

Nome file	data	Contesto	Relatori	Liv. revisione
921121SP1.pdf	21/11/1992	ANTE	MA Aliverti R Colombo GB Contri	Trascrizione

CORSO DI SCUOLA PRATICA DI PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA 1992 – 1993 *PSICOPATOLOGIA*

21 NOVEMBRE 1992
1° LEZIONE
PROLUSIONE

TESTO INTEGRALE

GIACOMO B. CONTRI

Premessa

Vorrei, vorremmo che da questa scuola risultassero delle persone formate: delle persone formate alla distinzione fra *competenza* e *professionalità*, fra *vocazione* e *professione*, una distinzione perduta da cinque secoli.

È una distinzione indispensabile anzitutto per una psiche sana e per un terapeuta sano. È una distinzione impossibile alle scienze naturali, a quelle che chiamiamo correntemente *le scienze* e con parola al singola, *la Scienza*. Non c'è una sola scienza.

Questa distinzione è possibile solo a una – non ho detto “alla”; ce n'è più di una – psicologia, una.

Riprendo: delle persone formate alla cura, alla cura in tutti i sensi ammessi dalla nostra lingua e da tutte le lingue per la parola *cura*.

Fermatevi sulla parola *cura*, perché immediatamente vi servirà, vi serve, vi può servire subito da esempio introduttivo a quello che chiameremo *competenza*. Non ho da farvi una lezione per illustrarvi o spiegarvi questo «tutti i sensi della parola cura» perché voi parlate italiano (fosse un'altra lingua si tratterebbe di un'altra lingua e sarebbe lo stesso); questo «tutti i sensi della parola cura» è già nelle vostre mani, è già nel vostro intelletto, è già nella vostra competenza.

È raro che un insegnamento consista nell'insegnare a sapere ciò che si sa già, a restituire una competenza non ignorata ma piuttosto dimenticata. Le persone così formate – c'è un sinonimo più avanzato, più progredito di *formate*: potrei dire *mosse*, introdotte a un certo moto – le persone così mosse, così formate, saranno anche naturalmente membri, soci, collaboratori o amici di questa Scuola.

Fra tutti i sensi della parola *cura* – si dice «aver cura» riguardo a ogni aspetto, le parole comprese, pensieri, atti, ovviamente se stessi, l'abbigliamento – fra tutti questi sensi ce n'è uno, uno in particolare che ha un interesse solo se è uno fra tutti gli altri; anzi, più precisamente che ricava il suo senso dall'essere uno fra tutti gli altri, che è quello che nell'uso linguistico comune suona *psicoterapia* e ricava il suo senso solo dal fare famiglia con tutti gli altri significati della parola *cura*. Non c'è psicoterapia se non in questa psicoterapia che è simultaneamente cura in tutti i sensi di questa parola, ivi compreso quello che fa una certa professione, cosiddetta.

Noi vorremmo persone formate a tutti tali sensi, compreso questo.

Ci importa dunque arrivare – il nostro, in questo senso, è un inizio; non abbiamo tutto preformato o precostituito – a un nuovo soggetto professionale.

Questa mia, che si usa chiamare prolusione, è un testo già scritto, lungo, illeggibile nel tempo che ci siamo assegnati e disponibile per gli interventi di tre di noi e che si intitola *L'amica della scienza*ⁱ. C'è una psicologia, non un'altra, che è l'amica della Scienza. Il tempo dell'esposizione darà i principi, i significati di tante cose che vado anticipando prima della loro definizione.

La scienza è amica dell'uomo a condizione che una psicologia sia amica della scienza, pena ostilità all'uomo della scienza medesima; e ostilità dura. Solo in risposta, non autonomamente, quella scienza potrà anche essere amica di quella psicologia: non l'inverso. Quella scienza, quella che chiamiamo correntemente Scienza, sarà amica della psicologia, o se preferite con la denominazione generica «amica dell'uomo», a condizione che essa riconosca in una terza psicologia il proprio limite. E non solo lo riconosca: fin qui sarebbe un atto morale (il riconoscimento è un atto morale), ma aggiungo: conosca, atto della conoscenza, sapere scientifico, il proprio limite grazie a una psicologia che ne è il limite.

Capitoli

Vi elenco i titoli dei capitoli di questa prolusione. I testi delle comunicazioni fra poco proposte da M. Antonietta Aliverti e Raffaella Colombo, saranno da loro stampate in un primo piccolo libro, anch'esso testo di questa Scuola. Ricordate che tale essendo, Scuola, vi sarà anche dello studio. I testi sono ancora pochi. La cartelletta che è a vostra disposizione contiene alcune pagine: fatene uso da studio. In modo particolare, quelle due facciate del depliant vi consiglio di leggerle e rileggerle e anche discutere con altri. È un vero testo di studio, molto costretto; sono tutte frasi con nulla di critico, della più grande limpidezza concettuale, ma molto costrette: occorre dunque tempo, che va ad esse dedicato.

Nel corso dell'anno, diciamo in primavera, altri due libri usciranno, oltre a quello già uscito di M. Antonietta Aliverti, che conoscete o potete conoscere acquistandolo. Uno sarà intitolato *La malattia infernale* e sarà a cura di Antonietta Aliverti e Raffaella Colombo. L'altro, dedicato alla psicopatologia dell'handicap, a cura di Pietro R. Cavalleri e Ambrogio Ballabio, si intitolerà *Psicopatologia come giurisprudenza*.

Vi elenco rapidamente i titoli dei capitoli di questa prolusione. Questa è solo un'introduzione. Per ciascuno o alcuni di questi capitoli poi vi leggerò, estrarrò dei pezzi qui e là, al fine di cominciare con l'intelligenza di ciò che a poco a poco introdurremo in modo ordinato. E sarà una premessa.

- | | |
|-------------|--|
| 1° Capitolo | Sull'uomo normale, comportante l'asserzione dell'esistenza di un concetto di normalità. |
| 2° Capitolo | Introduzione del primo concetto fondamentale della nostra psicologia; una psicologia che è quella di <i>legge del moto dei corpi umani</i> . |
| 3° Capitolo | Introdurrà il secondo dei nostri concetti fondamentali, che è quello di <i>atto</i> , <i>atto psichico</i> o – sinonimo – <i>atto legislativo</i> . |
| 4° Capitolo | La legge del moto dei corpi umani presa dal lato di ciò che di essa è posto da Altri, non dal Soggetto. La coppia Soggetto – Altro da noi stilizzata con le due lettere S – A, è centrale nella nostra psicologia, sempre con l'aggiunta che l'altro, non il soggetto, è sempre preso in un universo, l'universo di tutti gli altri rispetto ad ogni singolo o soggetto. |
| 5° Capitolo | È un capitolo critico. Anzitutto critica significa “distinzione”; non significa dibattito o polemica, ma anche questo. Introduce un primo concetto critico, quello di psicologia umana e solo come psicologia umana. Sarà qui che figurerà un concetto già introdotto a suo tempo: quello di psicopatologia come eccesso umanità. |
| 6° Capitolo | Introdurrà una seconda critica o distinzione fra psicologia e scienza e in particolare quella ipotesi di una psicologia scientifica che è già stata oggetto della nostra critica in senso dipartimentale e non polemico. Figurerà in questo punto un intervento. Forse potrò dirne qualche cosa fra un momento. |

ⁱ Cfr. AA VV, *La città dei malati I*, Sic edizioni, 1994, intervento di Giacomo B. Contri con il titolo **Una psicologia amica**. 🍷

- 7° Capitolo Il più esteso e riguarda le conseguenze di tutto ciò preso come premessa di una psicologia come scienza del moto e degli atti. Da queste premesse risulta una psicopatologia, una concezione della tecnica, una concezione della guarigione.
- 8° Capitolo Riguarda questa scuola stessa. Ivi comprese le questioni di titolo. Ho detto prima: un nuovo soggetto progressionale.
- 9° Capitolo Conclusione.

Per alcuni di questi capitoli farò dei cenni, esempi.

L'onore

In quella che ho chiamato *Premessa* anzitutto i ringraziamenti per la casa che ci ospita, che ci onora e che onoreremo e che intendiamo onorare con il nostro lavoro e da questo prendo spunto per dire qualcosa sull'onore.

Ad esempio, che si onorano innanzitutto i figli. Il IV comandamento è solo una subordinata. O anche: che il malato psichico è un *disonorato* che poi si onora, si allea con il proprio disonore.

Onorare è un'antica parola; non prendetela sulla sua aulicità. Basta che dica questo: non si amano i figli, si onorano. Allora comincia ad aprirsi la strada, avere una qualche idea su cosa potrebbe voler dire l'amore.

La conoscenza stessa è un atto di onore alla realtà, anche se per onorare ne occorre la facoltà. E noi pensiamo che le scienze della natura, con quell'esperimento che sta loro a cuore, per struttura non hanno la facoltà di onorare la realtà psichica, dunque di fondare una psicologia. Nella psicologia umana l'atto scientifico è un atto mancato.

La psicopatologia

Un altro cenno, che fa parte del 1° Capitolo, quello che ho intitolato *L'uomo normale*: solo un uomo può essere psicotico, perverso, handicappato psichico (per tutto il tempo in cui avremo bisogno di servizi di questa espressione. C'è da inventare: *handicap* è una parola che raccogliamo dal terreno, che tolleriamo ancora di raccogliere dal terreno, puro fenomeno di tolleranza linguistica), nevrotico.

Fate il conto aritmetico e troverete quattro gruppi di nomi, quattro grandi raggruppamenti psicopatologici. È proprio della nostra Scuola il portare a quattro, a non meno di quattro, a non più di quattro, i grandi raggruppamenti psicopatologici. È una novità che non troverete altrove.

Strana razza, l'uomo, se ha bisogno della malattia psichica perché emerga – se non ben, allora mai – quel privilegio della natura che chiamiamo *uomo*. La malattia psichica riformula questo privilegio come privilegio negativo. Una realtà, quella della natura *uomo*, che è un privilegio sempre più ufficialmente negato, non solo dalla psicologia corrente, correntemente detta, ma anche da quella che chiamiamo la nostra complessiva civiltà psicologica.

Diciamo così: il problema non è l'ateismo, bensì, non dico neppure l'*an* – *umanesimo*, perché la parola *umanesimo* è già impegnata in direzioni che io non amo; il problema, non è l'ateismo, ma dell'*anantropia*, che in fondo non è una parola colta, ma prendetela per una parola colta: ho dovuto inventarmi un neologismo di passaggio. E solo di passaggio per dire quest'altra cosa: che questa *anantropia* in realtà è misantropia. Sapete che, dal greco, vuol dire "odio" e di cui la misoginia si chiama anche perversione.

Siamo al punto che l'uomo è divenuto oggetto di dimostrazione, di dimostrazione della sua esistenza. Come curioso passaggio parateologico, per cui allora, la dimostrazione dell'esistenza dell'uomo è affidata a Dio.

La scienza

Abbiamo allora due fideismi che si spalleggiano; ognuno dei due dovrebbe dimostrare l'altro. Ecco dove si è finiti con il programma di un secolo fa di una psicologia "sperimentale", di una psicologia costruita sul modello delle scienze della natura: alla misantropia. Con questo risultato formale, ufficiale, laterale. Anzi, benissimo risultato: che l'uomo è negato come realtà psichica – con un'altra parola: l'uomo negato

come autorità psichica – resta solo come realtà morale scissa dalla realtà psichica. E della morale si occupano gli uni, e della psiche scissa si occupano gli altri. In antichi tempi si chiamava e si parlava di *divide et impera* e del resto non è mai stato un mistero per nessuno che la psicologia è sempre stata uno strumento del potere.

Questa separazione della morale da qualche altra parte, ma non concerne la scienza, è propria della scienza naturale per definizione. E io aggiungerei: ci mancherebbe che così non fosse.

Tuttavia, vediamo meglio. Usa dire che la scienza è – ecco un'altra parola molto polita – *avalutativa*, o anche che non esprime giudizi di valore. Non è esatto. Non ho detto: «Non è vero», ho detto che non è esatto. Non li esprime non perché non lo vuole, ma perché non lo può. È un fenomeno di incompetenza della scienza a formulare giudizi detti *di valore*.

Ma allora, il programma di una psicologia costruita sul modello della scienza della natura, quella che si è chiamata la *psicologia scientifica*, è il programma stesso di un soggetto *avalutativo*, ossia incompetente nel giudizio. Tutto ciò è molto logico... Semplicemente lo sto ridicendo in un certo modo che fa apparire un po' chiaramente che forse non va tanto bene.

Il Soggetto

Per noi, per la nostra psicologia, per questa una psicologia, il nostro soggetto è il soggetto con facoltà di giudizio. Il soggetto senza facoltà di giudizio è un soggetto psichicamente malato. Il seguito dello sviluppo di questo primo punto lo accenno rapidissimamente. Cercherebbe di rispondere alla domanda, formulata in un certo modo, come puro espediente di accelerazione dell'esposizione: non possiamo individuare un *patrono* della nostra psicologia, di questa *una* psicologia. Ciò che sto dicendo è più acuto di quanto non sembri immediatamente. Perché? Perché la scienza, soprattutto a partire dalla scienza moderna, per definizione non potrebbe avere dei *patroni*, perché la scienza naturale opera senza oggetto, dunque non potrebbe avere un *patrono*.

Si può dare il nome di uno scienziato a una piazza, ma non si può prescegliere uno scienziato come patrono della scienza, né alcun altro soggetto. Alcuni hanno provato a mettere Dio come patrono della scienza. Non funziona.

La mia risposta su chi è il patrono della scienza è questa: il patrono della scienza è Giobbe. Lui sì: l'uomo psichicamente normale.

Seguite questa definizione di malattia psichica: è una delle due definizioni. La seconda tornerà e la seconda è, per così dire, l'altra mano di questa definizione.

Si ha malattia psichica – ciò vale per tutta la psicopatologia, senza una sola eccezione; come vedete, sto continuamente sottoponendo ciò che dico alla possibilità della verifica, perché basterebbe che qualcuno di voi sapesse portare delle eccezioni... Tutto ciò che andiamo dicendo è sul terreno della verificabilità – quando la malattia – ma la malattia comunque intesa: fisica, psichica, persino metafisica, il male di essere, il male di esistere, etc. – quando la malattia è stata istituita (atto istitutivo) come legge dei rapporti di un universo, di un soggetto con il suo universo. O il malato psichico ha la malattia come il mediatore dei propri rapporti. Ad esempio, avete incontrato qualcuno stamattina e gli avete chiesto: «Come stai?» e questa persona si è messa a parlare dei suoi mali: ecco un esempio dell'istituire la malattia come mediatore, come norma, come legge dei propri rapporti. Lo facciamo tutti i giorni. Vedete: sto usando nozioni assolutamente maneggevoli fin dal primo istante o pratiche. Non crediate che *pratico* si opponga a *teorico*.

La malattia come mediatore, la legge, la norma, la malattia psichica, in quanto l'avere la malattia come mediatore – legge – norma dei propri rapporti è vistoso, specialmente vistoso, ma anche gridante, gridante talora senza parole – è inutile che vi ricordi Münch, *Il grido*: tanti lo conoscono – è particolarmente vistoso: sono meta psicosi, in tante psicosi e nell'handicap psichico. Quanto è più grave, tanto più è vistoso che la sola – di questo soggetto con noi che cerchiamo di fare qualcosa e non ci riusciamo affatto e lui ci mette nel sacco – legge di rapporto che egli abbia con il suo universo, in questo momento rappresentato da noi che siamo lì, è la malattia. Attraverso l'apparato della malattia, fra lui e noi non passa regolarmente niente. Qualcosa di più dello scudo spaziale dei tempi reganiani.

Giobbe

Chi è Giobbe? Giobbe è l'uomo sano, perché è quel soggetto che istituisce o costituisce tutti i suoi rapporti (*tutti* significa *universo*) secondo un principio, o legge, o norma di beneficio, di bene, di guadagno,

di vantaggio o anche – noi siamo d'accordo a esprimerci così – secondo un principio di piacere. È del tutto chiaro per noi fin dall'inizio che *principio di piacere* non ha niente da spartire con ciò che si chiama *edonismo* o *eudonismo* al punto che vi consiglio di prendere il libro di *Giobbe* come libro di testo, oltre che per la vostra personale abilitazione, anche come libro di testo di questo corso. Autentico libro di testo.

Vedrete che questo libro è un dibattito su piazza fino alla piazzata, alla rissa.

Ho estratto, ho pubblicato una ventina di insulti, una trentina forse, di insulti, insulti brutali, di *Giobbe* ai suoi pseudo – amici allorché tentano di ammalarlo psichicamente e provano a imporgli una tentazione, anzitutto una tentazione di pensiero, cioè tentano di ammalarlo psichicamente, con la tentazione a pensare che il male, sia il male della maligna sorte, sia il male della malattia del corpo, è la legge dei suoi rapporti, persino con Dio: “Sono ammalato perché Dio mi ha punito”.

Ancora peggio: è la tentazione degli pseudo – amici, – melanconici, masochisti, ipocondriaci – tentazione addirittura a pensare che la malattia è la legge di Dio nei rapporti con la realtà, ossia una bestemmia e *Giobbe* si ribella.

Leggi

Qualche cenno al 2° *Capitolo*, che ho detto riguardante il primo concetto della nostra psicologia: il concetto di leggi del moto di corpi umani. A suo tempo, anni fa, avevo introdotto il mio libro *Leggi* con questa frase: «Non cola solo il sangue, cola l'anima», con l'antica parola, in greco anche *psiche*.

