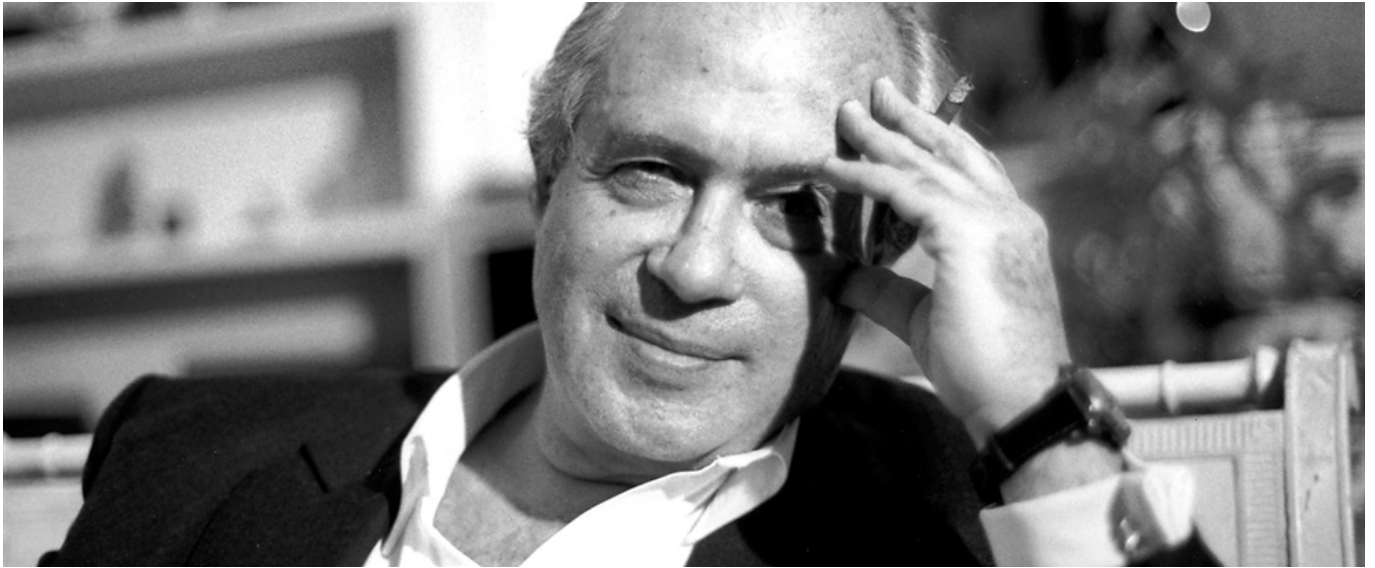


## La psicosi ordinaria

Author : Egidio

Categories : L'ordine del discorso

Date : 31-05-2017



È Jacques-Alain Miller <sup>[1]</sup> che nel 1998 introduce nello scenario della clinica lacaniana delle psicosi il “sintagma” della **psicosi ordinaria**<sup>[2]</sup>, la quale, come egli dice, “*benché non sia una categoria di Lacan mi pare possa essere considerata una categoria lacaniana -una categoria clinica lacaniana.*”<sup>[3]</sup>

Dunque una “categoria clinica lacaniana”, quella di psicosi ordinaria, una categoria diagnostica per tentare di raggruppare tutte quelle psicosi che non presentano dei sintomi floridi o chiaramente indicativi di psicosi sul piano fenomenologico, che non si manifestano cioè come la psicosi Schreberiana o come le psicosi conclamate descritte dagli psichiatri, alle quali verrebbe invece riservato, sempre nella clinica lacaniana, il termine di psicosi “straordinarie”.

Questo concetto, se da una parte sembra aver “risolto” numerosi crucci diagnostici, da un’altra si è rivelato particolarmente complesso.

La psicosi ordinaria andrebbe considerata alla luce delle mutate condizioni della pratica psicoanalitica in relazione a quelle mutazioni dell’etica del soggetto della contemporaneità e del nuovo ordine simbolico che lo determina, ordine caratterizzato dal predominio del principio di godimento e di trasgressione “a tutti i costi” su quello della Legge stabilita dal Nome-del-Padre. In conseguenza di ciò, la nostra clinica, osserva Sergio Sabbatini “*registra cambiamenti sensibili nella psicopatologia. C’è un consenso diffuso sulla ‘docilità’ del sintomo psichico, le cui variazioni sembrano riflettere i cambiamenti socio-culturali. In fondo tutte le componenti postfreudiane, lacaniani compresi, testimoniano di questi mutamenti: un ampliamento del campo delle psicosi, una correlativa riduzione di quello delle nevrosi, la proposta di categorie intermedie: borderline, psicosi bianche, fredde, stati limite, patologie narcisistiche, e in ambito lacaniano, la cosiddetta psicosi ordinaria. A cui si aggiungono i cosiddetti nuovi sintomi specifici dell’ipermodernità.*”<sup>[4]</sup> Assistiamo dunque ad una diffusione di psicosi *discrete, docili*, travestite spesso da una parvenza di normalità o caratterizzate da sintomi vaghi, minimi, che appaiono spesso come nevrotici, soprattutto di tipo ossessivo. Psicosi dunque comuni, “ordinarie” appunto e che non si

manifestano perciò come casi “straordinari” da TSO. Esiste insomma una ordinarietà della psicosi che sembra riguardare individui che riescono a ingabbiarla nel sembiante di un funzionamento anche del tutto normale. Anzi sembra che siano proprio questi nuovi modi di esprimersi della psicosi a garantire, paradossalmente, funzionamenti soggettivi anche particolarmente efficienti.

