di una realtà, in cui non è più possibile l'imputazione di un evento a un soggetto in quanto tale; rimane solo la possibilità di stabilire dei nessi di causalità. Per questa via si potrà arrivare anche a una teoria simile a quelle scientifiche,[28] ma le vicende umane rimarranno enigmatiche, proprio perché è preclusa l'idea che ci siano desiderio e volontà soggettivi. Molte volte il persecutore è individuato solo da un pronome grammaticale (lui, loro), che non indica alcuna persona concreta. Quando un persecutore è un individuo concreto, si può dire di essere ancora in una fase di

ricostruzione parziale. Ma anche in questi casi è facile cogliere che l'immagine del persecutore descritto nel delirio, non ha alcuna caratteristica soggettiva della persona in causa.

Ma proprio perché nella realtà così ricostruita è messo al bando il volere soggettivo, non c'è alcun bisogno di una ragione pratica che vada oltre la necessità di difendersi da questa medesima realtà immaginaria che è ancora portatrice della minaccia da cui si è avviata la malattia, sebbene trasformata spesso in una minaccia di dimensioni cosmiche. Per questa ragione il delirio si sottrae a qualsiasi verifica critica che si possa fondare sulle relazioni reali.

Il delirio psicotico ha nelle sue estreme conseguenze non solo le caratteristiche di esclusione del soggetto, proprie delle teorie scientifiche,[29] ma non ha possibilità di falsificazione, sottratto come è alla necessità di subordinarsi a principi pratici.

## **6. A proposito della cura**

Nella tradizione psicoanalitica - con ragioni sovente più incerte di quelle che ho cercato di esporre fin qui, ma riportabili comunque e giustamente a queste medesime - la cura delle psicosi viene considerata impossibile.

Infatti se non c'è normale capacità di relazione, non c'è modo di stabilire una relazione terapeutica.[30]

Il fatto che questo genere di considerazione sia possibile da tempo - come lo si può dire di un'affermazione scientifica dopo una scoperta - testimonia quanto l'idea più diffusa della cura della psicosi si basi su considerazioni di un altro ordine, come la simpatia, in genere volontariamente sostenuta, per la sofferenza che viene supposta allo psicotico.

In tutte le altre forme patologiche non c'è sofferenza che non implichi una qualche relazione con un'imputabilità dell'interessato. Si tratta certamente di un'imputazione di altro ordine rispetto a quella concerne gli ordinamenti giuridici degli Stati,[31] ma è condizione necessaria a una cura che sia psicoterapica, in senso etimologico. Perciò la simpatia non può rivolgersi alla patologia come tale, se non ponendosi come ostacolo alla cura medesima.

Nella psicosi si è sovente convinti di trovarsi di fronte a una sofferenza innocente. È falso. In primo luogo perché non è affatto certo che la malattia psicotica comporti inevitabilmente e continuativamente sofferenza - ci sono anzi situazioni in cui l'evidenza costringe a ipotizzare il contrario - ma soprattutto perché, se nel trauma, nell'offesa precoce alla propria competenza - che è premessa necessaria allo sviluppo della psicosi - è teoricamente (senza verifica pratica possibile) ipotizzabile un'innocenza del soggetto che diverrà psicotico, questa ipotesi è manifestamente falsa per lo sviluppo e il mantenimento della malattia.

Come ho detto, se la competenza soggettiva dello psicotico è deficitaria - in quanto è incompleta la norma che la definisce - non è annullata. La manifestazione clinica della patologia, quella che possiamo definire tentativo di guarigione, implica necessariamente una qualche forma di imputabilità.

Perciò una terapia psichica sarà possibile quando, e solo quando, questo abbozzo di competenza soggettiva sarà posto in atto riconoscendolo per quello che è, nella sua condizione deficitaria. Un passo di questo genere implica per il soggetto psicotico, almeno come ipotesi di lavoro, l'idea che sia necessario ricominciare dal principio, e quindi almeno la formulazione ipotetica di essere realmente malato.

Da parte del possibile terapeuta corrisponderà, a questa ipotesi del paziente, un atto di fiducia, ma non incondizionato, appunto perché motivato e conseguente a questa medesima ipotesi del soggetto in causa.[32]

Se a queste condizioni, realmente assai rare, è pensabile una terapia della psicosi, risulterà ora chiaro che l'obiettivo da raggiungere è lo stabilirsi della norma di competenza soggettiva nei suoi due articoli: il concetto di padre e la necessità dell'Altro nella concepibilità di una meta soddisfacente. Per questo il trattamento è ipotizzabile come l'inverso del fattore scatenante che consisteva in richieste relazionali che già implicavano un concetto di Padre normativamente efficace, ove tale concetto mancava.