Noi conserviamo questa parola senza nessuna nostalgia dell'antichità. Non siamo passati per la minima tentazione di nostalgia per l'antichità e tanto meno per quelle piccole ruberie pseudo – concettuali consistenti nel fare un banale uso dell'etimologia. Non è che ci accontentiamo che *psicologia* vuol dire “dottrina della psiche”. Questo è un giochetto di lingua. La parola *anima* è l'antica parola, anche scolastica e tomista, che noi riprendiamo, assumiamo come possesso, di cui prendiamo possesso (sarebbe bello poter parlare della distinzione fra *possesso* e *proprietà*), riprendiamo possesso come si dice «possedere la terra» o «crescete e moltiplicatevi». Con questa parola designiamo un concetto, il primo concetto della nostra psicologia: la mia anima, la mia psiche è la legge del moto del mio corpo. Chi di voi è più avvezzo alla cultura filosofica, si è già reso conto che nel mantenere questa parola *anima* siamo in progresso sul tradizionale concetto filosofico di anima, perché esso era il concetto di “forma” del corpo.

Noi abbiamo detto invece, in progresso, legge del moto. All'idea di “forma” abbiamo sostituito quella di “movimento”. L'anima è la legge del moto del mio corpo umano, al di là dell'esserne la forma.

Del moto in quanto umano, non del moto dei corpi fisici, come è il caso delle leggi del moto galileiano, o newtoniane, Né animali, né delle leggi del moto animale.

Sullo sfondo qui abbiamo la brava e pretesamente chiamata *psicologia animale*, da cui apprenderemmo le leggi del nostro apprendimento, della nostra memoria, del nostro comportamento, delle nostre emozioni e così via.

In ciò che ho detto tre sono le novità:

- 1°) Si tratta di moti secondo una *meta*. Questo non è il caso del moto dei corpi fisici.
- 2°) Si tratta di un moto e di un concetto di moto che subordina (a) l'*azione* e di un concetto di moto che subordina (b) il *concetto di azione*, si tratta di un moto che subordina (c) il *comportamento*. Tre distinti concetti gerarchici: *moto – azione – comportamento*.
Vi do un esempio anticipatorio delle possibilità di costruzione di definizioni, quindi anche di ipotesi e che da questa quotazione iniziano a prodursi, a pullulare. Ad esempio, questa: una definizione del *sonno*. A me ci sono voluti anni per arrivare a concepire la possibilità di questa definizione: il sonno è quel momento di un moto in cui l'azione è lasciata ad altri. È ancora nell'esperienza comune l'accorgersi di questa definizione, anche se non è l'esperienza comune a formularla. Se siete preoccupati non dormite. Cosa significa *essere preoccupati*? Che non siete disposti a lasciare l'azione ad altri, neanche per un momento. È l'insonnia.
In senso critico, risolto polemico che esiste nella nozione di critica, noi vediamo che nel comportamentismo questa triade è abolita. Esiste solo e resta solo il comportamento. Ma noi abbiamo potuto osservare che un handicappato – questa ne è la definizione stretta – è un soggetto che ha soli comportamenti, che vive di soli comportamenti, senza moto e senza azione subordinata.

Un comportamento, allorché separato da azione e moto e da una legge del moto del corpo, è quel moto del corpo in cui il pensiero è stato separato dalla meta.

Mi permetto rapidamente di proporre anche l'affermazione inversa, che si dimentica: un soggetto che viva solo di comportamenti certamente è un handicappato psichico. Chi si comporta soltanto coincide con l'handicap psichico.

- 3°) Una terza novità è questa: anche il concetto di *istinto* – prendetelo pure nella nozione immediata che vi possa venire – è un concetto di legge di moto a meta di un corpo. L'istinto delle api quando fanno il loro mestiere di api... Ma l'uomo ha una prerogativa propriamente umana e laboriosa, che non significa obbligatoriamente faticosa, ed è che l'uomo, a dir poco, a dir moderatamente, è *a corto di istinti*. Le leggi del suo moto corporale sono o ricevute o elaborate.

O sono ricevute, con – poste, ma poste da altri, o sono elaborate, cioè poste dallo stesso soggetto. Un soggetto che può porre la malattia, ho detto prima, come legge di tutti i suoi rapporti, per attività legislativa *positiva*. *Positiva* significa posta, messa lì. È un'azione prodotta.

La coppia di termini *ricevuto* – *elaborato* è la nostra coppia che incontra criticamente la tradizionale, e troppo comoda, coppia di *dato innato* – *acquisito* oppure *natura* – *cultura*. Ma questi sono cenni che devo lasciare.

Inizia così a introdursi il concetto di una *competenza legislativa di ciascuno*. Ne ho appena fatto l'esempio della malattia, della persona incontrata questa mattina che alla domanda «Come stai?» si è messa a parlarmi dei suoi mali e possibilmente di quelli del mondo, del bilancio economico dell'Italia.

Riguardo a quanto ho appena detto, risulta facile farvi vedere che l'amore stesso è la *legge* com – posta dal soggetto con altri per eccellenza. La legge della domanda e dell'offerta è una legge com – posta: è posta dall'offerta che di solito precede la domanda, e dalla domanda che è poi un atto positivo, legislativo positivo.

Il laboratorio è dunque il soggetto stesso. Ecco perché anche se mendicassimo nelle piazze, davanti e sui sagrati delle chiese, non mendicheremmo dalle scienze della natura di concederci il loro laboratorio. Il laboratorio siamo noi stessi o altri da noi.

È meglio che aggiunga qualche cosa che tolga il puro carattere di enunciazione teorica su ciò che sto dicendo. C'è qualcosa che appartiene pure all'esperienza, anzi che appartiene come tutto ciò che è proprio della psicologia, appartiene alla più comune delle esperienze e alla più comune pensabilità: tutto ciò è valido se è pensabile.

Il bambino, il bambino piccolo che risponde positivamente all'allattamento, com – pone la legge di questo suo moto corporale che di solito termina con la soddisfazione, concludendosi nel sonno. Ecco un esempio di moto a meta del corpo. Rispondendo positivamente all'allattamento, com – pone tale legge.

La parola *appagamento* o *soddisfazione* è la parola che designa il concetto di *termine* o di *conclusione* di questo moto. Ma il moto dell'allattamento, questo moto a meta, non è iniziato dal lattante. È iniziato da un altro: la madre che solitamente, almeno nella buona consuetudine, segue una precisa legge, quella di iscrivere l'atto alimentare nella legge del rapporto fra questi due soggetti, che è una legge di gradimento reciproco, di reciproca soddisfazione. È una legge, possiamo dire, di *piacere*. Una legge di gradimento reciproco del moto dell'uno e dell'altro.

Si tratta a tale punto di una legge e di una legge che è stata posta, costituita, a partire dall'iniziativa di quello che chiamiamo l'Altro, in questo caso la madre, che può accadere che la madre cambi legge. E cambi legge alla grande e alla natura. Cambiare legge si chiama propriamente *fare la rivoluzione*. Si cambia la Costituzione. Può capitare che accada.

E quanti, se non tutti i casi di handicap, le storie di handicap psichico precoce, abbiamo riscontrato in ciò che ora dirò come costante. Può accadere che non solo alla prima difficoltà con il bimbo, negli aspetti materiali, innanzitutto l'alimentazione, il sonno, essa chiami il medico, sistematicamente, metodicamente, senza eccezioni. E già comincia ad essere chiaro che ciò facendo ha cambiato legge, legislazione del rapporto fra quel soggetto – che è il bambino – e se stessa come altro di quel soggetto. Così facendo, nella metodicità, nella sistematicità dell'appello al medico – un'altra volta possiamo esaminare il caso dell'appello metodico allo psicologo infantile – essa sostituisce alla legge squisitamente umana, umanamente posta in un rapporto, sostituisce un'altra legge presa dalle scienze della natura, o da quell'agglomerato di esse che si chiama medicina. È proprio un cambio di legge. Essendo anche in un secondo caso una legge che vale per il

rapporto madre – bambino, è stata cambiata la legislazione del rapporto personale madre – bambino. Ho detto: è stata fatta la rivoluzione, è stata cambiata la Costituzione.

C'è da augurarsi, da augurare a bambino e madre che il medico chiamato, dopo aver verificato che non si tratta di enterocolite o altro, ricusi di pronunciarsi, che è la sola cosa sana che questo medico possa fare. Ricusi cioè di far sì che una legge umana del rapporto fra soggetti sia usurpata – che è la parola corretta – da una legge presa dall'ordine delle leggi della natura.

Atto psichico

Vorrei fare un cenno al 3° Capitolo, per poi arrivare a fermarmi a un certo punto. Non sarà una conclusione.

Fin qui ho detto qualche cosa intorno al concetto di *legge del moto del corpo umano*. Ora qualcosa a proposito del concetto di *atto psichico*, su cui verte, da cui è definita la nostra psicologia.

Nella psicologia anzitutto, ma certamente non solo nel campo detto *handicap psichico*, noi abbiamo dei soggetti che non parlano, che agiscono senza parole. Anzi, ho già detto che si comportano solamente. Non affrettiamoci a spendere la parola *afasia*. Potremmo doverci accorgere, come di fatto è la nostra conclusione, che non si tratta di afasia, ma che si tratta di *anti – afasia*.

Ora, prendete nota della proposta di una precisa distinzione: l'atto di parola non è anzitutto comunicativo, ma è un atto istitutivo. Lasciamo stare le componenti codice – messaggio dell'atto comunicativo, etc.

Il bambino piccolo stesso, normale, quando fa uso delle parole mostra di sapere che l'atto di parola è un atto istitutivo e non anzitutto e solo un atto comunicativo. Sto parlando sempre di ciò che è sotto gli occhi di tutti, addirittura dell'esperienza degli umani ... o del tuo prossimo.

L'atto di parola è un atto istitutivo, come fanno tutti coloro che fino a ieri si parlavano e da oggi non si parlano più. Il papà e la mamma che si passano i bigliettini attraverso i figli mostrano di sapere perfettamente che l'atto di parola è un atto istitutivo dei rapporti. L'atto di parola istituisce la realtà umana in cui il soggetto è fisicamente incluso, la istituisce come realtà umana propriamente detta e cioè come una realtà di *trattativa*. L'atto di parola è un atto legale, al livello più alto degli atti legali, quello *legislativ – istitutivo*, sia attivo che passivo.

Noi siamo male – educati, quando pensiamo che l'atto principe della trattativa sia un contratto, cioè riguardi il diritto statuito dallo Stato. Il diritto di cui sto parlando una volta si chiamava *diritto naturale*, fondamento della nostra psicologia. È anche più ampio nel suo campo del diritto statutario.

Nella realtà della trattativa legale umana, dalla primissima infanzia, vi è tutto ciò che costituisce – spendo a malincuore la parola, solo perché è diventata una parola vaga, anziché un concetto preciso e formale – la vita. Tutto ciò che è patto, alleanza, attesa, promessa, offesa, vendetta, invito, domanda, offerta, accettazione, ricusazione, veridicità, menzogna e cura. Tutto ciò è campo di trattativa. E l'handicappato, allorché in lui l'atto linguistico come istitutivo o mai si sia istituito o è stato fatto decadere, in altri termini in lui il parlare non abbia nulla a che vedere con un rapporto corporale soddisfacente con gli altri, mostra di sapere così bene questa distinzione tra atto di parola istitutivo e atto di parola comunicativo, che lo può benissimo abbandonare, ossia stare zitto, non parlare. Più precisamente, comprende che l'atto di parola come comunicativo è sostituibile con altri atti comunicativi non linguistici, aventi il medesimo contenuto: per esempio, l'indice puntato per ottenere il cibo. Il bambino o adulto non parla più e dice al suo curante, rieducatore, riabilitatore, gli mostra col dito ciò che vuole, il cibo, per esempio, o un oggetto.

Cos'è la sostituzione dell'atto comunicativo non – verbale all'atto comunicativo verbale? Dovrebbe risultarvi ovvio; più semplicemente lo esplicito: è un atto di puro *comando*. Sparita ogni domanda è un atto di puro comando. Non sovrano – che andrebbe ancora bene – ma sprezzante.

Molti di voi lo sanno per esperienza. Semplicemente non siete abituati a tirare le conseguenze. E ciò vale per tutti gli atti umani.

La serie prosegue nell'atto di guardare. Osservo solo che l'atto del guardare, come atto, scoperto come atto, mostra come anche quella interessantissima psicologia del passato e del presente che si è chiamata *Psicologia della percezione della forma* o *Gestalt*, non è arrivata alla concezione del guardare o del vedere come atto psichico. Purtroppo devo saltare un passaggio interessante.

Aggiungo un terzo esempio di atti psichici in quanto atti di competenza legislativa di ogni singolo: l'atto alimentare. È addirittura vistosamente, secondo le nozioni comuni e l'esperienza comune, un atto

istitutivo di rapporti. L'anoressico ne è il doloroso testimone, fino alla morte fisica. Infatti, rifiutando l'atto alimentare, rifiuta quei rapporti che istituirebbe con l'atto alimentare, cioè con il moto del mangiare. Il resto a un'altra volta.

L'aggressività

Un finale, che riguarda il 6° *Capitolo*. Un aspetto di quel 6° *Capitolo* che riguarda la critica, in più di un senso di questa parola, nei confronti della psicologia che si è voluta far nascere un secolo fa dalle scienze della natura e dall'esperimento come quell'esperimento che è proprio delle scienze della natura. Un esempio di inidoneità, di incompetenza al giudizio tecnico (non è un insulto e vedrete subito perché), un esempio di tale incompetenza si ravvisa nello pseudo – concetto di *aggressività*, parola che tutti o quasi tutti avete usato. Provate a immaginare su quella lavagna due liste di parole:

Odio	Aggressività
Invidia	
Rancore	
Vendetta	
Angoscia	
Fastidio	
Delusione	
Gelosia	
Errore	
Menzogna	
Perversione	
Offesa	
Difesa	

Nella psicologia sperimentale la lista di sinistra è totalmente scomparsa. Tutta la lista è stata sostituita dalla sola parola *aggressività*. Tutta, eh?

Allora, le osservazioni sono tre:

1°) La lista lunga nomina in modo più preciso e non confondibile concetti dell'esperienza psicologica umana, cioè esperienza di carne, esperienza di rapporto. La parola *aggressività* è stata introdotta allo scopo di obbedire all'imperativo di una scienza psicologica costruita sul modello delle scienze sperimentali della natura.

Ci sono dei passaggi in mezzo. Per dire che non è soltanto polemica, la nostra osservazione. Se riguardo al concetto di *aggressività*, se questa psicologia ha dovuto costruire che c'è una certa aggressività nel comportamento, che c'è ... – e potete proseguire la serie – di *ambiente* in opposizione a *universo*, etc., questo fare è segnato in una serie di punti; collegate questi punti con una linea e possiamo chiamarlo un *limite*.

Ebbene, la conoscenza di questo limite è vera conoscenza. Intanto ci permette di avere una conoscenza intorno alla scienza. E per poter concepire la nostra psicologia come arricchita da una conoscenza che una conoscenza positiva dei limiti della scienza attorno alla psicologia. La conoscenza della incompetenza scientifica a riguardo della psiche è un'autentica conoscenza.

E poiché ora sto concludendo, proviamo a rispondere a due domande.

- Chi sarebbe un uomo?
- Sono due esempi di conoscenza ottenibile attraverso una precisa conoscenza?

Proviamo a rispondere a questa domanda: chi sarebbe un uomo che avesse realmente attuato in sé l'*aggressività* anziché la lista di sinistra? Sarebbe un uomo che ha abolito in sé il giudizio tra beneficio e maleficio, tra vantaggio e svantaggio, tra bene e male, tra piacere e dispiacere. L'uomo privo di ogni legge che l'ha sostituita con una legge di indifferenza tra i moti del corpo.

Come si chiama un tale uomo che abbia realizzato la propria azione, il proprio moto, esclusivamente come comportamento?

Risposta: si chiama *perverso*.

Questo soggetto è un perverso fantastico. Abbiamo ottenuto un positivo risultato di sapere.

Secondo quesito: chi sarebbe un uomo che avesse realmente attuato in sé il solo *comportamento*?

La dimostrazione non è lunga, ma la risposta, in fondo, l'ho già data: è l'*handicappato psichico*.

Altro risultato di sapere cui io non sarei giunto se non attraverso il riesame dei concetti prodotti dalla psicologia sperimentale di *aggressività* e di *comportamento*.

Sono del tutto sicuro che malgrado questa valorizzazione della psicologia empirico – sperimentale, non vi sto facendo annunci comportamentisti.

Diplomazia

Con questa riacquisizione della qualità dei risultati, non solo polemica, ma positiva, dei risultati della psicologia sperimentale, sto forse – domanda retorica – facendo della diplomazia nel senso di astuzia? La risposta è «no». Sto facendo della diplomazia nel senso degno di questa parola. La sede autorevole, ma sempre esautorata – ecco la patologia, nel gergo *trauma psichico* – della psicologia è nel soggetto, anima e corpo, corpo e legge del corpo. Fra parentesi, se vi piace, vi rammento che lo stesso Dio la pensa così fino a fare del corpo di questo soggetto, con la sua psiche, nientemeno che la sede competente in cui alloggiare il suo di corpo, divino. Fa parte della dottrina cattolica.

La psicologia naturale, la psicologia della scienza, cosiddetta, la psicologia sperimentale, quella corrente, di cui sentiamo parlare sempre, quella dell'aggressività, dell'ambiente, delle emozioni, dell'avvenimento, della memoria concepita in un certo modo, quella psicologia, chi è? Cos'è?

È il rappresentante diplomatico della scienza della natura presso la sede del soggetto. Che essa sia Santa Sede o delittuosa sede, è il soggetto la sede della psicologia, sede competente al punto da ospitare rappresentanti diplomatici. In fondo, è come per la medicina: il rappresentante di scienza e tecnica presso il soggetto, secondo un certo amalgama, si chiama *medicina*; ma con una radicale differenza tra la psicologia corrente e la medicina: la medicina può predicare intorno alla normalità umana, e ad ogni aspetto di essa, con un sapere positivo su di essa, la fisiologia dell'apparato cardiocircolatorio e tutto il resto, mentre la psicologia che è stata prodotta secondo il modello delle scienze naturali intorno alla normalità umane può predicare solo un sapere negativo.