Al punto che si potrebbe parlare oggi di una vera e propria patologia della normalità, nel senso di una sempre più diffusa ossessione per “la normalità”, una normalità destinata a costituirsi essa stessa come sintomo, e che finisce per incatenare il soggetto stesso nella ordinarietà sorprendente del suo modo di manifestarsi: il soggetto organizza uno schema, un’articolazione “sintomatica” o di comportamento allo scopo di ingabbiare qualcosa che altrimenti si scompaginerebbe, solo che in questa gabbia finisce per rinchiudere anche se stesso.

La psicosi ordinaria va dunque vista, non tanto come una nuova, possibile manifestazione psicopatologica, quanto come un modo nuovo di essere del soggetto, una nuova, potente, suggestione di *neo-identificazioni*. Non a caso è stata anche definita *la malattia della mentalità*, essendo proprio il suo carattere di rigidità e di impenetrabilità a qualsiasi critica o di messa in discussione ad aprire al sospetto di condizione psicotica. Questo soggetto nuovo, malato nella mentalità, affetto da una normalità che è malattia essa stessa, può tuttavia, talvolta, bussare ai nostri studi, non per mettere in discussione qualcosa di sé, ma per essere aiutato a far funzionare l’apparato -difensivo- della sua mentalità quando sembra scricchiolare, al fine di ristabilire i canoni e i confini rassicuranti della sua *ordinaria normalità*.

### **La psicosi ordinaria come una possibile manifestazione della psicosi: una clinica del funzionamento.**

La psicosi ordinaria dunque, più che una nuova entità nosografica nel campo delle psicosi, deve essere considerata come **una delle manifestazioni possibili della psicosi**, di quelle psicosi che ancora non si sono manifestate come tali, quelle situazioni cliniche cioè che si manifestano per il fatto di non sembrare delle psicosi e che dunque **possono essere diagnosticate** come psicosi in *après coup*, o nel tempo o, al limite, come vedremo, attraverso “indizi” vaghi, sfumati, minimi, dovendo esse assicurare al soggetto il *funzionamento normale* del suo essere.

In questo senso la psicosi ordinaria rientra, come dice Miller, nel campo di una “*clinica del funzionamento, piuttosto che una clinica della mancanza*”<sup>[5]</sup>. In altre parole la psicosi ordinaria è **tutto ciò che “funziona” in quanto fa da tenuta dell’essere del soggetto, a livello del suo funzionamento sociale, del rapporto con il suo corpo e anche nella sua percezione soggettiva. La psicosi ordinaria fa funzionare perché tiene insieme i tre registri RSI della struttura soggettiva, permette la congiunzione, il nodo, tra significante e godimento, e trova il modo, per lo più attraverso il sintomo, di supplire al buco lasciato dalla forclusione del Nome-del-Padre.**

### **I neo-sintomi: una clinica della supplenza e la pluralizzazione dei nomi del padre.**

La psicosi ordinaria, è dunque **una psicosi**, in quanto, pur potendo nelle sue diverse, possibili manifestazioni cliniche non sembrare tale, o confondersi con una nevrosi o addirittura con la normalità, sul piano strutturale non ricade sotto la logica della rimozione, ma sotto l’azione della forclusione del Significante Nome-del-Padre. Di qui il ricorso a *sintomi*, anche molto variegati, originali, spesso bizzarri, vere creazioni soggettive, destinati comunque ad assumere la funzione di **Nomi del Padre sostitutivi**. Il buco lasciato dalla *Verwerfung* originaria del NP mette il soggetto nella necessità di doverlo riempire con qualsiasi soluzione sintomatica di cui possa disporre o che riesca ad inventarsi. Se i sintomi nevrotici, in quanto formazioni dell’inconscio sottostanno alla legge sostitutiva del significante *strutturandosi come un linguaggio* e dunque hanno da dire qualcosa, i sintomi della psicosi sottostanno alla necessità di supplire a una mancanza e di riempire un buco, e dunque sono *sintomi privi della struttura grammaticale dell’inconscio, strumenti che non hanno niente da dire e che servono solo a mantenere in funzione la macchina della supplenza forclusiva e a fare da barriera al godimento, e con enorme impiego di energia*