In questo consiste la difficoltà di un simile trattamento. Mentre le richieste che comportano un concetto di padre già formulato possono sovente dimostrarsi ulteriormente traumatiche, nel trattamento occorre pensare a come si possa favorire la formulazione di tale concetto, mai riuscita in precedenza. Inutile sottolineare l'abisso che separa tale progetto terapeutico dall'idea diffusa che sia terapeutico aggiungere nuove «cure materne», a quelle che molto spesso, nella storia dello psicotico, hanno avuto il ruolo di supplire alla mancanza del concetto di padre.

Un'ultima considerazione riguardo alle cure farmacologiche: tutto ciò che ho detto riguardo alla psicosi si basa sulla considerazione che il corpo umano è tale solo in relazione al suo moto verso mete soddisfacenti. È quindi impensabile che il suo funzionamento biologico non sia condizionato da tutto questo, perciò è ovvio che a una condizione così patologica come la psicosi corrispondano alterazioni biologiche. Da circa trent'anni a questa parte si è potuto cominciare a evidenziarle scientificamente e quindi anche a trovarne dei rimedi. Come dirò nell'appendice, sia pure in altro contesto, ben vengano! Ma è evidente che non possono in alcun modo essere considerati la terapia adeguata a ciò che abbiamo individuato come patogenesi della psicosi.

## **Appendice**

### **1. Psichiatria e giurisprudenza**

Non c'è psichiatria prima del Settecento, malgrado quanto sostengono alcuni suoi storici e non è vero che nei procedimenti inquisitoriali contro le streghe si facesse della psichiatria. La maggior parte di esse sarà pure stata costituita da isteriche o folli, ma non è vero che le streghe venissero identificate in base a un criterio clinico. Semmai può reggere il paragone il fatto che in epoche successive si veniva spesso ricoverati in manicomio per motivi analoghi a quelli che allora portavano a processi inquisitoriali.[33]

Sino al Rinascimento, in campo medico, la follia aveva vari nomi sia d'origine greca sia latina - *furor*, *insania*, demenza, amenza, mania, vesania, paranoia. Ma se si optava per uno anziché per l'altro termine, era perché lo si riteneva sostanzialmente più adeguato al concetto che si voleva esprimere e non tanto perché si volesse costruire una classificazione di diverse specie di follia. Come nell'opinione comune, la follia era sempre considerata perdita della ragione, del senno, e, come tale, considerata un'unica specie.

Ai medici rinascimentali era pure chiaro che melanconia, isteria e imbecillità erano forme che differivano dalla follia, anche se le ragioni di questa differenziazione erano erronee (si veda per esempio la teoria degli umori secondo

la quale un eccesso di bile nera dava melanconia, mentre quello di bile gialla dava *furor*, collera; secondo un'altra teoria tradizionale, l'isteria dipendeva dall'utero come testimonia il medesimo nome rimasto nell'uso).

La psichiatria si costituisce in epoca illuminista, soprattutto nella Francia dell'epoca rivoluzionaria, quando si pone, per la prima volta, la questione classificatoria - nosografica - delle diverse specie di follia.

Due sono i moventi di questo passaggio: quello più comunemente rilevato riguarda la definizione del proprio campo, con il metodo delle scienze naturali dell'epoca, in particolare di quelle biologiche. Ma è determinante il secondo movente, troppo spesso sottovalutato: la psichiatria nasce anche dalla specializzazione delle nuove esigenze di ordine pubblico che sorgono dagli ideali umanitari di stampo illuministico.

Il malato psichico va distinto dagli altri soggetti che, per ragioni specifiche di ordine pubblico, sono da escludere o da segregare. Contemporaneamente, se è malato, va assistito e possibilmente curato nella speranza di una sua riabilitazione. Per decisioni pratiche di questo tipo la diagnosi va ovviamente raffinata.

Questo nodo rimane inestricabile sino a oggi, con alternanza di mistificazioni riguardo alle esigenze d'ordine pubblico. Si può rimuoverle sostenendo che le uniche ragioni della psichiatria sono ideali umanitari e scientifici. Oppure le si può porre in primo piano sostenendo che sono le uniche determinanti nel definire ciò che chiamiamo follia, sino all'estrema affermazione - sostenuta nel periodo più aspro della cosiddetta antipsichiatria - che la follia come tale non esiste.