Il soggetto che si comporta è un handicappato psichico. Il soggetto che ha realizzato in sé l'aggressività è un perverso. Ecco la psicologia negativa. Le conseguenze di questa distinzione sono vistose.

La prima conseguenza è che la medicina di stato non è illegittima, malgrado certi fatti del passato che a nessuno verrebbe in mente di riattivare. Mentre è illegittima una psicologia come questa, in qualsiasi forma essa si determini, come è accaduto in una recente legge, quella che porta il nome di un senatore della Repubblica, Ossicini.

E sento il bisogno di finire con questa frase: la legge sull'aborto – che certo non accoglie il mio assenso – almeno non impone di abortire il corpo, non è obbligatoria. Questa altra legge, non so quanto voi ne siate sensibili, vuole abortire l'anima. Vero è che c'è pur sempre una distinzione fra il colare del sangue e il colare dell'anima, anche se il colare dell'anima, prima o poi, più prima che poi, fa colare anche il sangue.

Non amo le battute ad effetto, ma questa, se l'avete registrata, spero vi faccia effetto.

(Intervallo)

GIACOMO B. CONTRI

Do subito la parola a Antonietta Aliverti: sarà lei stessa a dire il titolo preciso della sua comunicazione.

Una parola breve la spendo per dire che se diverso tempo spenderemo, come ora e poi successivamente con Raffaella Colombo, nella illustrazione di casi, ciò condurrà anche a vedere un metodo didattico del tipo: per chi può metterci un po' di palate di casi clinici, «mettiamoci del concreto», è fallimentare. La stupida idea del *concreto* che è assolutamente astratta e toglie ogni concretezza, perché una delle prime cose da comprendere dei casi di cui parleremo è l'osservazione dell'altissimo grado di astrattezza

che questi apparentemente concreti soggetti compiono. Le loro operazioni sono, quanto più sono malati, tanto più infinitamente astratte.

Questo modo di procedere corrisponde piuttosto all'idea che in questi pensieri c'è un tessuto intellettuale nostro da costruire o da ricostruire, da tessere e da ritessere da zero. Allora, il lavorare con l'esposizione di casi ci serve per rifare il tessuto, come si dice «rifarsi la bocca».

M. ANTONIETTA ALIVERTI

I PROFESSIONISTI E LA COMPETENZA ⁱⁱ

Questa mattina parto da una documentazione dello stato dell'arte. Lavoro nel cosiddetto capo dell'handicap da 15 anni.

E la tesi che mi è venuta chiara lavorando è che senza competenza la professionalità ha conseguenze nefaste per sé e per gli altri con cui si vive e si lavora.

Vorrei darvi una documentazione di questo.

Vi espongo una carrellata di casi, tre o quattro a seconda del tempo che abbiamo, che sono i rappresentanti dei circa duecento che conosco, che curo o ho curato, a volte personalmente, a volte in collaborazione con gli educatori del Centro, sia del Centro di Varese, sia degli altri centri collegati a noi e ve li descrivo come si sono presentati a noi nel periodo dell'osservazione. L'imparare a osservare è il primo passo di ogni intervento che sia possibile e razionale. Li presento come si sono presentati a noi, aggiungendo i dati più significativi della storia e alcune considerazioni e ripensamenti, se volete, personali.

La signora con gli occhi

Partiamo dal primo caso specifico. *La signora con gli occhi*, è stata definita così, con una rara capacità di osservazione, da un ragazzo del Centro.

Maria è una donna di 34 anni. Non cammina, sta tutta rattrappita su una carrozzina, trasandata nel vestire, porta solo tute scure. Sull'abbigliamento abbiamo fatto un lavoro e stiamo facendo un lavoro. La mamma, comunque, è preoccupata che non cresca. Se cambia abbigliamento si rende conto di diventare grande.

Non parla. A tratti, incontrando lo sguardo di un altro, emette un grido rauco, che può essere interpretato come «Nonna».

I capelli sono tagliati senza alcuna attenzione all'estetica. Le unghie sono cortissime. Ha uno sguardo duro, cupo, venato di tristezza con cui controlla tutto e tutti. Non a caso l'altro la chiama «La signora degli occhi». Si rapporta con gli altri solo attraverso uno sputo ben indirizzato o se si è più vicini il graffiare. Le mani sono magre e nervose e sono abitualmente strette l'una all'altra. A tratti, ha pause di apnea e rovescia indietro il capo. Non controlla gli sfinteri, è lavata, vestita, è imboccata da altri. Da 20 anni assume Serenase e Tegretol, due farmaci.

L'atteggiamento generale è di autodifesa, di fronte chiunque. Lo sputo è preventivo del rapporto, non è in risposta a una qualsiasi proposta che le venga fatta. Almeno l'apparenza depone per un vivere pieno d'angoscia e di odio. L'aggressività citata prima non c'entra nulla.

La diagnosi di ingresso parla di postumi di «cerebropatia infantile con grave deficit psicofisico». Le diagnosi di ingresso sono più o meno tutte di questo tipo.

In breve la storia, che abbiamo raccolto dai genitori. È nata in campagna, terzogenita, dopo un fratello e una sorella. Il parto è avvenuto in casa, con l'assistenza di un'ostetrica, ed è stato regolare. La bambina ha pianto subito; è stata allattata al seno per due mesi, poi si è passati al latte vaccino. Dal primo mese si sono verificati problemi alimentari: vomito e diarrea, per cui la madre si rivolse al medico curante, il quale ha prescritto tutta una serie di diete, senza grossi risultati.

Ricordate il discorso della legge di prima.

ⁱⁱ Questo intervento è presente, in forma riveduta, con il titolo *Come ripartire: due documentazioni* in AA. VV., ***La città dei malati I***, Sic, 1994 🐉

A un anno Maria si presentava sottopeso e i genitori decisero di passare a un'alimentazione normale, in base all'esperienza con gli altri figli.

Dai primi anni, alterna periodi in cui mangia molto a periodi in cui, dice la madre, «ti fa disperare».

I metodi messi in atto in famiglia per far raggiungere il controllo degli sfinteri, mentre con gli altri figli hanno funzionato, qui no, per cui hanno desistito e si è passati all'uso del pannolino costante. Anni 34: porta ancora il pannolino.

Lo sviluppo motorio sembra sia stato normale. Ha raggiunto la deambulazione autonoma a 15 mesi. I movimenti erano tuttavia in coordinati. La comunicazione sembra essersi avviata normalmente, tuttavia la madre ricorda: «La bambina imparava parole nuove, ma non dialogava con nessuno, preferiva parlare fra sé e sé».

Dai 4 ai 6 anni ha frequentato la scuola materna. La madre dice: «Ci andava volentieri. Ha imparato anche a cantare».

L'anno successivo è andata alle elementari ed è stata un disastro. Non stava ferma a posto, non seguiva l'insegnante, girava per la scuola, disegnavo solo cerchi sul quaderno. La maestra allora si offre di darle ripetizioni a casa, nel pomeriggio e siccome anche questo tentativo non ha esito, consiglia alla famiglia l'inserimento in un istituto di riabilitazione, per cui Maria viene inserita e parte rifiutando ogni cosa: non mangiava, piangeva in continuazione, aggrediva chiunque l'avvicinasse, non parlava più. La famiglia, che andava a trovarla settimanalmente, dopo tre mesi decide di riportarla a casa. E a questo punto a casa resta, fin quando incontra l'Anaconda.

Quando Maria ha avuto 11 anni, per motivi di lavoro del padre la famiglia si è trasferita a Varese. Abitavano in un'altra zona. E la madre ricorda che la bambina non gradì per nulla il cambiamento: «Si era messa a piangere in continuazione e aggrediva anche noi di casa».

L'anno successivo, il fratello maggiore manifestò crisi convulsive e un medico prescrisse una terapia antiepilettica. Poiché la madre raccontò i problemi di comportamento di Maria, il medico, senza vederla, prescrisse per lei quella terapia con Serenase e Tegretol che la donna ha poi assunto per vent'anni. L'anamnesi, dai 12 anni a quando l'abbiamo incontrata, è praticamente muta, salvo qualche episodio di ripiego. «È rimasta in casa» – dice la madre – «seguiva il suo tran – tran, era tranquilla. La portavamo ogni tanto a fare dei giretti in macchina perché le piaceva». A 22 anni ha sofferto di coliche epatiche; il curante richiede una colicistografia, la famiglia rifiuta di farla eseguire, perché ritengono l'esame pericoloso. La vita scorre lenta e monotona per altri dieci anni – guardate che il tempo, in questi casi, come per ciascuno di noi, ha la sua importanza – finché la sorella, in seguito all'aver ascoltato una presentazione pubblica del lavoro dell'Anaconda, chiede che Maria venga accolta in vista di un inserimento definitivo, quando i genitori, che sono anziani, non ce la facessero più. La domanda di inserimento nei nostri centri è normalmente questa.

Alcune osservazioni: quattro.

1°) Nella storia non abbiamo trovato traccia di dati che depongano per una cerebropatia, affermata nella diagnosi. Gli unici dati problematici riguardavano il comportamento.

2°) Al momento c'è sicuramente un deficit. La muscolatura è ipotrofica, non è autosufficiente, le mancano contenuti cognitivi di base. Ma se non ci sono danni neurologici importanti, perché si deve arrivare a una situazione di handicap? In particolare, quali sarebbero qua i segni di deficit psichico? La diagnosi parla di grave deficit psicofisico. Dov'è il deficit psicofisico?

3°) Non critico a priori l'uso dei farmaci, a parte il fatto di prescriverli per abitudine per quasi vent'anni. Ma questo intervento mi pare un fulgido esempio di dove porti l'ignoranza della competenza di cui si parlava questa mattina e di come questa ignoranza riduca il valore e l'efficacia stessa della professionalità. Su questa ignoranza, chi è senza peccato scagli la prima pietra.

Non siamo qui a scagliare neanche una pietruzza. Siamo qui semplicemente a dire che bisogna:

- a. prendere atto della realtà;
- b. capire che bisogna ripensare l'intera questione, tanto più che la sorpresa e gli interrogativi si ripropongono puntualmente.

Il bambino delle cinque diagnosi

Li possiamo ritrovare nel secondo caso, Carlo, che chiameremo «Il bambino delle cinque diagnosi».

Per lui viene richiesto un inserimento pomeridiano, ma solo finché finisce la scuola. Ha 10 anni e frequenta le elementari. Poi chiedono un inserimento a tempo pieno, perché in casa, tanto per cambiare, «Non ce la facciamo più». «È invadente, prepotente, insistente» – dice la madre – «e poi io devo seguire la bambina nei compiti».

Carlo ha una sorella minore, adottata come lui, quando lui aveva 3 anni.

È un bambino curato nel vestire, ma impacciato, in preda a un'ansia evidente. Lo sguardo è vivace, il sorriso è pronto ma forzato. Con l'educatore parte a raffica con domande: «Posso stare qui?», «Posso toccare questo?», «Posso andare in ascensore da solo?», «Posso suonare la chitarra?», «Ti faccio vedere che so fare i pacchetti» e parallelamente si mette a fare ciò che ha chiesto febbrilmente.

A tratti si avvicina all'altro, lo spettina e ripete soddisfatto: «Adesso sei vecchio».

In altra occasione dice, raccogliendo i pennarelli con cui ha disegnato sul tavolo: «Non bisogna sporcare» e inonda con alcool il tavolo stesso, ridendo e dicendo: «Senti che buon odore. La mamma lo sa cosa sto facendo?».

Si lava le mani e il viso in modo meccanico, velocemente e li tratta come se fossero di un altro.

Al momento della merenda non si avvicina al tavolo, ma chiede all'educatore che gli porti i dolci mentre lui aspetta in una stanza vicina, da dove sbircia comunque attraverso una porta ciò che succede.

Nel giro di qualche tempo l'ansia è notevolmente ridotta e sta volentieri con l'educatore, va volentieri a scuola. Gli insegnanti con cui, come sempre, ci mettiamo in contatto, ci confermano un cambiamento positivo. «Si vede, si vede» dice l'insegnante. Non si tratta di inventare niente, bisogna solo guardare. «Si vede che ha trovato un punto di riferimento», affermano.

Parallelamente, tuttavia, è cresciuta la tensione nei genitori, e la madre in particolare si lamenta più volte del tempo che perde per accompagnarlo al Centro.

Recentemente il padre ci ha comunicato che hanno deciso di fargli interrompere la frequenza dell'Anaconda, perché pensano basti un intervento psicomotorio – nuovo intervento psicomotorio – presso una struttura più vicina a casa.

I dati che abbiamo potuto raccogliere dalla storia sono i seguenti: fa parte del guardare la situazione della persona il conoscerne la storia. Carlo è nato da parto distocico per distacco di placenta. È stato rianimato per qualche minuto dopo la nascita ed è rimasto in ospedale per due mesi, perché la madre, tossicodipendente, non l'aveva riconosciuto. Affidato al padre, anch'egli tossicodipendente, è stato seguito dai servizi sociali che a sei mesi hanno richiesto un nuovo ricovero ospedaliero, avendo verificato uno stato di denutrizione. In quindici giorni il bambino si è ripreso e ne è stata decisa l'adottabilità. È stato così accolto nell'attuale famiglia, che tuttavia incontra da subito grossi problemi di rapporto con lui. «Non eravamo preparati» – dice il padre – «Abbiamo avuto in mano la cartella della nascita solo dopo qualche tempo che l'avevamo in casa». «Non dormiva, era capriccioso, agitato; comunque, molto lentamente ne abbiamo avuto ragione. Ci siamo organizzati. Adesso il problema è di occupargli il tempo», racconta il padre.

Va a scuola a tempo pieno, poi c'è il catechismo, poi c'è l'oratorio, poi c'è la piscina che gli piace tanto. Degli anni fino alla scuola elementare non è possibile sapere molto di più. Quando Carlo ha 3 anni, come già detto, viene adottata la sorella. La mamma dice: «È molto tranquilla e obbediente e ci ripaga di tutta la fatica che facciamo con Carlo».

A 5 anni inizia la trafila medica. I genitori chiedono una visita specialistica presso un grosso centro riabilitativo. Qui viene diagnosticato un "ritardo evolutivo globale": prima diagnosi. Viene avviato un trattamento di educazione psicomotoria due volte alla settimana.

A 6 anni, all'ingresso nella scuola elementare, viene data l'insegnante di sostegno, perché il collega del Centro riabilitativo certifica che il bambino presenta «labilità attentiva, ipercinesie motorie, op positività ed egocentrismo». Carlo cambia tre insegnanti di sostegno nel primo anno. «La prima lo sapeva trattare. Le altre due no» dice la madre. E di fatto, questo non ha imparato niente. Le maestre interpellate – un altro degli aspetti del nostro lavoro è che parliamo sempre direttamente con le persone – affermano che ha imparato a scrivere, a fare semplici classificazioni, ma era molto meccanico. Leggeva, ma a livello di decifrazione.

A 7 anni, viene interrotto il trattamento psicomotorio, «poiché non vedevamo risultati», dice il padre. Chiedono un'altra valutazione – la seconda – questa volta psicopedagogica, presso una clinica neurologica. Il referto dice: «L'obiettività neurologica e l'elettroencefalogramma sono nella norma. Lo sviluppo cognitivo è fortemente disturbato da problematiche importanti di strutturazione della personalità». Viene consigliata una psicoterapia sottolineando la necessità che sia continuativa. Non succede nulla.

A 8 anni, nuova visita da un altro neuropsichiatra cui viene chiesta una valutazione delle capacità intellettive. Nel referto si legge: “Spunti psicotici in quadro di insufficienza mentale con caduta in verticale delle prestazioni di *performance*”.

Due mesi dopo – e siamo a quota quattro – nuova valutazione di un altro specialista che conferma tratti di autismo. Ma sei mesi dopo – quinta diagnosi – un ulteriore collega li esclude e individua la problematica fondamentale di Carlo nel basso livello prestazionale e nella carenza di apprendimenti formali. Dice: “I vari interventi sono certamente leciti, ma la loro efficacia può anche essere molto ridotta. In prospettiva, è prevedibile un miglioramento relativo. Molto dipenderà dalla possibilità di favorire un atteggiamento più tranquillo del bambino, meno reattivo, legato più al fare che al sapere”.

Il sapere, sembra, a priori, negato.

Notiamo: se rimaniamo nel campo della pura professionalità, l'impressione generale è di disorientamento e di sbando generale, perché visto che le situazioni di questo genere si ripetono costantemente, bisogna dire che c'è qualcosa che non gira, se vogliamo chiamarlo così, ma è molto diffuso.

Il punto qui è: qual è e di chi, di volta in volta, l'indubbia patologia psichica che si riscontra in questa situazione? Qual è e di chi?

Altro aspetto: il sapere, degli apprendimenti cognitivi, è davvero l'unico sapere possibile? Non esistono altri saperi, altre conoscenze?

Qui il pensare a una legge di domanda e di offerta, come questa mattina si diceva, può aiutare a chiarire, può essere utile? Tutto ciò che ci interessa è pratica.

Altra cosa: perché viene interrotto il trattamento nel momento in cui la situazione sembra che volga al meglio?

Nel discorso fondamentale della diagnosi, primo, è importante l'osservazione; secondo, è importante la diagnosi. In questo discorso fondamentale, sembra che nel nostro campo siano decisamente più importanti le diagnosi negative rispetto a quelle positive. È ciò che per esempio appare chiaro se andiamo a vedere il caso successivo. I casi che ho preparato per oggi sono di bambini e di adolescenti. Nei nostri centri sono accolte persone che vanno dagli 8 ai 50 anni di età, ma il problema è identico. Non è un problema di fascia d'età.

Perché non parli?