*libidica.*

**Per questo nella psicosi ordinaria ci troviamo a doverci confrontare con formazioni sintomatiche che sfuggono alla logica della domanda, e dunque che si sottraggono al transfert, anzi vi fanno obiezione. Sintomi non interpretabili perché, a differenza dei sintomi nevrotici, non sono essi stessi già interpretazione dell'inconscio, in quanto non ne sono sue formazioni.**

**Si tratta invece di sintomi, quelli della psicosi ordinaria, caratterizzati dal fatto di appartenere piuttosto già all'ordine del sintomo, a quel resto sintomatico indecifrabile e non interpretabile. Sintomi che, come la metafora delirante descritta da Lacan nella QP, servono a fare da tenuta, da quarto anello dei tre registri, dal momento che, in assenza del Nome-del-Padre, il Simbolico non ha più nessuna prospettiva di potersi verticalizzare sugli altri due.**

### **Una clinica continuista.**

Ci troviamo dunque nell'ambito di una nuova clinica, che non è più quella della "frontiera" tra il significante e il godimento, e della egemonia del registro del Simbolico sugli altri due dell'Immaginario e del Reale, rimanendo anzi quest'ultimo ancora del tutto non simbolizzato ed escluso dal campo dell'analisi.

Con il concetto di psicosi ordinaria si apre invece la prospettiva di una clinica diversa, detta clinica della continuità: tra significante e godimento e dei tre Registri RSI tra di loro, una clinica non più della frontiera, ma del bordo. Una clinica appunto continuista e che Miller definisce non a caso **clinica borromea**.

La psicosi ordinaria è dunque la manifestazione psicopatologica di questa clinica, ma la continuità in questione non è continuità tra nevrosi e psicosi, bensì tutta interna alla psicosi stessa.

**La psicosi ordinaria non va dunque considerata come una nuova classe di psicosi, una nuova realtà nosografica, né uno stato intermedio, ma si iscrive nella logica continuista e non classificatoria: possiamo definirla quindi come il modo attraverso cui ogni singolo soggetto, psicotico, si organizza nel far fronte al buco della forclusione originaria.**

Ora la psicosi ordinaria sembra aprirci due vertici, due possibili versanti di osservazione, utili da considerare sia per la dialettica che vi si implica, sia per la contrapposizione che li determina, due versanti che, in un certo senso appartengono, per così dire, anche alla sua origine e alla sua storia: il versante *fenomenologico* da una parte, quello *strutturale* dall'altra.

### **IL VERSANTE FENOMENOLOGICO**

Dal versante della fenomenologia clinica la PO ci riconduce direttamente a quella che possiamo chiamare la clinica dei pazienti *come se* descritti da Hélène Deutsch<sup>[6]</sup>, ma anche alla *psicosi bianca* di Green, al *disturbo borderline di personalità* di Kernberg, alle *personalità normotiche* di Bollas, fino ai pazienti con *falso sé* di Winnicott. Tutti quadri psicopatologici che, se da un lato possono essere considerati clinicamente vicini alla psicosi ordinaria, dall'altro se ne distanziano perché, a differenza della PO che è comunque strutturalmente una psicosi, sono ritenuti dai loro Autori e dagli psicoanalisti non lacaniani in genere, formazioni psicopatologiche a sé stanti.

Lacan, nel periodo del Seminario III sulle psicosi, aveva letto il lavoro della Deutsch nella sua versione inglese del '42 e ne tenne conto. La psicoanalista descrive di pazienti che si comportano *come se* fossero del tutto normali. Tuttavia, ad una osservazione più attenta, ella dice *"lo stesso profano percepisce che c'è qualcosa di strano che giustifica la domanda: cosa c'è che non va?"*, trattandosi evidentemente di pazienti che in effetti intimamente soffrono di un **senso generale di insoddisfazione**,

**oppure di vuoto, o di noia o di incapacità ad assaporare la benché minima felicità.**

Pazienti che la Deutsch non poté però spingersi a considerare psicotici, anche se J. C. Maleval<sup>[7]</sup>, al fine di dare forza alla tesi che si trattasse comunque di psicotici, ha riunito i sei punti che la Deutsch individuò, nel descrivere queste personalità, come aspetti clinici fortemente suggestivi per una diagnosi di psicosi:

- stadio primitivo della relazione oggettuale senza coscienza dell'oggetto;
- sviluppo povero del Super-io con persistenza dell'angoscia allo sguardo dell'oggetto;
- prevalenza del processo di identificazione primaria;
- mancanza del senso dell'identità;
- superficialità emozionale e povertà generale dell'affetto;
- mancanza d'insight.

Soggetti psicotici dunque, di "ordinaria psicosi": del resto la **psicosi ordinaria si caratterizza proprio per il fatto di occultare, nascondere, incatenare la psicosi, piuttosto che manifestarla.**

È solo quando il velo della ordinarietà che la ricopre viene a cadere, quando cioè si spezza l'ordine del suo incatenamento, quando si *scatena* dunque, che la psicosi si manifesta, cessando in questo modo di essere *ordinaria* per diventare *straordinaria*, cioè psicosi conclamata.

