

# L'IPPOGRIFO

*Atti & documenti*

## COMUNITÀ CHE CURANO



LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE



---

# L'IPPOGRIFO

*Atti & documenti*

---

## COMUNITÀ CHE CURANO



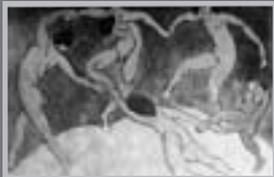
Libreria  al SEGNO  
Editrice

---

# L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

COMUNITÀ  
CHE CURANO



LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE

LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE

Questa pubblicazione è promossa dall'Associazione «Enzo Sarli», via De Paoli, 19 - 33170 Pordenone.

## Coordinamento editoriale e di redazione

Mario S. Rigoni,  
Francesco Stoppa.

## Redazione

Cinzia Appi, Belbar,  
Angelo Bertani, Daniela Bortolin,  
Giorgia Botter, Clara Chiaradia,  
Fabio Fedrigo, Giovanni Gustinelli,  
Roberto Muzzin, Luciana Pignat,  
Francesco Stoppa, Caterina Toffoli,  
Silvana Widmann, Patrizia Zanet.

## Progetto grafico e impaginazione

Studio Rigoni.

## Fotolito

Dreossi & C. - Pordenone.

## Stampa

Tipografia Sartor - Pordenone.

Stampato nel mese  
di gennaio 2002

ISSN 1590-8852-7



VICOLO DEL FORNO 2  
33170 PORDENONE

TELEFONO 0434 520506

FAX 0434 21334

Copyright© del progetto editoriale:  
«L'Ippogrifo» by Studio Rigoni.

È vietata la riproduzione, senza citarne la fonte. Gli originali dei testi, i disegni e le fotografie, non si restituiscono, salvo preventivi accordi con la Redazione. La responsabilità dei giudizi e delle opinioni compete ai singoli Autori.

## Autori e collaboratori:

ALUNNI SCUOLA ELEMENTARE «CARLO COLLODI», Pordenone.

SAVINA BACCHIN, insegnante.

ANGELO CASSIN, psichiatra.

MARIO COLUCCI, psichiatra.

ANNALISA DAVANZO, psicoanalista.

MARIAPIA DE CONTO, insegnante.

PIERANGELO DI VITTORIO, ricercatore universitario.

SERGIO ERBA, psicoanalista.

RENATO GERBAUDO, psicoanalista.

STEFANO JUS, artista.

FULVIO MARONE, psichiatra e psicoanalista.

LUCIANA MOLINARI, psicologa.

GIANNI PIGNAT, artista e fotografo.

ADRIANA RONCHI, insegnante.

LUCIO SCHITTAR, psichiatra.

MARINA SEVERINI, psicoanalista.

FULVIA SPIZZO, artista.

PATRIZIA ZANET, operatrice psichiatrica.

## Sostengono la pubblicazione de «L'Ippogrifo»:

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 6 «FRIULI OCCIDENTALE»

E DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE di Pordenone;

COMUNE DI PORDENONE;

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI PORDENONE;

COOP ACLI, Cordenons; COOP FAI, Porcia;

COOP SERVICE NONCELLO e COOP ITACA, Pordenone;

LICEI RIUNITI «LEOPARDI-MAJORANA» di Pordenone,

LICEO «TORRICELLI» di Maniago.

## Un particolare ringraziamento a:

ORietta ANTONINI, SANDRA CONTE, ANDREA DI BERT,

ANNA PIVA e CARLO SARTOR.



Questa pubblicazione è stata realizzata  
con il contributo della Fondazione  
Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone

Per inviare contributi, riflessioni e impressioni, scrivere a:  
Redazione «L'Ippogrifo» c/o Studio Rigoni, viale Marconi, 32  
33170 Pordenone. Telefono e fax: 0434 21559.  
E-mail: Rivistaippogrifo@iol.it Stoppa.moro@tin.it

«L'Ippogrifo» è distribuito dalla «Libreria al Segno Editrice».