Il terzo caso possiamo intitolarlo «Perché non parli?».

Paolo ha 15 anni. È un ragazzo fisicamente normale; ben vestito, porta gli occhiali perché presbite.

Di fronte a chiunque, ivi compresa la madre che lo viene a prendere, mostra indifferenza e passività. Aderisce a ogni proposta dell'altro, ma con un'aria del tutto assente. È goffo nei movimenti, cammina trascinando i piedi, le spalle curve, le braccia addotte, le mani spesso chiuse a pugno, le unghie rosicchiate. Lo sguardo vaga spesso nel vuoto e sembra che sfugga alle persone che per caso inquadra. A tavola mangia svogliatamente, trattenendo a lungo il cibo in bocca, non masticando, né ingoiando. L'osservazione riguarda i gesti della vita quotidiana. È un'altra cosa che è evidente.

Talvolta usa il gesto per chiamare un altro vicino a sé, ma non parla. Controlla perfettamente gli sfinteri. Nei primi tempi, al Centro, non andava al bagno. Da l'impressione di una passività voluta. È arrivato all'Anaconda su indicazione di uno psicologo dell'USL che parla di grave deficit mentale. Frequenta una scuola media e gli insegnanti lamentano di non riuscire a interessarlo a niente.

I dati della storia

La gravidanza non è stata voluta. La madre è stata indecisa se tenerlo o meno, fino al termine consentito dalla legge per l'aborto.

Il padre si è dichiarato comunque d'accordo con la moglie. Il parto è stato a termine, normale. È secondogenito. La madre ricorda che a 5 mesi faceva vocalizzi. Lo sviluppo sembra nella norma fino a 6 mesi, quando la madre afferma di aver pensato a un ritardo globale: non faceva quello che il fratello maggiore faceva alla sua età. Peraltro, questo ritardo è negato dal pediatra che lo segue.

A 1 anno, c'è un ricovero in ospedale per un episodio di ipotomia e perdita di coscienza, della durata – dicono i genitori – di 5 minuti. Dimesso con diagnosi di ritardo psicomotorio globale e indicazione alla

fisiocinesiterapia che viene praticata fino ai 5 anni. «Il bambino, che aveva imparato a dire “mamma” e “papà” da quell’episodio non parla più», dice la madre.

A 2 anni, c’è un nuovo ricovero per sospetta crisi convulsiva in iperpiressia. L’elettroencefalogramma e la TAC, gli altri esami che vengono fatti risultano tutti nella norma. Viene confermato dalla visita neurologica un generico ritardo globale.

Dai 4 ai 7 anni viene ripetuto annualmente l’EEG sempre con esito aspecifico.

A 7 anni vengono consigliati dal medico curante due farmaci, Encephabol e Genotropin, per tre mesi. «Ma il comportamento non è cambiato» dicono i genitori. «È sempre stato passivo, salvo qualche episodio in cui di fronte a un rimprovero rispondeva aggredendoci». La madre aggiunge: «Sono convinta che il problema sia (...)». (...) viene diagnosticata la ritenzione del testicolo destro e proposta una terapia farmacologica che non viene seguita dai genitori per timore che il comportamento potesse peggiorare. Pare che muoversi o agire sia peggio che l’essere totalmente passivi.

Dagli 8 ai 13 anni il trattamento logopedico presso l’USL non dà alcun risultato.

A 14 anni la famiglia richiede una ulteriore valutazione a un istituto di riabilitazione dove, in base agli accertamenti svolti, viene posta una diagnosi sospetta di mucopolisaccaridosi, peraltro smentita a un successivo approfondimento presso un centro specializzato in cui era stato portato per verificare questa diagnosi. Anche qui non abbiamo segni certi di patologia organica. Le varie ipotesi sono state smentite da successivi accertamenti.

Allora, di che tipo è la patologia? Di che patologia si tratta? I deficit prestazionali a livello scolastico sono evidenti. Ma da dove nascono? L’intelligenza e la parola che è volutamente negata dove si collocano?

“Ma io chi sono?”

E passiamo al quarto caso. Andrea ha 9 anni e mostra un interesse monotematico: il cibo. Si abbuffa a pranzo e mangerebbe comunque in continuazione. Del resto è un bambino robusto con una testa di riccioli neri. Lo sguardo è obliquo, diffidente. Di fronte alla piscina si toglie tutto, compreso il costume che aveva indossato su invito dell’educatore, «perché» – dice – «il bagno si fa nudi». Non conosce altro rapporto con l’acqua che non sia quello igienico. Di fatto, tuttavia, non si lava. Non si sa rivestire correttamente, aspetta l’aiuto dell’altro, così pure va in bagno su proposta dell’educatore che glielo propone ma poi gioca con il getto dell’urina. Di fronte a un «No» sputa e bestemmia. Parla fra sé e sé usando la seconda persona: «Se non fai il bravo ti do un cazzotto», oppure: «Vuoi giocare». In realtà, è lui che vuole giocare a palla. Ha voluto che l’educatrice lo fotografasse; guarda la foto e dice: «È un bambino, ma non so chi è». In spogliatoio prova le scarpe di tutti sorridendo e parlottando fra sé. A volte chiede una corda e passa del tempo a far nodi per poi disfarli. Su invito, aiuta l’educatrice a riordinare la stanza. Va a scuola, le insegnanti dicono che apprende, però è aggressivo e senza regole. Inoltre, è disordinato, è invadente con gli altri, usa tanto i propri oggetti come quelli altrui, dicendo «È mio» e reagendo malamente alle rimostre del legittimo proprietario.

È arrivato all’Anaconda su segnalazione del servizio di Neuropsichiatria infantile e dei servizi sociali con la diagnosi di “autismo d’innesto”.

Vive con la nonna paterna, il nonno è definito etilista. Nella famiglia della madre è riferita una grossa problematica psichiatrica: la signora entra ed esce dall’ospedale psichiatrico ed è stata dichiarata a suo tempo “insufficiente mentale”. Il livello socio – culturale della famiglia è decisamente basso.

Per quanto riguarda la storia, stando a quanto siamo riusciti a sapere, è nato normalmente. Ha avuto un ittero curato con fototerapia. L’alimentazione è stata all’inizio difficoltosa e la nonna dice ancora adesso: «Mangia solo se gli preparo tutto tritato». Da noi manca solo che mangi il piatto. E sono cibi normali. La nonna, dall’altra parte, lo definisce senza mezzi termini “scemo”. È esattamente il termine che usa e il termine è tutt’altro che la pacata sicurezza con cui recentemente Giacomo B. Contri scrive che la scemenza è una malattia come tutte le altre. Ha camminato autonomamente a 3 anni e controlla gli sfinteri solo di giorno dai 4 anni. È stato seguito da un neuropsichiatra che ne ha valutato il profilo psicomotorio fermo a 24 mesi.

Due osservazioni

Primo: perché autismo? È ormai usata come diagnosi – tuttofare. Guardate che le parole fanno le cose, nel mondo dell’handicap; e forse non solo nel mondo dell’handicap. Ma qui sicuramente è così. Allora

è una diagnosi che viene usata come diagnosi – tuttofare e tutto – definente. In realtà, non definisce nulla e in realtà non è una diagnosi. Anche perché, al di là di tutto, in questo bambino c'è di tutto fuorché una sintomatologia autistica. Secondariamente è proprio ineluttabile e predeterminato che la malattia, la malattia psichica, si debba trasmettere di generazione in generazione come una maledizione biblica?

Il mondo dell'handicap è un mondo di maledizione: male – dizione, se volete.

Allora una breve e provvisoria conclusione. Avremo tempo di riprenderla. In ogni caso che abbiamo incontrato si evidenzia l'incertezza, quando non l'ignoranza, dei professionisti e la troppo frequente equivocità della posizione dei genitori. Si potrebbe parlare di romanzi gialli – a me, forse a qualcun altro, piacciono anche – ma qui si tratta di catastrofi. E per questo non si può parlare di “giallo”, ma per il resto noi abbiamo un corpo del reato. E guardate che è letterale la cosa.

Sospettiamo un delitto e troviamo tutti innocenti: il malato è innocente, i genitori sono innocenti, i professionisti sono innocenti, le istituzioni fanno tutto quello che possono.

A questo punto resta una sola domanda fondamentale: c'è stato, c'è davvero, continua ad esserci un delitto o si tratta soltanto di pure – per dirla elegantemente – “sfortuna”?

Magari una volta si diceva “disgrazia”. Ma adesso non si può neanche dire “disgrazia”, perché l'idea di “disgrazia” presuppone comunque un'idea di grazia e questa non c'è più, va ritrovata.

Guardate il vostro lavoro, tutti i giorni. È da lì che nasce la possibilità di capire.

GIACOMO B. CONTRI

Penso che possiate ringraziare Antonietta Aliverti – e non ripeto nulla di ciò che ha detto – e il suo lavoro in modo diverso sarà continuato ora da Raffaella Colombo che prego di potervi dire, con un'esposizione di natura diversa: anziché un film monocromo – non monotono all'esposizione – l'oggetto dell'esposizione è stata la monotonia di più casi, ma tutti uguali – Raffaella Colombo invece esporrà un unico caso.

RAFFAELLA COLOMBO

IL MANIFESTO DELL'INSODDISFAZIONE ⁱⁱⁱ

*Lo “handicap” psichico come psicopatologia precoce
La diagnosi differenziale*

Introduzione

I concetti principali che verranno introdotti nella illustrazione dei casi e nelle note teoriche che li accompagnano sono quelli elencati qui di seguito:

- il concetto di *moto*, corrispondente sì al termine comune “vita”, ma non generico se corrispondente a singolari moti del corpo umano (il parlare, il mangiare, il vedere...) di cui le funzioni corporali sono delle subordinate, e di cui si tratta di scoprire (?), inventare (?), incontrare (?) la legge, come legge di rapporto con altri;
- il concetto di *eccitamento* come ec-citamento, ossia chiamata o “vocazione”, la fonte esterna e reale del moto del corpo;
- il concetto di *meta* legata alla *soddisfazione*, ossia all'appagamento del moto;
- il concetto di *domanda*: facoltà del soggetto di permettersi il rapporto (desiderio), e il concetto di *offerta*: facoltà soggettiva di autorizzarsi a rispondere come rapporto (volontà) da parte dell'altro;
- il concetto di *pensiero corporale*, pensiero pratico, che chiamo anche *pensiero del rapporto*. Questi concetti compongono quello di principio di soddisfazione o di piacere;
- i modali *potere dovere volere*, cui noi aggiungiamo *piacere*;
- il concetto di *legittimazione*, in quanto anche una psicopatologia può venire legittimata;

ⁱⁱⁱ La presente redazione di questo intervento è quella pubblicata in AA.VV., *La città dei malati I*, Sic, 1994 📖

- il concetto di *eziologia*, come intervento reale e sistematico della patologia di un altro “nel moto di un soggetto”;
- distinto da quello di *patogenesi*, che comprende il concetto di *imputabilità* del soggetto malato, come contributo decisivo del soggetto al farsi della propria patologia;
- i concetti distinti di *malattia*, di *psicopatologia clinica* e di *psicopatologia non clinica*. In subordine, i concetti di sintomo, inibizione, angoscia, fissazione, coazione, e ancora di esautorazione (del pensiero) e autonomia (del moto del corpo), può essere precoce, nel qual caso abbiamo la psicopatologia precoce;
- il concetto di *handicap*, che assumiamo nel suo valore descrittivo di svantaggio o disparità.

Tutti uguali, tutti insoddisfatti potrebbe essere lo slogan programmatico, che con accanita coerenza tanti dei soggetti con cui abbiamo a che fare riescono – si tratta di capacità – a realizzare: *specializzandosi* in comportamenti tali da trascurare le condizioni di un rapporto, ottengono il risultato di diventare coartefici della propria insufficienza, che il danno organico semmai e non sempre presente non lasciava inizialmente prevedere. Ciò che infatti mette in questione chiunque come noi si occupa di questo campo della psicopatologia (nella pratica della cura, della supervisione, della consulenza) non è tanto e anzitutto il fenomeno di svantaggio incontrato: a questo la famiglia, l'organizzazione sociale dell'assistenza e la medicina dovrebbero, quando possibile, poter far fronte autonomamente. Non è la gravità a porre interrogativi riguardo alla comprensione del fenomeno e alla cura, ma la *grevità*, fatta dalle caratteristiche psicopatologiche di fissazione, opposizione, resistenza.

I. RIPETERE L'INSODDISFACENTE INVECE DI IMPARARE DALLA SODDISFAZIONE

Una domanda suscitata dall'osservazione è la seguente: perché un individuo si riduce a non imparare, ma a ripetere piuttosto la medesima condotta in ogni circostanza e con chiunque? Per quale motivo un soggetto non impara dall'esperienza della soddisfazione nel rapporto, [1] che almeno inizialmente c'è stata ed è comune a tutti, a inventare e reinventare le condizioni favorevoli per ottenere beneficio? La domanda è stata suscitata dal fatto che c'è chi non si pone più nella condizione favorevole per acquisire dall'altro, perché addirittura vi si oppone, tanto che invece di desiderare il beneficio passa a non desiderare neanche l'eccitamento stesso. Basterebbe quest'osservazione in negativo, per riconoscere che il singolo uomo è fatto per non stare solo: la soddisfazione è fin dall'inizio legata all'altro in modo inequivocabile. Il contenuto del desiderio è in realtà la meta del rapporto, che può essere individuata variabilmente in un oggetto parziale, ma come segno che rimanda all'altro. Nel suo muoversi appagante, perché a sua volta capace di desiderio, l'altro (soggetto anch'esso) sta alla soddisfazione, come il mezzo alla meta.

E allora può diventare la fonte dell'eccitamento (vocazione) per il soggetto: [2] uno cui il soggetto si lega, collega, con-lega (“legge”). Diversamente, nei casi di cui parliamo manca un accenno qualsiasi a un desiderio qualsiasi, manca addirittura il desiderio dell'eccitamento. Ciò che anzitutto si osserva è la assoluta assenza di *temporalità*, cioè di *soddisfazione del rapporto*. Tutto è sempre uguale, ripetitivo, mancato, spiacevole e noioso. Scuotere dondolare battere correre sputare urlare ridere bere mangiare dormire guardare ascoltare sono non moti, ma comportamenti predicibili, sistematici e riproducibili, che hanno in comune l'assenza della imprevedibilità, e che una volta descritti evidenziano la diversità formale del *comportamento puro* rispetto alla completezza della forma legale del *moto*.

Constatiamo intanto che, se un individuo non impara (dalla soddisfazione) e invece di imparare si specializza in comportamenti che esercita sempre e ovunque, non può che trattarsi di dedizione attiva di un soggetto a una forma di legame con altri che è in opposizione a un'altra (che invece comporta la soddisfazione), e non dell'effetto passivo di una causa (anche un deficit è causa di effetti). Nell'attivismo persino inventivo degli *idiots savants* questa attività è persino esaltata: essi non rappresentano un'eccezione alla regola, ma un'esibizione, non priva di esibizionismo, della regola. Si tratta della forma di legame istituita da un soggetto che *obbedisce una volta sola in vita*, diventando precocemente attivo e che, restando solo attivo, non obbedisce poi più, neanche all'invito a fare le cose migliori per lui. Invece di obbedire, egli *ripete* (ossessivamente, perché manca di giudizio) quello che ha ereditato dall'eziologia: un copione di cui egli diventa l'attore principale. Ecco lo *handicap psichico*. [3]

L'iperattivismo precoce. La dinamica dello handicap psichico

Se, sempre a livello descrittivo, procediamo a una prima differenziazione fenomenica, sconosciuta peraltro alla classificazione diagnostica corrente, possiamo classificare la psicopatologia precoce (lo handicap psichico) come *indisponibilità attiva a atti di pensiero e parola*, distinguendola dalla classe non psicopatologica della *indisponibilità passiva (a atti di pensiero e parola)*, che possiamo chiamare handicap semplice. È nella classe dell'indisponibilità passiva, che possiamo elencare ad esempio le forme legate ad anomalie cromosomiche, i disturbi motori e psichici di origine centrale, le oligofrenie di origine metabolica ecc. L'indisponibilità attiva, propria della prima classe, è fatta invece dalle caratteristiche elencate innanzi, di fissazione, resistenza e opposizione, ed è il risultato di una dinamica e il prodotto di una economia che ora descriveremo.

Riassumiamo la dinamica dello handicap psichico nel modo seguente. Se per una ragione qualsiasi, anche per una componente patologica organica, la condotta di un soggetto diventa precocemente (durante i suoi primi due anni di vita) oggetto di preoccupazione sistematica per gli altri più prossimi a lui (1° fattore), se la preoccupazione fatta sistema di rapporto passa a giudizio di incapacità, al rapporto anzitutto, e questa viene "scientificamente" confermata (2° fattore), se infine il soggetto stesso conferma da sé, diventando attivo nell'assumerlo, il giudizio o dubbio metodico altrui quanto alla propria incapacità (3° fattore), abbiamo un *composto patogeno* di efficacia accertata perché sistematico e predittivo. La psicopatologia precoce ne è il risultato psicopatologico. È lo handicap in quanto risultato di una predizione di handicap, risultato di un'obbedienza a un atto di predizione. Il soggetto diventa precocemente coagente patogeno della sua patologia: diventando attivo nell'assumere il dubbio altrui quanto alla propria incapacità, egli non può se non alimentarla, in concorso con chi per primo l'ha presunta e incessantemente la certifica.

II. COMPORTAMENTISMO DELLA VITA QUOTIDIANA

Presentiamo ora una documentazione della manifestazione patologica dello handicap psichico che, una volta individuata la purezza formale che lo caratterizza fino nel momento conclusivo, l'opposizione sistematica, troviamo essere nientemeno che il caso esemplare di ogni rapporto di potere. Potremmo dare alla descrizione fenomenica che segue il titolo di *Comportamentismo della vita quotidiana*.