La diagnosi di psicosi ordinaria difficilmente allora può essere una diagnosi della immediatezza, della sincronia, in quanto difficilmente può essere basata sulla sola osservazione fenomenologica dei sintomi del momento. Essa è per lo più una diagnosi diacronica, che richiede tempo, che richiede quella che Lacan chiama "*una sottomissione intera, anche se avvertita, alle posizioni propriamente soggettive del malato*"<sup>[8]</sup>: sarà l'ascolto del paziente all'interno della relazione terapeutica, l'attenzione a come sviluppa il transfert, all'uso che egli fa del linguaggio (*lalingua*) e ai suoi legami sociali, che possono consentire *nel tempo* una diagnosi di psicosi non scatenata.

## IL VERSANTE STRUTTURALE

L'altro versante, che in un certo senso si confronta e al tempo stesso si oppone a quello fenomenologico, è di ordine strutturale, quindi più specificamente *lacaniano*, attenendo, da una parte alla *concezione lacaniana della psicosi*, dall'altra a quella che è, per così dire, *l'evoluzione lacaniana verso la clinica della continuità* entro cui abbiamo visto iscriversi la psicosi ordinaria.

### La concezione lacaniana della psicosi.

Si tratta della concezione lacaniana delle psicosi che si rifà essenzialmente al Seminario III, dedicato alle psicosi, e al famoso testo: "Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi" scritto tra il dicembre del 1957 e il gennaio del 1958.<sup>[9]</sup>

È proprio in questo periodo che Lacan espone la sua concezione delle psicosi, il periodo nel quale tra il Simbolico e il Reale vi è ancora una frontiera invalicabile, per cui il Simbolico non può raggiungere il Reale e il Reale è l'impossibile a dirsi.

In questo periodo, che è anche il periodo del suo ritorno a Freud, Lacan delinea dunque la struttura della psicosi rifacendosi, da una parte, alla concezione freudiana delle nevrosi, dall'altra a ciò che non può essere della nevrosi, vale a dire a ciò che invece di essere rimosso ricade sotto l'azione della *Verwerfung*.

Molto sinteticamente, negli anni che vanno dal '56 al '58 Lacan riprende le operazioni Freudiane di *Bejahung*, *Verdrangung* e *Verwerfung* per stabilire le differenze strutturali tra nevrosi e psicosi. Vale a

dire il riconoscimento e la rimozione da una parte, e la forclusione (verwerfung)<sup>[10]</sup> dall'altra, sono le azioni del soggetto entro cui ricadono rispettivamente la nevrosi e la psicosi. Per tale ragione un nevrotico non può essere anche uno psicotico e viceversa.

### **La evoluzione verso la cosiddetta clinica della continuità.**

La clinica lacaniana è una clinica in evoluzione come è in evoluzione il suo insegnamento.

In particolare la psicosi ordinaria, se nel suo aspetto strutturale si rifà, come abbiamo visto, alla concezione lacaniana delle psicosi degli anni 56-58, in base alla quale essa può rientrare nel campo delle psicosi, per quanto attiene invece le manifestazioni cliniche, si configura come una clinica in evoluzione, collocandosi come abbiamo visto nella logica continuista, in particolare della continuità tra significante e godimento. Ed è in questa ottica continuista che vanno visti quei fenomeni elementari che ne rappresentano i sintomi, ma anche quelle manifestazioni proprie dell'essere del soggetto che, come Miller<sup>[11]</sup> ci invita con insistenza a considerare, sembrano essere gli effetti di quello che Lacan chiama *“un disordine provocato nella più intima struttura del sentimento della vita nel soggetto”*<sup>[12]</sup>, quel *“qualcosa che non va”* di H. Deutsch, e che evidentemente è causa proprio di quel vuoto di cui spesso lo psicotico si lamenta. Questa clinica riguarda la psicosi e dunque è una clinica che ricade sotto l'azione della *“Verwerfung del NP, tant'è che Lacan immediatamente prima della frase riportata afferma che “Nel punto in cui, [...], è chiamato il Nome-del-Padre, può dunque rispondere nell'Altro un puro e semplice buco, che per carenza dell'effetto metaforico provocherà un buco corrispondente al posto della significazione fallica.”*<sup>[13]</sup> Dunque questo *“disordine provocato nella più intima struttura del sentimento della vita nel soggetto”* sembra proprio la conseguenza clinica dell'assenza della significazione fallica (?o) in corrispondenza dell'assenza del Nome-del-Padre (Po), e dunque condizione propria della psicosi.<sup>[14]</sup>

La psicosi ordinaria si colloca dunque in quella fase in cui Lacan, come si esprime Pietro Bianchi, *“insoddisfatto di come la relazione tra godimento (l'asse verticale-fantasmatico) e sapere (l'asse orizzontale della struttura significante) era stata pensata fino a quel punto, comincia in Lituraterre (1971) a farli collassare l'uno sull'altro; cioè, a introdurre la dimensione del godimento al cuore del significante”*.<sup>[15]</sup>