L'esempio dell'Italia in questo secolo è molto rappresentativo.

L'Ospedale Psichiatrico Provinciale - il manicomio - ha avuto una sua sostanziale continuità giuridico istituzionale dal 1904 al 1978.[34] Da allora in poi tale istituzione è stata abolita e, per certi aspetti, la follia è giuridicamente considerata una malattia medica la cui cura ha i medesimi mezzi giuridico istituzionali delle cure di ogni altra malattia d'interesse medico. Per questo il trattamento viene demandato all'Ospedale Generale e la supposta prevenzione al territorio; la stessa legge prevede anche l'istituto giuridico del ricovero obbligatorio, che non è affatto esclusivo della malattia mentale.[35]

I danni provocati dalla considerazione forzata della follia, come malattia di esclusiva competenza medica, al pari di tutte le altre, sono evidenti nelle contraddizioni derivate dalla riforma psichiatrica. Basta ricordare che proprio dopo aver inserito la psichiatria nell'ospedale generale, si è cominciato a criticare la sua medicalizzazione, oppure che la matrice umanitaria di tipo illuministico, ancora attiva, della psichiatria ha portato a futili disquisizioni sui diritti del malato, aggravando la contraddizione tra tali supposti diritti e esigenze della «cura» del malato. Gli esempi potrebbero continuare.

In ogni caso, sin dagli inizi della psichiatria, non c'è studio clinico serio della follia che possa prescindere da uno studio della sua definizione giuridica e dalla riflessione sui luoghi sociali posti istituzionalmente a tutela *del* folle e contemporaneamente a difesa sociale *dal* folle.

Ma le esigenze da cui è sorta la psichiatria, proprio perché doppiamente articolate con quelle dell'ordine pubblico e della funzione assistenziale dello Stato, non potevano che complicarsi immediatamente nell'impatto con l'evoluzione degli ordinamenti giuridici stessi.

Il nodo più esemplificativo concerne l'imputabilità e quindi la responsabilità giuridica del folle.

Sia il diritto romano sia quello penale canonico riconoscono la non responsabilità del folle. Se poi si inizia a parlare di differenziazione tra manie parziali e manie generalizzate o di impulsi irresistibili - come è avvenuto all'inizio dell'Ottocento[36] - è chiaro che il giurista comincia a chiedere lumi in proposito al presunto specialista incrementando la ricerca dello specialista medesimo.

Quando nel mondo giuridico si perde la pazienza nell'inseguire il dibattito presunto scientifico, la soluzione diviene relativamente semplice. Ci si appella a una duplice capacità: capacità di intendere (principio di conoscenza) e di volere (principio di morale). Ciò che conta, perché il soggetto non sia imputabile, è che non ci sia l'insieme di queste capacità nel momento in cui compie il reato. Non sta al giurista stabilire se la perdita di realtà che determina la follia sia da intendersi come percettivo-cognitiva o etica. Semmai va a merito dei giuristi che la facoltà di intendere abbia prevalentemente il valore pratico di consentire il libero esercizio del volere.

Quando le cose si complicano ulteriormente, si possono anche introdurre nel codice penale assurdità come la seminfermità di mente, come se la questione della capacità fosse quantitativa. Mi pare che in tutto il mondo, oltre al codice italiano, vi sia un solo altro codice a contemplare questa nozione!

Se la psichiatria è serva della giurisprudenza,[37] e lo è, è serva noiosa, petulante e dannosa.

## **2. Le questioni dell'indagine nosografica**

Elenco qui le principali questioni che hanno retto il dibattito sulla nosografia psichiatrica dall'inizio di questo secolo sino agli anni '20. Rispetto a esse, propongo una risposta sintetica, coerente con la tesi principale esposta nel testo che precede.

A. Esistono forme di follia in cui una parte di ragione rimane sana?

Questa questione non concerne solo il tema ottocentesco delle cosiddette follie parziali, ma anche le psicoterapie di questo secolo, comprese alcune di derivazione psicoanalitica, che presumono di far leva su una supposta parte sana dell'Io. Non va dimenticato inoltre che è proprio il tema delle follie parziali a determinare le precisazioni moderne del concetto di imputabilità penale del folle.