Una storia di nasi. Un caso esemplare [\[4\]](#)

Questo caso di una bambina che non ha compiuto ancora quattro anni è esemplificativo del fatto che nella genesi della psicopatologia precoce implicati sono non solo i genitori come soggetti empirici, ma anche la cultura scientifica come discorso o dispositivo, che in quanto coerente può essere riconosciuto e assunto da loro, come da un singolo qualsiasi, quale principio regolativo dei propri atti, fino a sostituire il principio individuale chiamato principio di piacere. E implicato vi è il bambino già nei primi due anni di vita, quando i movimenti corporali si vanno costruendo all'autonomia: il camminare, il mangiare, il parlare, l'espellere e ritenere le sostanze del corpo, il vedere e il pensare (giudizio critica logica).

La bambina, Alice, ha attualmente tre anni e otto mesi e frequenta a giorni alterni un asilo nido annesso all'ambulatorio terapeutico infantile dove a nove mesi d'età, con una diagnosi di sospetta sindrome dismorfica, [\[5\]](#) è stata segnalata dal pediatra per il suo ritardo globale di crescita e una notevole ipotonìa, per la quale viene indicato un trattamento fisioterapico da iniziare immediatamente.

Descriveremo 1) la bambina al momento dell'inizio della cura, 2) la descriveremo poi così come è oggi, e parleremo in seguito 3) del periodo intermedio, soffermandoci su quegli aspetti della sua condotta che, in quanto costante, caratterizzano il rapporto con i suoi genitori e con gli altri che se ne sono occupati durante tre anni fino a ora. Riprenderemo infine 4) la descrizione della situazione attuale per giungere a trarre delle conclusioni.

1. L'inizio della cura

Al momento dell'inizio della cura, a nove mesi, Alice è una piccola bambina sottopeso in continua agitazione, oggetto di assidue cure da parte di entrambi i genitori e dei nonni materni che vivono a due passi dalla figlia. Se viene presa in braccio, all'agitazione si aggiungono la contrazione del viso in una smorfia di dolore e dei gemiti monotoni che non varieranno nei tre anni seguenti se non per maggiore intensità e ritmo, interpretati dai genitori, dal pediatra e dalla terapeuta come espressioni di fastidio. Sembra che la sua

posizione preferita sia quella sdraiata sul dorso: se posta sulla pancia batte la testa finché non viene girata.

Da sé non si gira. Fino a oltre due anni d'età non verrà posta neppure a sedere per terra. I genitori sono colpiti dalla immutabile attività di tutto il corpo; la bambina si muove senza toccare nulla, addirittura sembra rifiutare ogni oggetto proposto da loro, e soprattutto dal padre, che quasi senza tregua le scuote davanti agli occhi giocattoli variopinti e sonori, le parla, le sorride, la eccita solleticandola o pizzicandola. Ma più che da questo aspetto, i genitori sono preoccupati dal fatto che non mangi. Dicono che mangiare non le piace e ciò sarebbe spiegabile, come altrettanto spiegabili sono sia la sua preferenza per la posizione supina sia la sua reazione di paura quando viene portata in automobile. La spiegazione di tutto ciò starebbe nel fatto che si tratta di una bambina che pensa. Pensa che solamente dentro la carrozzina, in posizione tale da poter vedere chiunque le si avvicini, è al sicuro. Solo così infatti può riconoscere coloro dai quali solamente non ha da temere nulla, vale a dire i genitori e i nonni. E vuole essere lasciata in pace, avendo sofferto fin dal momento della nascita. Secondo i genitori si tratta dunque di imparare a trattarla come lei vuole. E poiché mangiare deve, occorre saperla distrarre al momento del pasto. Per quanto riguarda la paura che prova in auto e quando varca la porta d'entrata dell'ambulatorio, essi sono dell'avviso che alla bambina non piaccia l'energica terapeuta e ciò che questa le propone.

2. Alice, così come è oggi

Oggi, all'età di quasi quattro anni, Alice dà, al primo incontrarla, l'impressione di una bimba di due anni. Il corpo ben proporzionato ma estremamente minuto con braccia e gambe esili, le spalle arrotondate, la schiena ricurva e le scapole sporgenti, che anche gli indumenti pesanti che le pendono addosso non riescono a celare, è quello di un bambino magro e malaticcio che compie i primi passi su un terreno accidentato. Ha camminato da sola all'età di due anni e sei mesi. La sua andatura fa pensare a una bambola meccanica che cammina a passettini veloci muovendo solo l'articolazione dell'anca e fermandosi regolarmente dopo pochi metri per un momento prima di riprendere a farne pochi altri. Come mossa da un meccanismo fa solo un passo a ritroso e due di lato, cambia direzione con uno scatto, mantenendo le mani giunte alla punta delle dita; se si ferma non si siede. Come quello di una bambola dagli occhi mobili è pure il viso impassibile dal colorito pallido, benché Alice sia di carnagione olivastrea. Le sue labbra formano sul viso piccolo dai lineamenti fini e regolari una lunga e stretta fessura che sembra ermeticamente chiusa, salvo aprirsi per lasciare intravedere la lingua protrusa, quando siede con espressione assente, o quando smarrita sta in piedi davanti a una porta chiusa. Non parla, ma sente bene e ascolta: presta attenzione al racconto di una storia illustrata, ma se viene chiamata lancia appena uno sguardo in direzione della voce e non si muove. Ciò che sorprende per contrasto con tanta fissità sono gli occhi, nei quali è concentrata tutta la vivacità della bambina, l'attenzione con cui osserva quanto le accade intorno, la precisione con cui segue, senza muovere il capo, i movimenti di chi è presente, vicino e lontano. Non le sfugge nulla e controlla tutto. Una coetanea di cui teme l'irruenza e i modi pesanti, la individua a distanza e si scansa per tempo prima di diventare l'eventuale bersaglio. Dei compagni non è oggetto di interesse e degli adulti è sovente motivo di sconcerto. Se la trovano improvvisamente alle spalle, silenziosa, non la trovano quando è l'ora di mettersi a tavola, la ritrovano con una mano ficcata in bocca alla fine del pasto consumato a metà, mentre con gli occhi sbarrati si piega in avanti per i conati di vomito, pronta a rigettare quanto ha mangiato. Un mese fa ha ripreso la frequenza al preasilo dopo sei mesi di assenza trascorsi con la madre presso la famiglia di origine dei suoi genitori, che sono fra loro primi cugini, figli di due figli dello stesso padre. I problemi con il cibo, già presenti quando era lattante, sono ora accentuati. Non mangia da sola e neanche porta qualcosa di commestibile alla bocca. Anzi, i genitori dicono che i loro tentativi di ingannarla (sic!), fatti mettendo fra i suoi giocattoli degli alimenti (un biscotto, un frutto o altro) sono fallimentari, perché la bambina li individua prontamente e se ne ritrae con espressione disgustata oppure con un moto di vomito. Alice che, come detto, non parla, emette da pochi giorni soltanto dei suoni modulati, da quando cioè, e per la prima volta, ha aderito a un gioco d'imitazione proposto da un adulto che da dietro la tenda del teatrino muove due animaletti in pelo riproducendone i versi con suoni onomatopeici. Succede non di rado, e per motivi non immediatamente comprensibili, che venga contrariata dal gesto di un adulto nei suoi confronti; può essere quando le si toccano le mani o la si accarezza sul capo, quando viene imboccata o ci si china per sollevarla fra le braccia, come fa talvolta la madre che viene a prenderla e che Alice, quasi ne attendesse l'arrivo, ha già intravisto giungere attraverso i vetri contro i quali la si trova sovente appoggiata a guardare fuori. Allora, con un urlo di stizza, la bimba alza un braccio in direzione del viso di chi l'ha toccata e guardando costui negli occhi lo graffia, se egli non si sposta.

3. Il periodo intermedio

A questo punto la domanda che si pone riguarda il periodo intermedio, durante il quale alla bambina deve essere accaduto qualche cosa e deve non essere accaduto qualcos'altro. Infatti, sebbene lo stato iniziale, comprensivo di componenti patologiche organiche, non possa essere certo chiamato un buono stato, nondimeno non spiega il progresso nella patologia psichica che caratterizza i suoi atti a tre anni di distanza.

Quali fattori hanno fatto sì che quella bambina tutta occhi e sempre sdraiata sia divenuta colei che è stata ora descritta? Se seguiamo passo dopo passo questo periodo intermedio, ecco che una serie di atti singolari non può sfuggire all'osservazione. Sono atti sistematici, predicibili perché già previsti, di indisponibilità, cattivi. Sono atti traumatici.

È un dato di osservazione interpretabile come un indice di rapporto normale quando un padre, una madre attribuiscono al proprio bambino anche piccolino la facoltà di pensare. Che, inoltre, un bambino che presenta una patologia organica venga sollecitamente aiutato nella crescita che è come se non andasse da sé, è pure interpretabile come un segno positivo di cura. Ma questi dati positivi non sono sufficienti a giudicare della normalità del rapporto. E in questa vicenda si mostra come non lo siano. Li elenchiamo. Si tratta 1) del pensiero del bambino, che qui è un pensiero di esclusiva insoddisfazione precocemente attribuitogli dai suoi più prossimi, ossia, come si vedrà, una vera predizione di incapacità, 2) dell'agire del bambino in vista dell'incontro con la realtà esterna, interpretato dai suoi prossimi come un agire incapace di pervenire alla meta di piacere, interpretato cioè come un agire insufficiente, 3) della diagnosi medica, dell'indicazione e della pratica terapeutica e dei suoi effetti, che sono fonte di resistenza per i genitori prima, per il bambino poi.

In occasione di un incontro preliminare la fisioterapista, cui era stato segnalato il caso, aveva osservato tra l'altro che la bambina rifiutava palesemente il contatto fisico con cose e persone e, dato fra i più sorprendenti, aveva notato che era brutta senza avere tratti irregolari, sproporzionati o disarmonici: al contrario, la testa era ben fatta, coperta di riccioli fini sotto cui si scopriva la fronte ampia, il naso sottile, gli occhi grandi e scuri, le ciglia lunghe e le sopracciglia sottili e dritte, le labbra ben disegnate, la bocca e il mento piccoli, e tutto il corpo minuto ma ben proporzionato. Non solo cioè non si spiegava l'impressione esteticamente sgradevole, né il fatto che non abbozzasse un sorriso ma neanche piangesse, né che sfuggisse spesso lo sguardo per fissare allora, non guardata, la persona a lei vicina, ma anche che sembrasse estremamente determinata a procedere nella sua attività ripetitiva. Successivamente, diceva l'operatrice, quando si riusciva a superare un'iniziale resistenza non solo o non tanto da parte della bambina ma pure, o meglio anzitutto, dei genitori, i quali non l'avrebbero lasciata toccare da un estraneo che in circostanze inevitabili, si poteva constatare come questa strana bambina, l'avvicinare la quale incuteva timore, il toccare la quale richiedeva cautela e alla fine della seduta il vedere partire la quale lasciava con un'opprimente impressione di impotenza, mostrasse in realtà attenzione per ciò che le veniva proposto. Ma dopo qualche mese di cura la bimba non aveva fatto un passo avanti, i genitori venivano sempre meno volentieri, anzi esprimevano il loro disappunto per il trattamento riservato alla figlia e l'operatrice stessa, che si era ostinata nel frattempo sempre più nell'ottenere ciò che riteneva buono per tutti, era decisa, malgrado tutto, a mostrare chi fosse il più forte in un conflitto ormai dichiarato fra lei da una parte e la bambina e i familiari dall'altra.

3.1. L'iniziale trattamento individuale della bambina

Le sedute sono descritte dall'operatrice, che ne parla più sconcertata che irritata, come un susseguirsi invariabile dei seguenti momenti. Appena varcata la soglia dell'ambulatorio la bimba inizia a tremare, sudare e gemere, mentre si dibatte in braccio alla madre. L'accompagnatore (talvolta il padre della bambina, più di frequente il nonno materno, raramente la nonna materna), sempre presente e indispensabile per il trasporto in auto, visto che la bambina non sopporterebbe di rimanere seduta e legata tanto a lungo (per una durata di venti minuti) dentro l'apposito seggiolino da viaggio, osserva e attende in piedi che la madre abbia spogliato Alice che non smette di tremare e dibattersi. Quando operatrice e bambina rimangono sole nella stanza, dopo i primi minuti di opposizione a colei che la invita, con il materiale già predisposto per l'occorrenza, alle attività preparate, Alice spesso vomita (vomito esplosivo) e in seguito, fra le braccia dell'operatrice, capita che di solito si addormenti fino alla fine dell'ora, quando la madre e l'accompagnatore, come sempre non chiamati, entrano nella stanza e chiedono il resoconto della seduta. Finché, dopo cinque, sei mesi dall'inizio del trattamento, l'operatrice, sempre convinta di agire "per il bene della bambina", così come ha imparato e praticato per anni – è un'ottima terapeuta, rinomata anche all'esterno dell'ambulatorio, in cui da tempo presta la sua opera, per l'impareggiabile capacità di rapporto con i bambini, per la formazione e competenza riconosciuta anche dai colleghi che si rivolgono a lei per un qualsiasi chiarimento – chiede, quasi fosse un

segno di sconfitta, che ci si occupi in special modo dei genitori, proponendo che essi vengano intrattenuti durante l'ora di lavoro con la bimba affinché siano aiutati a correggere un loro atteggiamento a suo avviso ostile: le sembra che essi ritengano la loro bambina normale e non credano nell'utilità del trattamento, che giudicano invece essere un maltrattamento programmato. E che essi insistano nella convinzione che l'evidente ritardo evolutivo sia dovuto alle sofferenze inaudite provate dalla bambina alla nascita, e più volte poi quando si trattava di riaprirle mensilmente la cavità nasali con un intervento effettuato ambulatorialmente senza anestesia, ma che tale ritardo sia recuperabile una volta superato lo stato di prostrazione sempre attuale. [6]

La bambina ha allora quasi diciotto mesi. È da sette mesi in cura, ma la frequenza dei trattamenti è parecchio irregolare. Spesso, con una telefonata all'ora dell'inizio della seduta, la madre o il nonno avvisano che la bimba sta dormendo e non è opportuno svegliarla, oppure che ha mangiato da poco, o è raffreddata.

3.2. Il lavoro con i genitori

Ecco la scena che si svolge in occasione del primo incontro con i genitori (che è stato voluto da chi riceverà in seguito solo la madre), con entrambi i genitori presenti insieme con la bambina. Quando la madre con la bambina di un anno e mezzo in braccio decide di prendere posto seduta, mentre il padre della bambina resta in piedi al centro della stanza, ha inizio una scena cui chi li riceve, posto inaspettatamente in posizione di spettatore, assiste sconcertato prima di poter intervenire. Una delle due usa il proprio corpo come corpo contundente, l'altra, pur cercando di attutire il colpo, non si scansa, ma piuttosto si scusa presso la picchiatrice per essere stata motivo della sua collera, di cui peraltro subisce l'effetto sul proprio corpo. La prima è la bambina – le si potrebbero dare nove o dieci mesi di età – che in braccio a sua madre batte la testa contro il collo e il viso di lei con forza di tale intensità che non pare possibile possa avere un corpicino tanto minuto. Appena accenna a cambiare posizione, la madre la gira verso di sé, eseguendo la mossa con una presa sotto le ascelle che non le riesce, perché la piccola allunga improvvisamente le braccia in alto, e che ripete prendendola diversamente. Allora la bambina afferra la madre per i capelli, che questa porta sempre sciolti sulle spalle e, aggrappandovisi fino a sollevarsi da dove siede, si lancia all'indietro. Riavvicinata dalla madre, che tenta di aprirle le dita chiuse a pugno, si aggrappa, emettendo un gemito sordo, con entrambe le mani a una ciocca di capelli per poi battere più volte la fronte contro il petto materno. Allora viene posta sdraiata per terra e interrogata circa le sue intenzioni. Ma di lì a poco, dopo gli insistenti gemiti che non smette di emettere, viene ripresa fra le braccia. La scena si ripete, questa volta è il naso della madre che viene colpito dalla nuca della bambina finché questa, sempre interrogata circa quello che vuole, viene posta nella carrozzina e la stessa scossa freneticamente dal padre. E lì se ne sta ora con gli occhi aperti e fissi davanti a sé, i piedi battenti ritmicamente sul bordo della carrozzina e le mani premute l'una contro l'altra. Il padre della piccola, che si è agitato fino a quel momento attorno alla coppia madre – figlia, si rivolge con spiegazioni concitate alternativamente alla moglie da un lato, affinché esegua le indicazioni che egli le suggerisce, e a chi sconcertato, dall'altro lato, non ha fatto niente ancora perché il baccano cessi.

Durante tre mesi, abbastanza regolarmente, hanno luogo gli incontri con la madre, che in un primo tempo, malgrado la proposta a più riprese rinnovata di un colloquio a due, dice di preferire che chi l'accompagna resti al suo fianco. Ma non si tratta di un caso di preferenza. Infatti ben presto ella si presenta sola, oppure chiede all'accompagnatore, entrato insieme con lei, di lasciare la stanza, o ancora egli stesso, senza essere stato esplicitamente sollecitato a farlo, capisce di non essere al posto giusto ed esce. L'invito fatto a dire di sé, a raccontare eventi recenti oppure rilevanti, viene accolto con apparente facilità. E così affiorano le preoccupazioni, le perplessità, le domande della madre riguardo all'evolversi della bimba (stereotipie, assenza della parola e della deambulazione autonoma) e riguardo al loro rapporto. Si considera nervosa e altrettanto nervosa ritiene la figlia. A differenza dal marito, che è convinto che la "natura" risolverà ogni problema e ritardo, ella si ritrova senza volerlo a pensare che la bambina sia una "debole mentale".