La psicosi ordinaria dunque *“interroga la clinica a partire dal paradigma della continuità tra significante e godimento, del fatto che il significante è esso stesso il principale strumento del godimento, che il significante non è solo veicolo del senso ma anche veicolo del godimento, opera con effetti semantici ma contemporaneamente con effetti di godimento”*.<sup>[16]</sup>

### **LA CLINICA DELLA PSICOSI ORDINARIA**

*“Ciò che spiega la psicosi ordinaria è una grande varietà di annodamenti (psicosi non scatenate...). Non si tratta di ciò che vediamo in ospedale, ha più a che vedere con qualcosa che cigola, [...] come se mancasse una facilità per muoversi, per pensare, per vivere i sentimenti, la relazione con gli altri, qualcosa che non è totalmente bloccato ma che cigola”*.<sup>[17]</sup>

Dunque la psicosi ordinaria non è un quadro circoscritto, ma rappresenta un campo complesso di questioni, aspetti e prospettive che ineriscono tutto il campo della psicosi.

Consideriamo sinteticamente, anche alla luce di quello che abbiamo detto, gli aspetti salienti che caratterizzano dunque questa clinica.

### **La psicosi ordinaria non è una nuova classe di psicosi.**

Possiamo considerare la PO come un'area della clinica delle psicosi “aperta” al contributo di chiunque,

praticando la clinica psicoanalitica, può apportarvi la propria esperienza attraverso la descrizione di “nuovi” casi clinici non (ancora) classificabili, o considerati “rari”, o che possano aver sortito un particolare effetto di “sorpresa”.

Insomma, quella della psicosi ordinaria è clinica psicoanalitica in quanto clinica dell’“uno per uno”, clinica della singolarità e al tempo stesso della ordinarità del modo attraverso cui oggi può esprimersi la psicosi: un modo velato, discreto, docile che potrebbe durare anche l’intera vita, se non fosse per quel “*qualcosa che non va*”, per quel “*disordine provocato nella più intima giuntura del sentimento della vita nel soggetto*”.

### Una ordinarità di cui non si può scrivere

La PO non può essere conclusa, definita in una scrittura, in una nosografia, in quanto **essa è soprattutto dell’ordine del detto**, di ciò di cui ogni singolo paziente -certo psicotico- dice di sé, racconta. Forse **la psicosi ordinaria sta alla nostra clinica contemporanea -che si muove sotto il paradigma della psicosi- come la isteria stava alla clinica del tempo di Freud -che ricadeva invece sotto il paradigma della nevrosi: anche l’isteria è ciò che l’isterica dice, ciò che racconta e che Freud seppe ascoltare, sapendo, come ci ricorda Lacan, anche essere docile al suo racconto.**

**Allo stesso modo oggi, dobbiamo saper essere docili al racconto dello psicotico**, tanto più che -come è esperienza nella nostra clinica- spesso constatiamo che il linguaggio dello psicotico non scatenato si può comunque dividere nei due assi che ne compongono lo spettro: uno, di linguaggio condiviso, pubblico e preso dalla catena significante della parola, e l’altro di linguaggio privato -*la lalingua*- che è preso dalla catena significante della pulsione, e quindi dislocamento non di senso, ma di godimento, optando lo psicotico per quest’ultimo. In questo caso ci accorgiamo che non sempre riusciamo - e forse neanche è opportuno tentarlo - a portare il nostro paziente all’ordine del linguaggio pubblico, dovendo più opportunamente porci noi nella condizione di apprendere la “*lalingua*” del paziente. Da segretario dell’alienato, ad apprendista dello psicotico.

### Lo scatenamento

In effetti una psicosi ordinaria è sempre a rischio di “scatenamento” nella forma di una psicosi che si evidenzia in tutta la chiarezza dei suoi sintomi, una psicosi che, in opposizione alla psicosi ordinaria, definiamo “straordinaria”, e il cui modello clinico è rappresentato dal caso del Presidente Schreber.

### Ma cosa è che può provocare lo scatenamento di una psicosi ordinaria?

**Qualsiasi fattore, qualsiasi evento della vita del soggetto siano in grado di far saltare le formazioni sintomatiche di difesa, o meglio *suppletive*, fino ad ora funzionanti:** nello scatenamento, venendo meno la funzione di supplenza svolta dal sintomo, si rivela il difetto del Nome-del-Padre originariamente forcluso. Si scatena la psicosi. Per questo molte volte è proprio lo scatenamento a permettere, in *après coup*, di diagnosticare come psicosi ordinaria la situazione clinica precedente. Nella QP **Lacan** del resto è molto chiaro nel descrivere il meccanismo dello scatenamento: “*Perché la psicosi si scateni, è necessario che il Nome-del-Padre verworfen, forcluso, vale a dire mai venuto al posto dell’Altro, vi sia chiamato in opposizione simbolica rispetto al soggetto. Il difetto del Nome-del-Padre in tale posto, per il buco che apre nel significato, innesca la cascata dei rimaneggiamenti del significante da cui procede il disastro crescente dell’immaginario, finché sia raggiunto il livello in cui significante e significato si stabilizzano nella metafora delirante*”<sup>[18]</sup>. Non basta dunque che il Nome-del-Padre sia forcluso perché la psicosi si scateni: occorre che il Significante sia chiamato in opposizione simbolica, cioè in funzione di nominazione, rispetto al soggetto. Lacan fa anche notare poi che **il buco lasciato dal difetto del Nome-del-Padre, se da una parte può produrre continui rimaneggiamenti del significante per il mancato capitonaggio della catena con il rischio di un “disastro” a livello dell’immaginario, e dunque anche nel corpo, dall’altra però il soggetto**