B. La demenza è l'esito inevitabile di alcune o di tutte le forme di follia?

Per rilevare l'importanza di questo quesito basta ricordare che Kraepelin fondava la distinzione tra paranoia e demenza precoce appunto sulla precocità di una demenza che nella paranoia pura poteva anche non realizzarsi.

C. Esistono follie che colpiscono solo l'intelletto e altre che colpiscono solo l'affettività?

È il criterio che a tutt'oggi regge la differenziazione tra schizofrenie e psicosi maniaco-depressiva, e sul quale, per l'inevitabile incertezza nel discernere la priorità del disturbo del pensiero o dell'affettività, si fanno bizzarri compromessi che vanificano la questione medesima come, per esempio, nella definizione del disturbo schizoaffettivo. Questa distinzione è anche la via che consente di far rientrare impropriamente la melanconia in un ipotetico gruppo delle psicosi.

La psicologia e la psicopatologia riguardano, come si è visto, la ragion pratica, che non è divisibile, salvo che non sia già divisa patologicamente nella psicologia di un soggetto, che giungerebbe tuttavia necessariamente a un'autocritica - a un

riconoscimento d'imputabilità nel disturbo che lamenta - come avviene nella nevrosi. In questo senso la distinzione tra pensiero e affetti diviene irrilevante. Gli affetti sono i segnali che guidano il pensiero nel suo compito pratico e critico. La situazione che ho definito psicosi è perdita della ragione pratica: ovvero del principio, della norma di relazione soddisfacente. Da questo punto di vista la psicosi è sempre demenza; è troppo restrittivo ritenere demenza solo lo stato in cui sono perse radicalmente le capacità elementari di memoria e pensiero.

D. La causa della follia è psicologica o fisica?

Eterno dilemma non solo della psichiatria, ma di tutta la ricerca biologica che riguarda la psiche. Non è questa la sede in cui dilungarsi su questo tema. Ma non dovrebbe sorprendere nessuno che uno stato come quello psicotico abbia effetti biologici, dato che la soddisfazione di cui continuiamo a parlare riguarda il corpo in quanto umano, nel suo moto verso una meta che soddisfi. Basta pensare a quante mete di soddisfazioni quotidiane riguardano direttamente la tutela del nostro corpo biologico.

Se quindi le alterazioni biologiche che conseguono allo stato psicotico, sono gravi - e in alcune fasi di questa malattia è senz'altro vero - ben vengano i rimedi farmacologici se sono disponibili. Ma, se la psicosi è ciò che ho descritto, non si può pensare che la terapia farmacologica sia una cura della psicosi.

### **3. Nota differenziale tra psicosi e paranoia, melanconia, handicap**

Prima dell'origine della psichiatria era ovvia la distinzione tra follia e perversione: la follia era la perdita della ragione, la perversione il suo pervertimento. È stata la crisi moderna della psicologia, che corrisponde alla crisi del concetto di Padre, a fare nascere la questione artificiosa dei rapporti tra perversione e follia che sta alla base della complicazione attuale quando, come è d'uso in psichiatria, si parla di psicosi al plurale e se ne distinguono diverse forme cliniche.

Qui, come si è visto, la psicosi è stata descritta come un'entità psicopatologica unica e unicamente in rapporto a quella forma che in psichiatria da alcuni decenni è denominata schizofrenia.

È innanzitutto necessario un chiarimento sulla opzione terminologica che, evidentemente, è significativa.

Per la nostra Scuola il termine schizofrenia risulta insoddisfacente: la mente è infatti in qualche modo divisa anche nelle altre psicopatologie cliniche, mentre questo termine ha divulgato l'idea che questa sia una caratteristica esclusiva della follia. Termini come psicosi e nevrosi sono invece entrati da un tempo più lungo nell'uso comune, ormai prescindendo totalmente dal loro significato etimologico e stando in questo senso minori equivoci.[38] In particolare psicosi tende a ricoprire genericamente il significato classico di follia.

Ma ciò che più motiva l'aver trattato «*la*» psicosi al singolare è il fatto che le altre forme cliniche, tradizionalmente considerate come specie del genere psicosi, per noi non appartengono a questo genere. Sono infatti tributarie in altro modo delle teorie perverse che reggono le psicopatologie che abbiamo definito non cliniche. In altri termini, nella storia del soggetto, sono patologie cliniche posteriori a un passaggio nella perversione.