Infine, velatamente, parla della propria condizione di figlia convivente con il padre e con il marito, a sua volta figlio di quel fratello del padre, che questi ha sempre disprezzato come uomo debole e incapace di farsi rispettare e come padre indegno del nome che porta. Di frequente cita episodi della propria attività professionale precedente il matrimonio, che rimpiange, quando era segretaria di un notaio. Allora era senza affanni. Ma di sé non parla che per rispondere precipitosamente e a monosillabi a domande che non tardano a porsi. Successivamente, durante gli incontri meno frequenti ma regolari seguiti al primo periodo di tre mesi, la madre, più a suo agio, comunica l'intenzione da parte del marito di poter a sua volta discutere circa quello che pensa al riguardo della situazione familiare, ma soprattutto della sua relazione con Alice.

Ecco come si svolge il primo incontro con il padre. Come sempre quando accompagna la bimba, egli entra, le mani occupate da due borse da viaggio: in una sono gli indumenti per la seduta, quelli per il rientro e le pappe per la bambina che immancabilmente lei non ha mangiato a sufficienza; nell'altra una coperta, quella su cui normalmente ella viene posta a casa e che viene portata ovunque si vada con lei affinché si possa sentire come a casa. La voce di quest'uomo è forte e fortemente nasale. Dopo che gli si è fatto notare il particolare, dice di soffrire di un raffreddore fastidiosissimo che gli rende difficile la respirazione e gli provoca difficoltà d'udito. Eppure è sempre stato sano, non capisce perciò come mai il suo naso sia da oltre un anno sempre otturato e incurabile. Quando gli viene chiesto di ricordare l'inizio del malanno, dice di essersi violentemente raffreddato il giorno della nascita della figlia. Con una battuta gli viene fatto notare che sua figlia, se non al momento della nascita il giorno stesso però della nascita, respirava bene e continua a respirare bene. È davvero necessario perdurare nella riproduzione dell'occlusione nasale e della difficoltà di respirazione... della neonata? Dice di non capire. Ebbene, due settimane dopo, ancora sulla porta e ancora con le mani ingombre delle voluminose borse, annuncia raggianti – e veramente la voce non è più nasale e il volto è disteso – di essere improvvisamente guarito la sera stessa del colloquio avuto. Ecco: quando si sa, ma occorre chi lo dica, che il pensiero di troppo ammalia il corpo...

Dalle parole dei genitori risulta che questa bambina, pensata (e quindi voluta) come pensante e volente, è oggetto della cura da parte dei suoi che ritengono inevitabile e giustificabile la condizione in cui si trovano: quella di "mantenerla in vita". Padre e madre divergono riguardo al modo di trattarla: il padre trova giustificazioni per ogni atteggiamento di rifiuto della bambina, [7] accusando la moglie del fatto che la rimprovererebbe continuamente per la sua condotta "strana" (rifiuto del cibo, disturbi del sonno, *jactatio capitis*, specialmente in braccio alla madre). La madre parla poco in presenza del marito; sembra ignorarlo, riferendo semmai, e piuttosto ostentatamente, gli insegnamenti dei propri genitori che lei considera preziosi e indispensabili. La bambina mangia solo pappe per lattanti, rifiuta ogni cibo solido ignorandolo quando le viene posto vicino e allontanandolo quando le viene posto fra le mani o alla bocca, con espressione, pare, di disgusto. Mentre viene imboccata da uno che le trattiene le mani dal piatto – ma i genitori non avevano appena finito di dire che la bimba ignora il cibo? –, un altro adulto la distrae agitando di fronte a lei sonagli, giocattoli sonori o variopinti, o emettendo suoni curiosi. Occorre molto tempo perché termini il pasto (circa un'ora e mezzo), fatto per cui l'adulto che la dovrebbe distrarre – distrarre, notiamo, da ciò che propriamente sta facendo e che dovrebbe comportare piacere – deve ripetutamente riscaldare il cibo che nel frattempo si raffredda. Riguardo al sonno, va detto che essa non dorme mai più di due ore di fila, sia il giorno sia la notte, che condivide la camera dei genitori, dove il padre si corica il mattino non prima delle cinque, ora in cui rientra dal lavoro, dopo che la moglie e la figlia si sono svegliate per eventualmente riaddormentarsi con lui. Il padre è barman in un locale notturno. A motivo dei ritmi di lavoro del padre e di quelli di sonno irregolare della bambina, in casa a ogni ora del giorno qualcuno dorme, tanto che sempre si parla in tono sommesso e ogni altra fonte di rumore viene controllata. Essendosi inoltre osservato che certi suoni o rumori spaventano la bambina, il silenzio fisico è quasi completo. Sempre per evitare che essa si spaventi o che si faccia del male – ha già sofferto troppo durante il primo anno di vita – non viene mai posta seduta per terra: cadrebbe all'indietro, lei che all'indietro addirittura si lancia con forza. Quando è irrequieta – il che capita di frequente – non si calma neppure se presa in braccio, dove sbatte violentemente il capo contro il petto di chi la regge: a motivo di ciò la madre più volte è stata ferita alle labbra o al naso. Secondo i genitori, a differenza di tutti gli altri bambini, alla nascita non ha pianto e non ha pianto mai neanche durante tutto il primo anno di vita. È invece scoppiata in lacrime e ha singhiozzato a lungo il giorno del suo primo compleanno, con gran sorpresa dei familiari che hanno interpretato il fatto come un lieto evento e in ciò hanno trovato una spiegazione plausibile del suo ritardo di crescita: la bambina sarebbe nata una seconda volta all'età di un anno. [8]

3.3. Alice e i suoi

Occhi e capelli neri che la fanno sembrare più pallida ancora, fronte corrugata, mascelle serrate, labbro inferiore retratto, minuta, magra, la bambina all'età di venti mesi ancora non emette che suoni monotoni simili a gemiti. Solitamente in posizione supina, si dibatte strusciando i piedi o agita freneticamente davanti agli occhi un oggetto di forma larga e piatta (per esempio un libro). A ventidue mesi non sta ancora seduta, o meglio i suoi, come detto, non glielo permettono per timore che cada. Se non sta in braccio viene sdraiata, supina, sulla solita coperta. Fra madre e figlia si può notare ora un'intesa straordinaria: i movimenti di entrambe sono perfettamente coordinati, tanto che alla bambina basta accennare, muovendosi o emettendo il solito gemito, l'intenzione di spostarsi, perché il movimento sia

eseguito fino al termine dalla madre, a dimostrazione dell'efficacia comportamentista del tipo operante. Ma non si tratta di un'intesa supposta dagli adulti come imposta dalla bimba? Una volta posta, se mancasse una pronta esecuzione da parte della madre, questa pagherebbe di persona il torto arrecato. Infatti se la madre non lo fa, allora la bambina la picchia. A sua volta il padre controlla che tutto si svolga, a questo punto lo si può dire, secondo il programma fisso della figlia, cui gli adulti soggiacciono.

3. 4. Alice all'asilo nido: un altro trattamento e i primi segni di movimento

Uno degli esiti del lavoro svolto con i genitori è consistito nell'adesione prima della madre poi del padre alla proposta di far partecipare la bimba alle attività di un asilo nido, insieme con la mamma inizialmente e da sola in seguito e, d'accordo con l'operatrice che la curava, di sospendere di conseguenza il trattamento individuale. Ebbene, a un anno dall'inizio della frequenza all'asilo nido, questa bambina di tre anni cammina, guarda, cerca e incontra lo sguardo altrui, dà riscontro sorridendo, riprendendo gesti, suoni, azioni, avvicinandosi ai compagni afferra e trattiene oggetti fra le mani portandoli talvolta addirittura alla bocca. Non proprio paffuta, non ha però più l'aspetto avvizzito e sgraziato dei primi tempi, mangia e dorme bene, sta volentieri in braccio e altrettanto volentieri se ne allontana, partecipa ai giochi proposti. Sembra un'altra, lo riconoscono tutti.

Che cos'è accaduto? Semplicemente: qualcosa è accaduto. Qualcosa che ci voleva e che, non accadendo perché "già tutto era successo alla nascita", continuava a non accadere. È successo, anche se non l'ha detto, che le è stato offerto qualcosa che "le è andato bene". Qui non si tratta di un comportamento particolare ma di un talento non qualunque. Fra coloro che compongono il gruppo – asilo, adulti e bambini, qualcuno ha attirato la sua attenzione, uno che a sua volta si regolava seguendo un elementarissimo principio, l'attenzione per la soddisfazione del proprio moto, e che quindi aveva posto attenzione nel lasciare posto all'altrui iniziativa a proprio favore o, che è lo stesso, nel favorire l'altrui assenso ad azioni proposte, in questo caso alla bambina. Infatti inizialmente ella se ne stava appartata mentre altri cantavano, giocavano, mangiavano, mentre erano occupati in attività con la sabbia, l'acqua, i colori, l'argilla, intorno a un adulto con un gioco, un libro, in bagno, nella sala di ritmica e psicomotricità con cuscini, materassi, specchio, scivoli, tunnel, palloni, strumenti musicali. Se all'inizio sembrava indifferente a tutto, senza vedere, udire e capire nulla, fin dall'inizio guardava e sentiva, partecipava cioè passivamente attiva. Che capisse ci si è accorti presto, quando inaspettatamente ha aderito, insieme con quell'uno fra gli altri che si era preso cura di lei, alle attività in corso, prendendovi attivamente parte dapprima per brevi momenti poi sempre più a lungo, manifestando piacere e preferenze per il rapporto con date – diciamolo bene: a lei date – persone o cose. [\[9\]](#)

Fino a quel momento, la in sé corretta attribuzione di pensiero alla bambina da parte dei suoi prossimi, applicata erroneamente al pensiero del rapporto come indisponibilità al rapporto, aveva posto e mantenuto la bambina nella condizione scomoda di dover dirigere i movimenti dell'altro, a sua volta fissato nella condizione di interprete di presunti bisogni ed esecutore di un'altrettanto presunta direzione: tutto dovuto niente ricevuto, nessun desiderio tutto calcolo. Si potrebbe dire che una serie – e non a caso estremamente limitata – di azioni ripetitive d'emergenza aveva preso precocemente il posto del rapporto come desiderio, fin dall'inizio, così, reso assente. Alla bambina in realtà non veniva proposto nulla se non una disponibilità incondizionata al suo presunto precoce sapere.

Ma questa storia non finisce così. Pur non potendo dire che finisce male, nondimeno non continua bene.

4. Alice oggi, dopo aver sospeso la cura da sei mesi

Le componenti patologiche proprie dello handicap psichico sono oggi più evidenti con quella loro monotonia caratteristica, propria a un meccanismo che una volta innestato non si arresta da sé.

Alice, che ha ora tre anni e otto mesi, durante i sei mesi di assenza dall'asilo nido ha compiuto anche un passo in avanti nello handicap. Non si ribella più come da piccolina picchiando. Ora, semmai, graffia. E si oppone usando le funzioni corporali come arma capace di ferire l'altro, soprattutto la madre, che teme che la bambina soffra di disturbi digestivi. Eppure, se mangiando viene posta di fronte al televisore, cessa di autostimolare il vomito. Con la punta delle dita tocca ciò che vede con espressione disgustata, sceglie oggetti dalla forma appiattita che agita leggermente. Gli occhi sempre aperti guardano sempre più un là: non è vero che guardi attraverso le persone, le evita per guardare oltre e, quando ne incrocia lo sguardo, vi si sofferma abbozzando il sorriso di un istante, per distoglierlo in fretta dondolandosi sulla sedia o battendo lievemente le mani. Se, in piedi, vede quell'adulto fra gli altri che l'ha prediletta, gli si avvicina e si pone alle sue spalle. Sembra riconoscerlo e sta ferma. Se, presa per le mani, viene invitata a seguire quello o quell'altro, si

irrigidisce opponendo resistenza, volto contratto, labbra serrate, piedi piantati per terra, curva in avanti. Poi si raddrizza e cammina. Sempre uguale, tutto uguale.

Alcune note conclusive

Concludiamo riprendendo i tre segni patologici elencati introducendo il caso, relativi all'interpretazione del pensiero e degli atti della bambina da parte degli adulti.

1) Riguardo al pensiero della bambina, i genitori ritengono che sia tanto "intelligente" da aver formulato precocemente, già durante il primo anno di vita, un giudizio negativo sulle condizioni di una possibile esperienza: per il fatto di avere sofferto al momento della nascita e poi ripetutamente durante il primo anno di vita, la bambina sarebbe mal disposta verso ogni iniziativa nei suoi confronti da parte di altri. Il suo pensiero viene formulato dai genitori nei termini seguenti: "Non c'è nulla che possa colmare la sofferenza provata finora. Tutto è fonte di disturbo, nulla mi può piacere". Ecco un esempio di predizione: l'attività di predizione non si darebbe, se non si esercitasse sul pensiero della sofferenza. Fin dall'inizio viene fissato dall'esterno un termine a quel dato massimamente variabile che è la meta di soddisfazione del corpo in moto in un rapporto, vale a dire un *sostituto della meta con una fissazione*. Posta la sofferenza come giudizio sulla realtà, non ci sarà *atto compiuto* alcuno, perché ogni incontro è predestinato al dispiacere o magari apparentemente al piacere, ma a un unico, totalizzante piacere come cessazione del dolore.

2) Riguardo agli atti della bambina, i genitori sono dell'avviso che ogni suo moto è comprensibile per deduzione dal suo pensiero, senza interrogarsi circa il loro pensiero del rapporto. *Pre-venuta* nella risposta inadeguata che potrebbe ottenere dall'esterno, ogni sua iniziativa assume il carattere di indicazione di un'intenzionalità, nella certezza che non troverà riscontro. Notiamo che può esserci prevenzione del moto, ossia non della malattia, ma della normalità. Se, come visto, non sta volentieri in braccio, *dev'essere* perché teme di non essere lasciata in pace, e se non si lascia toccare da altri che dai genitori, è perché solo questi ne accettano le manifestazioni d'ira non poco frequenti. Se non mangia è perché mangiare non le piace, se il suo sonno è leggero e irregolare è perché il timore che la si tocchi non le permette di abbandonarvici, se non gioca come i coetanei è perché, troppo "intelligente" e sensibile, tutto l'annoia. Allora, per non incorrere nel suo rifiuto sistematico, occorre non eccitarla, occorre distrarla proprio da quei rapporti quotidiani che costituiscono la vita del corpo e dei suoi beni, come il mangiare. Spiegazioni giustificanti simili, che qui sono talmente esplicite nel loro eccesso da evidenziarne l'erroneità, sono presenti, più o meno celate, nel dire di ogni prossimo di un bambino precocemente indisponibile ad agire. E si è visto come proprio le funzioni corporali siano il punto d'attacco dell'insorgere precoce dell'opposizione attiva da parte del bambino, inizio di patologia psichica.

3) Riguardo alle indicazioni della cura, i genitori ritengono di essere stati vittime con la bambina di errori compiuti dalla incompetenza dei medici e di essere tuttora esposti a un trattamento ricattatorio da parte del pediatra e degli operatori. Costoro, segnalando il ritardo di crescita della loro bambina, caricano la famiglia di una responsabilità intollerabile: quella di dover scegliere fra l'eventuale aumento del ritardo nel caso di rifiuto da parte dei genitori delle cure indicate, e il probabile aumento delle sofferenze per la bambina nel caso di trattamento. Accettato il verdetto di ritardo globale dello sviluppo, essi si oppongono ora a ciò che ritengono essere un inutile intervento di accelerazione operato dal di fuori. La difesa che adottano si è visto in che cosa consiste e quali effetti produce. A questa bambina e a sé stessi i genitori impongono un verdetto programmatico, interpretazione patologica del verdetto diagnostico patogeno ricevuto, per cui ciò che non piace passa a dovere.

Il pensiero di insoddisfazione posto inizialmente come fonte qualificante gli atti della bambina di cui abbiamo parlato, comporta le seguenti conseguenze.

Dire di un bambino che è diverso da tutti gli altri, che sarà insufficiente nei suoi atti perché incapace di provare piacere, avendo già la nascita costituito per lui un trauma, è prestabilire un termine che non può che essere assunto quale principio di orientamento di ogni atto. E ogni atto del bambino verrà interpretato a partire dallo stesso principio causale: "Questo bambino non ha sufficienti motivi per vivere, vale a dire per guardare mangiare parlare dormire ecc.". Il dubbio dei grandi passa a vie di fatto nel piccolo che viene sollecitato a essere attivo nel rapporto, a indicare cioè al grande ciò che il grande stesso ha da fare. Il bambino come idolo dell'insoddisfazione: un idolo incaricato dall'adulto di portare la responsabilità della propria e sua insoddisfazione. Se infatti per qualsiasi ragione si dubita della sua capacità di pervenire alla meta di un movimento o, che è lo stesso, se al soggetto viene attribuita in partenza l'impossibilità della soddisfazione, allora non ci sarà rapporto che tenga. Infatti la prima cosa che vien meno è la possibilità dell'incontro nell'appagamento: nel darlo in quanto ricevuto. La formula generale della patogenesi – che può

essere definita come l'insoddisfazione già nell'altro che un soggetto da un altro è incaricato di portare e che nel soggetto si riproduce – nella patogenesi precoce è completa nei suoi passaggi. Già capace di distinguere fra quanto gli conviene e quanto lo danneggia, per niente prevenuto riguardo alle intenzioni dell'altro, riguardo alle proprie ancora meno, il bambino viene posto nella condizione di non poter più distinguere fra piacere e dispiacere. Sottratta la meta dal movimento, questo si scompone negli articoli di una organizzazione: *i comportamenti*. È il moto di una organizzazione cioè il moto diversamente articolato. Una volta separate dal principio che è la meta, senza pensiero, le funzioni corporali diventano un sistema di articoli organizzabile a partire da un altro principio, quello detto innanzi di insoddisfazione. Allora il pensiero stesso può diventare un sistema organizzato di schemi di azione senza moto, cioè senza meta: solo comportamento.