può trovarvi soluzione nel delirio, in quella metafora delirante che permette, dunque, “**la stabilizzazione della relazione tra significante e significato**”, e che è proprio ciò che avviene nelle forme cliniche di psicosi ordinaria. Ritornando allo scatenamento Lacan si chiede inoltre: “*Ma come è possibile che il Nome-del-Padre sia chiamato dal soggetto al solo posto da dove gli sia potuto venire e dove non è mai stato?*”<sup>[19]</sup>, e risponde: “*Da nient’altro che da un padre reale, per nulla necessariamente dal padre del soggetto, ma da Un-padre. Ma bisogna anche che questo Un-padre venga a quel posto dove prima il soggetto non l’ha potuto chiamare. A tale scopo basta che questo Un-padre si situi in posizione terza in qualche relazione che abbia come base la coppia immaginaria a-a’, cioè io-oggetto o ideale-realtà che interessa il soggetto nel campo d’aggressione erotizzato che induce. Si cercherà all’inizio della psicosi questa congiuntura drammatica*”.<sup>[20]</sup> Questo passaggio è a mio avviso molto importante in quanto, oltre a permetterci di comprendere quali possono essere i fattori di scatenamento di una psicosi, vale a dire qualsiasi elemento che possa venirsi a collocare in posizione “terza” nella relazione immaginaria del soggetto, l’Un-padre appunto (che in francese non a caso è omofono anche al termine di *impari*) ci avverte anche di quanta cautela noi dovremmo avere quando intraprendiamo le nostre analisi con soggetti che potrebbero essere psicotici, quanta cautela cioè dovremmo avere nel non costituirci troppo presto, in quanto analisti, come il soggetto che risponde dal luogo dell’Altro, cosa che se va bene per il nevrotico, può essere invece molto pericolosa con lo psicotico, che andrebbe perciò accolto, almeno inizialmente, piuttosto lungo l’asse immaginario.

Teniamo altresì presente che la psicosi ordinaria è anche la soluzione possibile che il soggetto psicotico riesce a inventarsi, spesso anche in maniera molto creativa, per mantenere **la congiunzione tra significante e godimento**<sup>[21]</sup>, per cui uno scatenamento può essere anche la diretta conseguenza della irruzione di un godimento Altro e della impossibilità per il soggetto di poterlo simbolizzare, un godimento ribelle a qualsiasi trattamento significante, un godimento su cui il soggetto non può soggettivarsi, in quanto, come dice Lacan, “**interessa il soggetto nel campo d’aggressione erotizzato che induce**”. Questo perché, come sappiamo, lo psicotico non dispone del simbolico che lo separi dal reale: nello psicotico il simbolico è reale, dunque non può servire a nessun trattamento del godimento, che rischia, come tale, e senza argine di invadere, disarticolandoli, il corpo, il linguaggio, il legame sociale. Nello psicotico ciò che infatti manca è quella divisione soggettiva, quella faglia, quella beanza da cui possa avviarsi qualsiasi processo di simbolizzazione.<sup>[22]</sup>

Laurent richiama a questo proposito come la questione nelle psicosi ordinarie si ponga su S1-a e non S1-S2, trovandoci di fronte a soggetti che si dispongono al posto di S1 senza un S2, riducendosi così ad un S0, che non va confuso con il soggetto barrato, in quanto è piuttosto l’identificazione del soggetto con lo scarto.<sup>[23]</sup>

## I sintomi.

Nella PO il sintomo si muove dunque non lungo la linea della significazione, ma lungo quella del godimento. Non è in gioco la rimozione, né la legge costitutiva del significante, ma il significato cardine di difesa. La sua progressione è metonimica e la catena corta secondo l’andamento della simultaneità sincronica dell’olofrase, arrivando il sintomo a costituirsi, oltre che come organizzazione difensiva anche come nuovo modello identitario, dal momento che nella PO è l’oggetto piccolo (a) come scarto a essere messo al posto dell’Ideale dell’Io.