Mi limiterò qui a indicare la direzione differenziale nei confronti della paranoia e della melanconia che in psichiatria sono inserite nel gruppo delle psicosi. Inoltre

farò un breve cenno alla differenza tra psicosi e handicap psichico, categoria fondamentale della nostra classificazione.

La definizione più comune di *paranoia* si basa sull'individuazione di un delirio cronico, organizzato al suo interno in un modo molto coerente e che non evolve verso la demenza.

In realtà non c'è forma paranoica in cui compaia l'ingenuità propria dei deliri psicotici, che testimonia come l'offesa psicopatogena sia avvenuta prima della completa formulazione della norma di beneficio. Piuttosto caratteristica saliente e comune di questi deliri è l'aspetto di rivendicazione che riguarda in un modo più o meno evidente supposti propri diritti lesi. La forma più pura è in questo senso il delirio definito di querela, che sia a clinici sia a avvocati e a magistrati risulta evidente essere una forma patologica, ma non clinica. È un delirio che compare in età decisamente adulta.

Ciò che avviene della norma fondamentale di competenza soggettiva riguardo alla soddisfazione non implica affatto, in questo caso, l'incompletezza della sua formulazione, quanto piuttosto la sua dissoluzione e sostituzione integrale con l'ordinamento giuridico, interpretato appunto a scopo rivendicativo, rinnegando la necessità di una meta soddisfacente.

Lo stesso aspetto rivendicativo e giuridicizzante, si riscontra pure nella *melanconia*, quando questa forma clinica giunge sino a produrre sintomi che potrebbero richiamare i tratti della follia.

Si tratta perciò di forme patologiche in cui ciò che avviene della norma di competenza soggettiva ha le caratteristiche di una scelta, ovviamente senza che ciò ne implichi una consapevolezza comunemente intesa. A mio modo di vedere questa caratteristica testimonia che la competenza normativa individuale è stata conosciuta, ma rinnegata a favore di una dipendenza integrale e asoggettiva dall'ordinamento giuridico dato. È l'atto fondamentale della patologia non clinica che definiamo perversione. È da notare che i sessi, anziché componenti della norma di beneficio soggettiva, diventano oggetto di rivendicazione di pari diritti sino al punto da misconoscerne la differenza.

Si potrebbe dire che *paranoia* e *melanconia* sono patologie cliniche di ritorno, da una patologia non clinica come la perversione.

Secondo il criterio differenziale adottato - formulazione completa della legge di beneficio, avvenuta o meno - *lo handicap psichico* si differenzia dalla psicosi per opposte ragioni. Il fatto che si manifesti inevitabilmente e precocemente nell'infanzia fa già intuitivamente ritenere che la formulazione completa della propria norma pratica non sia potuta avvenire e pertanto possa essere palesemente insufficiente in epoca successiva della storia soggettiva.

Lo psicotico, grazie alla complicità altrui, ha l'occasione di fingere la propria adeguatezza almeno sino all'adolescenza. Al contrario lo handicappato è ritenuto inadeguato, anche a sproposito, e a volte sin dall'inizio della sua vita, proprio nel suo nucleo di relazioni originarie. Questo comporta, proprio da parte dei familiari, l'appello alla medicina e/o alla pedagogia, con delega impropria di aspetti fondamentali della loro competenza.

Si può dire che lo psicotico si trovi in una sorta di colpevole complicità nel proprio nucleo di relazioni di partenza. Questo nucleo, come un vero e proprio sistema psicopatogeno, se ne avvale per rimuovere la propria responsabilità nell'insulto che determinerà la patologia di quel suo membro. Questo *status quo* reggerà sino a che l'inevitabile ampliamento pratico dell'universo delle relazioni farà crollare questa alleanza.

Lo handicappato psichico si trova invece sin dall'inizio in una conflittualità criminosa riguardo all'istituzione della sua competenza soggettiva, a cui non può far fronte. I successivi interventi esterni sul nucleo familiare determineranno, nella maggior parte dei casi, una pseudo-pacificazione ai danni dell'handicappato medesimo che avrà effetti determinanti nella stabilizzazione e nella forma delle manifestazioni successive della patologia.

La differenza di questi due processi di partenza giustifica ampiamente, a mio modo di vedere, le differenze psico-patologiche che si riscontrano tra psicosi e handicap psichico e perciò anche la loro distinzione nosografica.

<http://www.edizionisic.it/CITYMALA2-07-AB.htm>