III. SENZA SINTOMO E SENZA AFFANNI IL COMPORTAMENTO COME INTENZIONALITÀ. ALTRI CASI

Ingegneria digitale

Ludovico è un ragazzo down oggi quindicenne. Trascorre le giornate seduto, salvo muoversi sulle gambe per passare da una sedia all'altra o in assenza di sedile al pavimento, oppure per compiere al massimo poche centinaia di metri al giorno; trascorre le notti dormendo seduto, salvo sdraiato da altri per rimettersi, però, di nuovo seduto. E seduto si sveglia intorno alle dieci del mattino, malgrado il trambusto provocato dal risveglio degli altri fra le otto e le nove. Durante la giornata è ininterrottamente occupato e fino a un mese fa era improbabile che chi gli si avvicinava restasse illeso nel corpo e intatto nell'abbigliamento. Con le sue dita agili e forti o con le forbici maneggiate abilmente egli strappava e tagliava abiti, bottoni e capelli di chi si avventurava oltre un limite di campo definito visibilmente dai minutissimi pezzi di carta patinata di giornali illustrati da lui tagliuzzati in forma triangolare con un paio di forbici affilate che neanche ora lascia volentieri incustodite. Agisce così finché qualcuno si ribella alla sua tirannia, la stessa che è stata il motivo della richiesta, nel settembre scorso, di ammissione del figlio all'Istituto, dal lunedì al venerdì, da parte dei genitori esausti. Questi durante gli ultimi dieci anni l'avevano tenuto letteralmente chiuso in casa – una villa fatta costruire dal padre a misura del figlio – per timore che egli, frequentando luoghi pubblici, venisse infettato. Usciva oramai solo in auto ed esclusivamente per le visite mediche periodiche, senza muovere neanche un passo all'aperto. Egli tollera la vicinanza fisica di altri solo a tavola, dove mangia in modo corretto quantità esorbitanti di cibo, in bagno, dove sa trascinare chi lo dovrebbe poi pulire e che egli guida con gesti eloquenti nell'esecuzione della sua igiene, o in momenti di ascolto di musica. Allora non risparmia sorrisi, carezze e suoni gutturali, mentre muove sinuosamente le braccia dalle articolazioni molto sciolte.

Suscita repulsione, ma è davvero disarmante quando guarda con quei suoi occhietti vispi che illuminano il suo largo viso mobile dalla fisionomia comica. Allora l'intesa è immediata, anche con chi è stato portato al culmine dell'irritazione, e Ludovico riesce a ottenere da chiunque almeno un sorriso bonario.

Non parla, ma sembra comprendere quanto si dice. Si protende attento, quando si parla di lui e poi rivolti a lui, oppure sorride appena, abbassando subito gli occhi chiari sul foglio di giornale che tiene fra due dita, mentre altre due della medesima mano trattengono pezzi medi già tagliati che verranno ritagliati dalle forbici mosse a velocità straordinaria e pericolosamente – per chi lo vede – vicine alle dita. Raggiunta una quantità che egli valuta sufficiente, e sempre del medesimo volume, i pezzi caduti a terra vengono raccolti e ammucchiati accuratamente su un tavolo vicino, da lui stesso già liberato. Quando non taglia, costruisce ponti aerei e stalattiti che si trasformano in stelle filanti, che egli fa roteare attorno alle dita per riprenderle al volo prima che si spezzino. Non si capisce come, ma non si spezzano mai e neanche cadono a terra. Quando la materia prima si esaurisce ne prende dell'altra. A prima vista sembra che egli usi della colla liquida, che avrebbe potuto prendere da un contenitore a portata di mano, invece si tratta di saliva. Dà l'impressione che nulla riesca a distoglierlo da tali attività e gli altri di conseguenza sono costretti a muoversi in uno spazio notevolmente ridotto. Sembra che egli sia mosso irresistibilmente all'esercizio delle attività descritte, perché se anche solleva la testa o si avvicina ad altri, è solo per guardare un istante e poi ributtarsi su quanto aveva interrotto. I genitori hanno rinunciato da tempo a proporgli altro. L'esito di ogni tentativo in questo senso è stato sempre fallimentare, con sua reazione di furia. Sembra un altro quando ha fame. Allora si alza e si serve dal frigorifero utilizzando, se necessario, stoviglie e posate, riponendo con precisione quanto ha usato nella lavastoviglie e ripulendo infine accuratamente il ripiano di cucina. Se viene ostacolato picchia. La madre dice che il mangiare è da sempre l'unica fonte di soddisfazione sia per lui sia per i genitori che al vederlo

mangiare con gusto provano una consolazione almeno. Ma bocca e denti vengono puliti con l'aiuto di qualcuno che egli prende per mano e conduce nella sua stanza. Gli operatori, interdetti da tanta determinazione, prima di sera sono spossati. Perché questo ragazzo si muove per certi aspetti della vita quotidiana correttamente e autonomamente, ma non parla, non aderisce ad attività proposte da altri, imponendo però le proprie a tutti? Perché attrae la simpatia, ma agisce poi in modo disgustoso? Va notato che se sorridere, guardare, muovere le mani sono diventati i comportamenti descritti, essi sono stati impostati precocemente nel rapporto con i suoi adulti, quando ancora lattante egli veniva tolto dal sonno e scosso, pizzicato, solleticato fino al risveglio completo. È madre che ricorda quei momenti in cui non sapeva trattenersi dal ripetere più volte al giorno questa richiesta di riscontro al piccolino. "Ottenere da lui un sorriso, uno sguardo, un movimento qualsiasi del corpo, non era impresa facile – dice – . Il bambino piangeva poco e avrebbe solamente dormito e mangiato". Appunto. Eppure ancora oggi ella nega la normalità di quel tempo iniziale: i suoi occhi non vedevano in quel corpo appagato se non la mancanza predetta dai medici. Infatti a sole tre settimane dalla nascita, dal pediatra della clinica ostetrica dove il bambino era nato e ricoverato in attesa che la madre si ristabilisse da una depressione puerperale, i genitori seppero che il loro primogenito era affetto dalla sindrome di Down e dunque, essi ricordano, non avrebbe parlato né camminato, non avrebbe potuto frequentare le scuole né lavorare. Anzi, sarebbe occorso un notevole impegno da parte della famiglia e dei professionisti del campo dello handicap per stimolare le capacità minime del neonato.

Altre condotte, oltre quelle già descritte, sono meno irritanti che preoccupanti, se si aggiunge a esse il fatto che i genitori telefonano più volte al giorno manifestando la loro ansia per il benessere del figlio, chiedendo informazioni e fornendone altre di nessun aiuto, e anche il fatto che gli operatori si ritrovano da un giorno all'altro messi in questione quanto alla loro competenza. Tali condotte sembrano richiedere un intervento medico – psicologico. Episodi ripetuti di coprofagia, urla emesse lungo il corridoio che collega le aule scolastiche alla zona residenziale, dove egli senza motivo afferrabile si lascia cadere a terra per rimanere, dopo essere impallidito e avere urinato, dai quindici ai quarantacinque minuti, urla che richiamano una folla di curiosi provenienti dalle attigue stanze di terapia, dall'amministrazione e dalle cucine, tutti in gara e tutti perdenti nel convincerlo ad alzarsi e a tacere. È insorto il dubbio che tali reazioni siano delle crisi epilettiche: capita che Ludovico impallidisca improvvisamente, emetta un urlo terrificante e poi urini. Allora si calma, dormirebbe persino.

Ma se si analizzano questi fenomeni si nota che nella descrizione fornita dagli operatori sono stati omessi dei particolari non insignificanti. La coprofagia in realtà non è tale. Gli episodi più frequenti appartengono al periodo iniziale di permanenza del ragazzo in Istituto anche durante la notte. Egli viene trovato il mattino seduto nudo sul letto, imbrattato di feci come le lenzuola e il muro. Il suo viso è una maschera implorante, si alza e si avvia nella stanza da bagno dove si mette raggiante ritto dentro la doccia in posizione d'attesa di chi lo lavi. Dopo qualche settimana il fatto non si ripete più. Che si sia accorto che la doccia mattutina, lì, è comunque usuale? Riguardo alle crisi epilettiche, va detto che durante i primi anni di vita era stato trattato con anticomiziali per delle crisi convulsive con perdita di coscienza. Ma si nota che il ragazzo in realtà si esibisce. Infatti durante le crisi interrompe più volte le urla per guardarsi attorno e riprende a urlare con lo sguardo minaccioso puntato negli occhi di quello fra i presenti che lo sta esortando ad alzarsi da terra. Quando finalmente gli spettatori si sono allontanati, si zittisce, sorride furbescamente e si alza senza dimenticare le forbici che ha portato con sé, rimaste a terra. Non agisce più così da quando dalle porte che si aprono sui corridoi nessuno più esce per lui, e chi lo accompagna ha smesso di farsene un problema, usando semmai il tempo di attesa per leggere il libro che in precedenza avrebbe continuato non prima di sera.

L'Emilio "handicappato"

Emilio è un bambino di dodici anni, microcefalo. Quando vede una carrozzella, non importa se occupata o inutilizzata, non può trattenersi dall'afferrarla, prendere la rincorsa e lancia contro un muro, con quanto ne consegue per chi vi è eventualmente seduto. Dopo di che, si volta a guardare l'adulto che non si occupava direttamente di lui e ne attende la reazione. Indipendentemente dal modo in cui viene redarguito, egli ride e sta tranquillamente mano nella mano di chi ora non lo considera come uno uguale agli altri. C'è chi lo suppone incorreggibile perché insufficiente mentale, c'è chi lo ritiene bisognoso di un rapporto individuale con un adulto che si occupi in continuazione di lui in un ambiente isolato da tutti gli altri (così come era avvenuto per tre anni di seguito prima che egli venisse inserito in un gruppo insieme con altri

bambini e altrettanti operatori). È un bambino che tutti gli adulti salvo uno non avvicinano volentieri: è coloso e umidiccio come le mani e il naso che mette dappertutto. Se non si appoggia pesantemente a qualcuno o sopra qualcuno (bambini e adulti), si agita intorno spostando mobili giochi apparecchiatura fino a formarne in un lampo di tempo delle barricate dietro la porta della stanza. E sull'oggetto della sua attenzione lascia una traccia inconfondibile, un composto umido e appiccicoso di muco e saliva. Finché accade che gli operatori si accorgano che la fonte della noia che lamentano non è da attribuire alla gravità della condizione dei bambini di cui si occupano, ma a ciò con cui li occupano. Dopo aver interrotto le attività dette di stimolazione quali lo scuotere sonagli da bambino in culla, lo spalmare prodotti igienici come il talco e la schiuma da barba, il coprire fogli su fogli di pittura a dito, i bambini sono più vivaci, interessanti, e gli operatori stessi più soddisfatti; e in particolare questo dodicenne si rivolge anche ad altri oltre all'unico per cui danneggiava e dannava sé e gli altri. Che cosa è accaduto? Smettendo di esercitare funzioni, di stimolare i sensi, di guidare alla costruzione di schemi di azione, gli operatori hanno smesso di fare i comportamentisti decidendo per un rapporto con i bambini che anche a loro poteva piacere. E allora, la voglia di raccontare fiabe, giocare e cucinare, di improvvisare delle messe in scena e andare al parco giochi è venuta. E con essa è venuta anche quella del bambino fino a quel momento oligomantenuto, che aderisce adeguatamente con lo stupore di chi non se lo sarebbe mai aspettato.

“Brutto brutto”

Camilla è una bambina di quattro anni e soffre fin dal primo anno di vita di una forma epilettica complessa con crisi dapprima propulsive (Blitz – Nick – Salaam), poi tonicocloniche, e oggi di assenze e di crisi psicomotorie che la bambina sa riconoscere e segnala. Da quando cammina, la madre la controlla costantemente a vista tenendola per il bavero o legandola a una cintura per evitare cadute improvvise. Finché all'età di tre anni non sta più in piedi da sé. Cammina inciampando con il tronco proteso ad angolo retto rispetto alle gambe, si butta di lato e all'indietro. Ma la madre la sostiene prontamente con la cintura. Sembra che a casa abbia giornalmente una decina di crisi. Inizia all'età di due anni e mezzo la frequenza a tempo parziale della scuola materna, dove gli operatori si accorgono di non accorgersi delle sue crisi. E osano lasciarla libera di muoversi come gli altri. Conseguenza: nessuna crisi. Il portamento è normale, l'andatura pure. Ma succede spesso che, quando la madre viene a prenderla, la bimba cada davvero violentemente battendo la fronte o il mento fino a ferirsi. E non si regge più in piedi. Tuttavia non si tratta di crisi epilettiche. La madre teme che la sua bambina, che cresce tutto sommato come gli altri e facendo quello che fanno gli altri, benché ritardataria, rallentata e ripetitiva, diventi una debile per accumulo del ritardo già constatabile. Allora, ogni qualvolta la bimba mostra una condotta nuova, la madre le chiede di ripetere. Il padre si preoccupa meno della figlia che dell'ansia della moglie, però la segue. La bambina parla, ma non usa che diminutivi e denomina le cose ripetutamente. [10] Si nota che la madre stessa le parla così e con il tempo anche il padre. La madre motiva la sua scelta spiegando che la bambina comprenderebbe meglio così. Inoltre le rivolge la parola in forma esclusivamente interrogativa o imperativa. Dopo qualche tempo, la piccola non solo smette di giocare appena un adulto le si avvicina, ma rovescia oppure getta quanto ha fra le mani o davanti a sé. Lo stesso avviene poi per il cibo. A tavola la si sollecita di continuo a mangiare. Non che non mangi, ma è lenta e pasticcia. Appena la madre le si fa vicina, la bimba le rovescia davanti il piatto e le lancia addosso del cibo. Sempre la madre è preoccupata del fatto che la piccola, da tre anni e mezzo a questo momento, quando si trova in casa d'altri o con altri bambini, assume un'espressione inebetita. Sembra stupida e fa la stupida. Agisce esattamente all'opposto di quanto le viene chiesto. Notiamo la costante della richiesta: è una bambina cui viene chiesto e richiesto di fare come si deve. E diventa dovuto anche ciò che da sé, non richiesto, già fa. Oggi fa tutto e il contrario di tutto. Indifferentemente. Sembra incapace di affrontare le attività proposte, eppure quando agisce spontaneamente è indistinguibile dai coetanei.

Commento: che dire riguardo alle crisi?, sono crisi isteriche come qualcuno sospetta, e cui la letteratura scientifica di divulgazione indulge?, e riguardo all'inibizione dei suoi movimenti? In questo caso l'intenzionalità non può sfuggire all'osservazione, così come spicca per l'evidenza l'intenzionalità degli atti dei grandi e della piccola che, diversamente dalla completezza del moto, si completano vicendevolmente. Si potrebbe descrivere la forma di questo rapporto come un sistema unitario di comportamenti formato da uno schema organizzativo che uno attiva e che l'altro, eseguendo la serie di atti prefissati, fissa in una ripetizione senza fine. È la fissazione globale e atemporale che impoverisce sempre più il soggetto derubato del tempo e della sua meta, ossia della soddisfazione e della memoria della soddisfazione fin dal tempo iniziale della costruzione del moto.

L'uomo dalle scarpe di pelle

Questo ragazzo focomelico di venticinque anni è noto a tutti in quella cittadella che è l'Istituto, in cui non solo lavora in un laboratorio protetto, ma anche vive, insieme con parecchie persone, alcune residenti, altre pendolari, variamente normali alcune, non altrettanto variamente ma per vari motivi handicappate altre.

La sua notorietà è pessima, e dovuta al fatto che neanche a volerlo non ci si può non accorgere di lui. Impone come nessun altro a tutti la sua presenza suscitando antipatia, tuttavia affermare che non sia simpatico sarebbe davvero una negazione. Egli è udibile ovunque per la voce in sé bella, vibrante e ben educata con cui cantando, anzi urlando a squarciagola i medesimi motivi, accompagna immancabilmente i suoi spostamenti rumorosi. E sempre cantando osserva chi incrocia finché qualcuno gli impone di tacere.

Allora se ne va con una smorfia di disprezzo riprendendo a cantare. Quando non canta, fuma. Eppure non svolge lavoro alcuno, perché le sue dita non glielo permettono. Egli è inoltre noto come un tipo strano e solitario. Non parla che con gli uomini e in stile telegrafico, o fra sé e sé in tedesco e in modo incomprensibile. Ma ecco che quando incontra una donna giovane nuova del posto, ammutolisce dapprima per un istante, se ne allontana per un altro istante, le rivolge poi la parola a voce sommessa. Tutti sono a conoscenza del fatto e si sforzano di tollerarlo: benché fastidioso, va capito. E tutte, una volta constatata la immutabilità della richiesta che si ripete a ogni incontro successivo, a un certo punto e con un pretesto qualsiasi, gli negano la risposta desiderata e inizialmente data, non senza un moto di sorpresa. La domanda che rivolge alle ragazze è la seguente: "Tu, per favore, togliti una scarpa". Se l'interpellata gliene chiede il motivo, egli lo dà, tutto rosso in viso e senza sollevare lo sguardo dalle scarpe dell'interlocutrice: ne vorrebbe vedere l'interno. E di solito ottiene di poterci guardare dentro. Si tratta della curiosa richiesta di un handicappato, e perciò, benché assurda, al di sopra di ogni sospetto, come il suo soggetto. Tale è pure il parere dello psichiatra che lo segue da qualche anno, che conclude che questa condotta, sintomatica di una patologia sessuale, non può essere guarita perché legata allo handicap fisico e mentale. È un feticista. Questo ragazzo viene definito dai suoi educatori come un individuo difficile e incapace di rapporti con altri, occupato esclusivamente di musica, inquieto e rigido, con il pensiero fisso oramai da anni alle scarpe femminili che gli impedisce di pensare altro e agire diversamente.