È proprio in questo modo che il sintomo può assumere nella psicosi una funzione di nodo e di equivalenza col Nome-del-Padre, equivalenza che Miller racchiude nella formula ??NP, commentando: “*questo è un principio cardine della clinica borromea. Che il nodo sia a tre o quattro anelli, si tratta sempre di modi di mettere in opera l’equivalenza tra sintomo e Nome-del-Padre. Diciamo che un sintomo può assolvere la funzione di Nome- del-Padre. Quando avete qualcosa che tiene il luogo di un’altra, scoprite presto che non vale più della prima. E dunque, logicamente, il passo seguente è quello di dire: il Nome-del-Padre stesso non è niente più che un sintomo*”.<sup>[24]</sup>

### Il godimento.

Il sintomo è anche una “apparecchiatura” per localizzare il godimento. Possibili dislocamenti li ritroviamo:

- a) nel corpo:** anoressie, ossessione per il body building, piercing, tattoo, automutilazioni;
- b) nella lalingua:** catena significante conservata, ma perdita del potere di significazione, il linguaggio veicola la pulsione più che la domanda, ed è vuoto, spesso prolisso, fino alla logorrea o alle ramificazioni eccessive anche con uso frequente di neologismi;
- c) nel legame sociale:** spesso si tratta di sembianti di legami sociali in quanto prevale la logica dell'uno senza l'Altro. Il soggetto in effetti, pur nel linguaggio, è un fuori discorso e il legame sociale sembra assicurato piuttosto dal sintomo stesso: il soggetto fa legame col suo sintomo. Shopping compulsivo, gioco d'azzardo, dipendenza da social network in grado di strutturare nuovi sembianti di legame sociale. Oppure, al contrario, fobia sociale, condotte di evitamento, isolamento, ritiro, ecc.

### La cura.

Se nel transfert nevrotico l'analista è riconosciuto come l'Altro di quella domanda intransitiva -la stessa che costituisce la domanda d'amore- in quanto mossa dal desiderio e che lo colloca come "essere (supposto) di sapere" e dunque complementare al sintomo nevrotico in quanto "essere di verità", se, in altri termini, il transfert nevrotico va da sé in quanto può articolarsi attraverso la parola lungo quella catena significante che mantiene i suoi effetti di senso, nel transfert psicotico, invece, l'analista non può essere riconosciuto come l'Altro della domanda, in quanto lo psicotico non può accedere all'uso della parola da incardinare nella trama significante di un discorso che abbia effetto di senso, di un discorso che mantenga il suo potere di significazione e possa costituirsi come domanda rivolta all'Altro.

*Lo psicotico pur nel linguaggio, è fuori discorso.*

Lo psicotico non dispone dunque della parola significante, della parola in quanto "essere di verità" perché il suo discorso è un discorso "fuori senso", in quanto -a differenza del nevrotico- non muove dal ritorno del rimosso nell'inconscio, ma proviene dall'esterno, dal reale. Lo psicotico dunque non può che collocare l'analista nel reale, a differenza del nevrotico che non può collocarlo se non nell'inconscio. Per questo noi possiamo incontrare lo psicotico solo nel terreno scabroso del reale.

Riprendendo liberamente Fabienne Henry, relatrice della Sezione clinica di Angers <sup>[25]</sup>, dobbiamo tener presente infatti che *lo psicotico, più che essere invitato sul piano del linguaggio, è sollecitato a "lalingua", e infatti si serve non della parola, ma della pulsione, pulsione che arriva a funzionare come catena significante all'insegna dell'automatismo di ripetizione e che "circonda l'oggetto pulsionale senza raggiungerlo".*<sup>[26]</sup> *La pulsione attiva dunque una ripetizione significante il cui prodotto è il godimento: "La ripetizione come automatismo è equivalente a una catena significante che, contemporaneamente elude e designa il posto centrale del reale, che il transfert mette in atto".*<sup>[27]</sup>

### SFUMATURE E FINEZZE DELLA CLINICA

Se, come abbiamo visto, questi pazienti, all'inizio del trattamento, possono essere scambiati per nevrotici, va da sé che ogni paziente, all'inizio della sua analisi, dovrebbe essere trattato come se fosse un caso di psicosi ordinaria, un soggetto cioè a rischio di "scatenamento", per questo è bene dare ampio spazio alla fase preliminare al fine di arrivare ad una sufficiente chiarezza diagnostica, prima di strutturare un'analisi vera e propria, magari con l'uso del lettino ed il ricorso alle interpretazioni.<sup>[28]</sup>

*"La psicosi ordinaria è stato [...] un modo di dire che se avevate avuto per anni delle ragioni per dubitare della nevrosi del soggetto, potevate scommettere che si trattasse di uno psicotico ordinario. Quando è nevrosi, lo dovette sapere!"*<sup>[29]</sup>



È dunque, quella della psicosi ordinaria una “*clinica molto delicata*”<sup>[30]</sup> che ci richiama alla “*ricerca dei minimi indizi*”<sup>[31]</sup>, da poter ricondurre a quel “*disordine provocato nella più intima giuntura del sentimento della vita nel soggetto*”.

È proprio questo disordine *nella più intima giuntura del sentimento della vita*, che Miller, riprendendolo direttamente da Lacan, considera infatti la precondizione della psicosi ordinaria e che clinicamente si manifesterebbe attraverso quella articolazione sindromica che egli definisce come una “*triplice esternalità*”<sup>[32]</sup>.

**1) Una esternalità sociale**, che attiene ai disturbi del soggetto nella sua identificazione con la funzione sociale, come spesso vediamo proprio negli schizofrenici;

**2) una esternalità corporea**, che attiene all’Altro corporeo e cioè al modo a cui il soggetto ricorre per “*collegare se stesso al proprio corpo*”<sup>[33]</sup>;

**3) una esternalità soggettiva** che attiene all’Altro soggettivo e che clinicamente si traduce in quella “*esperienza del vuoto, della vacuità, del vago di natura non dialettica*”<sup>[34]</sup> e dunque caratterizzati da una particolare fissità, di una “*fissità dell’identificazione con l’oggetto a come scarto*”.<sup>[35]</sup>

Tener conto di queste particolari modalità di rapporto del soggetto psicotico con l’*Altro sociale*, con l’*Altro corporeo* e con l’*Altro soggettivo*, prestando particolare attenzione agli indizi anche più sfumati che possiamo cogliere nel corso del trattamento, ci permetterà probabilmente non solo di poterci orientare meglio nella direzione della cura, ma anche di evitare quello che Miller considera un possibile rischio del ricorso alla psicosi ordinaria come nuova categoria diagnostica, e cioè quello di utilizzarla come un contenitore dove poter riversare tutti i casi di psicosi. Miller ci ricorda infatti che non basta la diagnosi di psicosi ordinaria, ma che occorre che noi possiamo poter dire di quale psicosi si tratta: “*una volta che avete detto che è una psicosi ordinaria, dovete provare a classificarla in maniera psichiatrica. Non dovete dire semplicemente che si tratta di una psicosi ordinaria, dovete andare più lontano e ritrovare la clinica psichiatrica e psicoanalitica classica. Se non lo fate -ed è il pericolo rappresentato dal concetto di psicosi ordinaria- restate in ciò che potremmo chiamare un «asilo dell’ignoranza». Diventa un rifugio per non sapere. Se si parla di psicosi ordinaria, di quale psicosi si parla?*”<sup>[36]</sup>

## CONCLUSIONI

Cosa può insegnarci dunque questa categoria lacaniana coniata da Miller di psicosi ordinaria? Quali prospettive può aprire sul versante della clinica psicoanalitica?

**Una prima prospettiva** è quella di porsi come una sfida sovversiva del concetto di guarigione: la psicosi ordinaria rimette drasticamente in discussione ogni concetto di guarigione inteso come restituzione del soggetto alla normalità, se è proprio della normalità che il soggetto si serve per articolare il suo sintomo di difesa, facendo della psicosi qualcosa di normale e della normalità qualcosa di patologico.

La guarigione “psicoanalitica” non è quella prospettata e attesa dal canone prestabilito dal discorso del Padrone, di un ideale di salute che coincida con l’assenza di ogni sintomo, ma quella che, al contrario, non può che dare un resto sintomatico irriducibile, il **sinthomo**: “*quell’elemento che non può sparire, che è costante [e che fa della] cosiddetta nuova clinica psicoanalitica una teoria dell’incurabile*”.<sup>[43]</sup> Guarigione dunque che consiste piuttosto nel poter arrivare a saperci fare con il proprio “*incurabile*”, con quel reale soggettivo che sarà sempre ciò che di ognuno di noi non vuole saperne di funzionare come vorremmo, o meglio come vorrebbe soprattutto l’Altro.

**La seconda prospettiva** verso cui ci conduce la psicosi ordinaria è quella della diagnosi in psicoanalisi. È stato già detto che la psicosi ordinaria non appartiene all’ordine della scrittura, ma a quello del detto, e dunque non la si può circoscrivere in una nosografia definita, a sé stante. Se pure possiamo suddividere

## Ibridamenti

---

la psicopatologia umana nelle tre formulazioni diagnostiche di nevrosi, psicosi e perversioni, non significa che siamo per questo tenuti a classificare, nella pratica della nostra clinica, i soggetti sulla base della diagnosi che pure riteniamo correttamente di poter fare.

Essere psicoanalisti, muoversi cioè nella psicoanalisi come clinica, significa infatti muoversi primariamente sotto il principio della nominazione e non dello strutturalismo. Lo psicoanalista è nominalista, prima ancora di essere strutturalista. Per ogni medico dovrebbe essere così: ogni paziente vale non in funzione di una diagnosi -di un codice- ma per il nome, il suo nome proprio, e dunque ogni caso vale nella sua singolarità, nel suo essere uno per uno.

Per questo il sapere della nostra clinica non è quello che proviene dalla diagnosi, ma quello che possiamo estrarre dal transfert, perché, come ci ricorda Eric Laurent, in analisi, lo strumento epistemologico è il transfert, non la diagnosi.

### **Egidio Tommaso Errico**

via Porta Elina, 23

84121 Salerno

email: [egidiotommasoerrico@gmail.com](mailto:egidiotommasoerrico@gmail.com)

**PSICOSI STRAORDINARIA  
DISCONTINUITA'**

**PSICOSI ORDINARIA**