Ma davvero possiamo parlare di incapacità di rapporto? e di condotta sintomatica? Osserviamo che egli non passa inosservato: anche se non lo si vede, lo si sente. E guarda. Guarda se lo si guarda. Una volta guardato, se ne va, per ripetere il medesimo copione altrove. E ovunque altrove e da mattina a sera, quando esce per andare al bar dove non canta ma pone la sua solita domanda. Non lavora: guarda gli altri lavorare e questi lo vedono guardare. Ha imparato a scrivere e leggere, ma sulla carta stampata il suo sguardo non scorre mai. Dalle ragazze infine ottiene di vedersi guardato guardare. Una capacità di rapporto è dunque presente, una capacità che è finalizzata non all'ottenimento di un piacere nel rapporto con l'altro, ma pur sempre di un piacere, quello che proviene dal rapporto con l'altro malgrado il non piacere dell'altro. Ma allora possiamo concludere che la sua condotta è intenzionale. Possiamo definirlo un feticista, quando sappiamo che un feticista, quando lo è, non lo è a parole? Alle donne – e non a tutte indifferentemente – egli pone una domanda. Il suo agire è certamente coatto, ma è un agire di parola, e l'appagamento che ottiene è bensì dei sensi, anzi di un senso e non di un moto, ma forse in questo caso è mancato colui, o meglio colei, che avrebbe potuto già favorire una svolta al rapporto, con lo svelargli – perché no? – il senso galante del suo approccio timoroso.

IV. IL GIRONE DEL PURO COMPORTAMENTO

Lo "handicap" psichico come patologia [\[11\]](#) della condotta. Alcuni aspetti teorici conclusivi.

Tutti i casi presentati hanno in comune una patologia non organica del corpo, benché patologie organiche diverse siano concomitanti. Come in ogni patologia non organica ma psichica del corpo, c'è fissazione, c'è inibizione, c'è angoscia, c'è coazione. Nei casi presentati c'è anche intenzionalità. Ma questa proprietà non clinica che, come si vedrà nell'articolo di Maria Delia Contri, nelle psicopatologie cliniche è il motivo della tenuta del sintomo, nella psicopatologia precoce è presente senza che vi sia sintomo. Quanto alla coazione, nella clinica la condotta del soggetto non ha un fine, o meglio, il soggetto non ha la più vaga idea del motivo del sintomo, né da sé può pervenirvi: per coglierne il motivo occorre un lavoro di analisi.

Diversamente, nella psicopatologia non clinica – dove il soggetto, pur agendo in modo coatto, cioè non potendo non fare quello che fa, non solo sa della cattiveria del suo agire, ma sa pure che sta mettendo in atto una coazione – la sua condotta patologica ha un fine ed egli lo sa. Nella psicopatologia non clinica l'intenzionalità addirittura prevale; e nella psicopatologia precoce ("handicap psichico") essa prevale anche

nel bambino: mentre è caratteristica della malattia psichica del bambino proprio l'assenza di patologia non clinica, la quale è tutta dalla parte di chi lo ammalava. Se la malattia psichica del bambino (comunemente detta "nevrosi infantile") può essere definita come nevrosi senza la componente non clinica, di questa, se dunque essa è ancora orientata alla precedente normalità, lo handicap è l'opposto: è prevalentemente psicopatologia non clinica. Dov'è finito il bambino, cioè il costituibile? L'agente eziologico – l'altro patogeno più il discorso ufficiale – ammalava il costituibile. Nella psicopatologia precoce, la malattia è orientata secondo la predizione di una inevitabile assenza di normalità per sempre.

Giungiamo allora alla diagnosi differenziale. Possiamo paragonare lo handicap psichico alla vera anoressia. In un caso come nell'altro infatti constatiamo che ciò che è preso di mira dall'agente patogeno sono le funzioni corporali, e che queste vengono a loro volta usate dal soggetto come mezzo patologico per un fine patogeno: quello di "insoddisfare" l'altro. Procedendo per esclusione, constatiamo che in entrambi i casi c'è patologia del corpo, ma essa non è organica, perché gli organi interessati sono sani né si tratta di isteria né di un disturbo psicosomatico. Deve allora trattarsi di una quarta classe diagnostica: la categoria che resta è quella della condotta. Che davvero si tratti di una patologia della condotta, vale a dire di psicopatologia non clinica e precoce, la manifestazione patologica lo documenta, nondimeno va affrontata la questione della sua causalità. Una condotta soggetta al puro automatismo è difficilmente spiegabile senza l'idea di un programma che a essa presiede, e cui il soggetto precocemente patologico si presta.

Il dominio sulla natura immobilizzata la forma di piacere di chi è stato ammalato troppo presto.

I tre momenti della patologia della condotta

La psicopatologia precoce può essere descritta tramite l'illustrazione di tre momenti caratteristici successivi, corrispondenti ad altrettanti atti traumatici, cui il soggetto risponde precocemente, prima con l'espropriazione della propria competenza in ordine alla soddisfazione, poi con l'esercizio della propria competenza in ordine all'insoddisfazione.

1° momento. La malattia del soggetto è inizialmente il contenuto del dubbio dell'altro: è il dubbio dell'altro quanto al desiderio del bambino, ossia quanto alla facoltà di rapporto del bambino, che prende di mira il corpo nel momento in cui i movimenti del suo moto a soddisfazione si stanno costruendo. Si tratta di un atto patogeno già patologico nell'altro, con effetto di malattia non organica sul moto del corpo del soggetto. Possiamo chiamare questo primo momento la medicalizzazione del rapporto, e individuare nella strumentalizzazione ideologica della scienza medica, ed eventualmente anche di una qualche "scienza" psicologica, quel fattore necessario a far sì che un atto soggettivo assuma carattere traumatico perché sostenuto da un discorso di portata generale. Essa usa dell'occasione offerta dalle eventuali componenti patologiche organiche presenti, per far passare un sospetto a certezza e il rapporto patologico a progetto realizzabile.

2° momento. È la ribellione iniziale del bambino che per un momento resta *sbalordito* (poi, terzo momento, farà – fare: verbo attivo – il balordo). Il soggetto si ribella, ma l'altro interpreta ciò come volontà di opposizione da parte del piccolo, quando da parte del piccolo non è altro che una manifestazione di difesa da un intervento esterno fonte di dispiacere. Tale interpretazione è un ulteriore fatto traumatico per il bambino, incapace di giudizio sull'errore dell'altro, benché già capace di giudizio riguardo alla distinzione fra piacere e dispiacere, e dunque capace di difesa dal dispiacere nell'adozione di una condotta di rifiuto dell'offesa proveniente dalla fonte del dispiacere.

3° momento. È l'opposizione reale del soggetto che a un certo momento – questo terzo momento – scopre che il rapporto con l'altro, che egli non può non volere, può essere ottenuto tramite la patologia del corpo a lui attribuita e che egli può produrre *intenzionalmente*. A questo punto ogni fare equivale a ottenere il rapporto, ma ormai come rapporto patologico: fare il furbo come fare lo scemo, fare teatro come fare il bravo bambino (che non è uguale a essere un bravo bambino: è invece lo handicap come risultato di obbedienza a un atto predittivo).

Dal punto di vista economico, ragione sufficiente di tale "progresso" è proprio il mantenimento del rapporto. Il rapporto con l'altro infatti, pur sottratta la meta di soddisfazione, resta comunque legato, per il soggetto, all'esperienza di un iniziale appagamento. Di fatto, così come l'eccitamento iniziale del moto, anche la cessazione del moto è stata provocata dall'esterno, dall'altro. Ebbene, proprio l'esperienza della cessazione del moto come soddisfazione, tiene il soggetto legato all'altro patogeno con un legame sciogliere il quale coinciderebbe con il giudicarlo l'iniquità invalidante. Ma una volta sottratto il guadagno della soddisfazione nel rapporto, un vantaggio sostitutivo altrimenti ottenibile viene addirittura garantito dal puro comportamento (mentre verrebbe meno se vi fosse l'atto di giudizio). Diciamolo diversamente. Mentre il

moto secondo una meta non può garantire con automatica certezza al soggetto la soddisfazione, perché essa è l'esito di un incontro, imprevedibile nel suo contenuto, il *comportamento*, fatto dai moti complementari del soggetto e dell'altro che si organizzano al fine di formare un unico moto invece della meta, offre al soggetto la certezza triste di ottenere una risposta indipendentemente dal ben volere dell'altro. [12] Certo non si tratta nei due moti della medesima soddisfazione, come non si tratta della medesima certezza: nella psicopatologia, tanto più se precoce, non si tratta della soddisfazione del rapporto nella meta, fatto che implica la libertà dell'altro, l'inventiva del soggetto al fine di propiziarsi il favore – grazioso – dell'altro. Ma si tratta pur sempre di un vantaggio, che è *un vantaggio spettacolare*: il dominio assicurato sull'altro, che da una parte conferisce al soggetto il potere assoluto su tutti gli altri, e dall'altra assegna al moto del soggetto un termine e dunque un qualche piacere. Un piacere minimo, anzi misero, miserabile, definibile come la cessazione del dispiacere ottenuta per mezzo della cessazione della fonte dell'eccitamento: cessazione del moto dell'altro, appunto. L'offensore diventa offeso. Un piacere diabolico, prodotto e produttore di una cultura che è la "cultura dello spettacolo" o "dell'immagine" compiutamente realizzata.

NOTE

- [1] È inevitabile, fin dal momento del primo pianto, che il più prossimo al bambino si curi di lui, ed è altrettanto inevitabile che la soddisfazione del movimento che ne proviene venga associata dal neonato e dal lattante ai movimenti dell'altro. L'appagamento avvenuto, presente come memoria, viene riattivato dai movimenti attuali del bambino e da quelli dell'altro, i quali vengono riconosciuti immediatamente come fonte di appagamento mediante il paragone posto tra entrambi da una parte, e la memoria del piacere già provato dall'altra. La memoria del piacere provato costituisce per il bambino il termine di paragone costante di questa prima forma del giudizio. E tale paragone è il principio pratico di orientamento nei rapporti, che rimane il medesimo per tutta la vita. Ciò vale dunque anche per il bambino più grande che si occupa del piccolo, fosse egli anche un bambino di due, tre anni: già allora infatti, nel senso della cura di un soggetto, un bambino è un grande. Così, il piacere provato dal prossimo nella cura, proveniente dalla risposta corporale del soggetto, non è altro che il piacere di chi, pur rimanendo al suo posto di offerente più prossimo (amante), mantiene in sé la posizione di soggetto (amato). ➤
- [2] La normalità può essere definita come la fedeltà alla constatazione iniziale che la soddisfazione del rapporto e quella del proprio corpo coincidono. È il principio di piacere. Bisognerà parlare di quella obiezione al principio di piacere così definito, che sorge dal cosiddetto "autoerotismo", senza che sia vero che questo origina nel bambino come una tale obiezione. ➤
- [3] Handicap psichico: del termine assumiamo il concetto nel suo valore descrittivo e quantitativo di svantaggio o disparità, e non di incapacità o insufficienza d'origine. Osserviamo infatti che incapacità o insufficienza sono già un'interpretazione del fenomeno. Individuiamo tale fenomeno per mezzo di un concetto che ci permettiamo di introdurre, quello di indisponibilità: indisponibilità attiva ad atti (di pensiero e di parola) che contribuiscono a stabilire un rapporto (una legge di rapporto). ➤
- [4] Il titolo di questo caso si riferisce a un'espressione del padre, da lui usata durante uno degli incontri avuti, per commentare la subitanea sparizione di un'irritazione delle mucose nasali di cui egli soffriva fin dal giorno della nascita della figlia, sparizione avvenuta in seguito a un colloquio in cui ne parlò. Dei particolare tratteremo più avanti. ➤
- [5] La bambina è nata a termine, ma prematura con una occlusione delle cavità nasali immediatamente risolta chirurgicamente e corretta mensilmente durante il primo anno di vita. La diagnosi medica effettuata all'età di due mesi è la seguente: sospetta sindrome dismorfica (atresia bilaterale delle coane, segni degenerativi quali la mandibola ipoplasica, il naso appena accennato e la bocca ciprina) con un ritardo evolutivo globale di eziologia intrauterina. ➤
- [6] Dai colloqui con la fisioterapista. Alice si lamenta in continuazione. Inizialmente solo la carta stagnola attira la sua attenzione. Ma ecco che dopo essere stata invitata a un'attività nella manipolazione, ella riprende da sé per accenni i movimenti fatti passivamente. Allora l'ipertensione degli arti si affievolisce, il volto si distende, la respirazione diventa regolare, il tono muscolare piano. Se viene tenuta fermamente fra le braccia si calma, cerca lo sguardo dell'altro e lo sostiene per brevi istanti, ma poi, se non si addormenta, allora vomita. Quando altri bambini entrano nella stanza, atteggia delle smorfie di pianto senza piangere e si dibatte. Quando la madre entra, malgrado la richiesta più volte formulata di non farlo, dopo quarantacinque minuti esatti dall'inizio della seduta, Alice viene letteralmente strappata dalle braccia dell'operatrice. E allora madre e figlia sembrano un unico organismo che si rimette in moto ordinatamente dopo una fase di disorganizzazione. ➤

- [7] Il padre soprattutto svolge un imponente lavoro di interpretazione della condotta della figlia: secondo lui il pensiero della bambina sarebbe notevole, ma rivolto esclusivamente all'elisione di ogni fattore di disturbo. Le teorie patogene esistono. Questo ne è un esempio. ➡
- [8] Il peso alla nascita è kg. 1,800, e tale è a un mese di vita. Alice viene nutrita con la sonda durante le prime sei settimane di vita, periodo in cui è ricoverata in neonatologia. A venti mesi succhia per la prima volta degli spicchi di frutta e mangia con ingordigia del panettone, senza bisogno di aiuto. Da allora non riceve però più pane o biscotti per evitare che soffochi. Ogni rumore improvviso e forte (per esempio la porta che sbatte) la spaventa. Non sta volentieri in braccio. Per allontanarsi si divincola o getta oggetti a terra. Non vuole essere toccata, soprattutto sul viso e la testa. La vista e la prossimità di altri bambini le incutono timore: cerca con lo sguardo, l'adulto presente, si lamenta, si fa prendere in braccio. Emette vocalizzi ripetuti a ritmo binario. Getta e rigetta oggetti che le vengono posti e riposti in mano. Si schiaffeggia, finché la madre non glielo fa notare. Da allora, dopo aver guardato la propria mano, schiaffeggia la madre. Spesso infila le dita con forza nelle orecchie fino a ferirsi (soffriva di eczema, poi parzialmente risolto). A ventidue mesi si sposta seduta per terra strisciando all'indietro. A passeggio nel passeggino, tiene il cane al guinzaglio, dosando la presa: lo trattiene e lascia intenzionalmente ridendo quando il cane le si avvicina. A due anni si sposta con il girello in casa, camminando lateralmente. Tocca tutto, apre i cassetti, afferra e agita oggetti piatti libri giornali). A due anni e due mesi, a qualche mese cioè dall'inizio della frequenza al gruppo – asilo, tiene spesso fra le mani un pupazzo dell'asilo, che le è stato concesso di portare a casa e che porta ovunque vada. Il padre: "Quando Alice è nata non ha pianto. Ha chiuso la bocca. È soffocata. È morta. Durante il primo anno di vita si attaccava a un giocattolo e si irrigidiva. Pur scuotendola violentemente rimaneva rigida, non piangeva. Le si sarebbe potuto fare di tutto: non piangeva. Non faceva nulla ma era sempre sveglia. Dormiva solo grazie a un fluido (è stata seguita per qualche mese da un 'guaritore'). Non mangiava. Non digeriva. Vomitava. Il giorno del suo primo compleanno si è sbloccata piangendo". ➡
- [9] Il mutamento della condotta è coinciso cronologicamente con il visibile piacere mostrato per l'interesse di un coetaneo nei suoi confronti, che appena poteva le si avvicinava, l'abbracciava e la baciava. Da allora non solo seguiva gli altri, ma proponeva e si proponeva loro, accettava e cercava anche altri bambini e adulti, lasciava e incontrava la madre tranquillamente, sembrava provare piacere nell'esercitarsi a sedere e rialzarsi da terra (movimenti che non sapeva compiere autonomamente), nel battere le mani e ballare quando si cantava, nel lasciare una traccia su un foglio quando trovava del colore (mentre per parecchio tempo se ne stava immobile con un pennello o una matita in mano guardando fissa davanti a sé). A tavola toccava il cibo, talvolta con le mani lo portava alla bocca (ma doveva ancora essere imboccata), beveva da sé dal bicchiere. In bagno si divertiva a giocare con l'acqua, si lasciava lavare il viso e le mani. ➡
- [10] Ad esempio: "brutto brutto" per le crisi convulsive. Il termine dialettale che designa questo sintomo organico corrisponde a "brutto male". ➡
- [11] Richiamo appena due distinzioni proposte dalla nostra Scuola tra malattia psichica di base (inibizione, sintomo, angoscia) comune a tutte le forme psicopatologiche, che nel bambino può esistere allo stato puro, e che non è ancora nevrosi pur avendo di questa il contenuto clinico; e psicopatologia – in cui il malato contribuisce attivamente alla malattia come coagente dell'agente patogeno –, distinta in clinica e non clinica. ➡
- [12] Abbiamo individuato così due contrastanti ordini di certezza. Osserviamo che la certezza amorosa ha nel comportamento puro il suo opposto formale: la certezza del potere. E scopriamo che la definizione tradizionale di anima come forma del corpo si precisa e completa nella comprensione del suo moto: anima è la forma di un moto, altro dal moto formalmente istituito da un programma organizzativo. ➡

© Studium Cartello – 2007

*Vietata la riproduzione anche parziale del presente testo con qualsiasi mezzo e per qualsiasi fine
senza previa autorizzazione del proprietario del Copyright*