*C'è un fatto curioso: nell'epoca del dissolvimento dell'idea di comunità, le comunità operative, quelle che funzionano, sono quelle per così dire fittizie, quelle che curano la follia o le dipendenze, che accolgono gli ultimi della terra, che educano. Ciò che il legame sociale non sa più produrre – senso soggettivo, rilancio delle singolarità, progettualità – si rigenera lì, in questi strani luoghi ai confini della città.*

*Questa considerazione non è avallata solo dai successi terapeutici di tali esperienze (è indubbio, ad esempio, che, per la cura del disagio psichico, le comunità terapeutiche sono strumenti insostituibili e di provata efficacia, peraltro poco socialmente costosi), ma in particolare dalla testimonianza vivente di chi vi lavora. Il personale più motivato, meno stressato, che ritiene l'esperienza lavorativa in istituzione un banco di prova soggettivo prima che professionale, nonché un motivo di crescita innanzitutto per sé, è generalmente quello che svolge la sua pratica nelle comunità. D'altra parte la cosa nacque così anche nell'esperienza goriziana di Basaglia, secondo il quale la comunità tera-*

## **Comunità che (ci) curano**

FRANCESCO STOPPA

*peutica, sorta dentro l'allora Ospedale psichiatrico, avrebbe potuto essere un efficace strumento di liberazione del malato solo se avesse rappresentato un percorso di soggettivazione della posizione dei singoli componenti dello staff curante. Ma chi era costui, Franco Basaglia, questo Carneade che oggi i nostri giovani tirocinanti, medici o psicologi, hanno a malapena sentito nominare? Che trattamento ha riservato al suo pensiero l'Università italiana (all'estero sarebbe una gloria nazionale)? D'altra parte, che destino hanno permesso alla sua opera alcuni dei "Basagliani" nel loro ostinato, quasi paranoico rifiuto dell'incontro con la teoria? Nessun'idea ha futuro se non ha un costante scambio con quanto la circonda, se non corre il rischio di contaminarsi con altri pensieri forti (e la critica ha di mira, rovesciando la prospettiva, anche quell'aristocrazia senza etica di buona parte della psicoanalisi italiana che ha per molto tempo impedito di far arrivare al campo istituzionale il contributo della sovversione freudiana). Da un certo punto di vista, in particolare da quello politico, i giochi sembrano*





già fatti, e d'altronde la stessa trasformazione della sanità, cioè della gestione della salute della comunità, secondo logiche prettamente aziendali (destino in cui sta incappando perfino la scuola, organo deputato nientemeno che all'educazione e alla formazione dei soggetti) ha già lasciato un segno nella vita delle istituzioni pubbliche. (È il bello è che è stata proprio la Sinistra, con la necessaria complicità del Sindacato, a favorire un'evoluzione tecnicistica della sanità così come della scuola, ad aziendalizzare il territorio...).

E così eccoci qui: maggior burocrazia, attenzione primaria e ossessiva ai costi-benefici e al pareggio del bilancio, incentivazione degli operatori a partire da obiettivi aziendali che spesso nulla hanno a che vedere coi reali bisogni degli utenti o con la logica delle cure. Per non parlare di una imminente, possibile riforma della «180», caldeggiata dalle forze di governo, che potrebbe portare, grazie alla geniale idea delle strutture con almeno 50 posti letto, alla fine del principio comunitario delle cure. Per questo ci pare utile rifoca-

lizzare l'attenzione sulle comunità che curano, anche perché da lì è nata una riforma che ha modificato non solo la psichiatria ma tutto il campo istituzionale. Utile per rivedere la storia, i fondamenti di un percorso iniziato due secoli fa e approdato, proprio in Italia, al suo punto più alto. Perché Basaglia e i suoi collaboratori (tra essi il "nostro" Lucio Schittar) hanno saputo servirsi di un modello senza restarne irretiti, hanno cioè saputo smontare il loro stesso ideale, criticarlo, leggerne le contraddizioni. E con ciò ci hanno trasmesso un metodo, e un'idea di cura che deve saper continuamente interrogare se stessa, la posizione e il desiderio degli operatori, le logiche istituzionali.

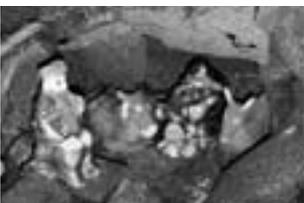
Noi ci auguriamo che questo lavoro – fatto di testimonianze così diverse, ma tutte ugualmente ispirate – possa rappresentare un contributo non solo per non dimenticare quanto è stato fatto, ma per ripensare, proprio a partire dal lavoro quotidiano nelle comunità terapeutiche o educative, un possibile rilancio del dibattito culturale, clinico e politico sul senso delle nostre istituzioni.

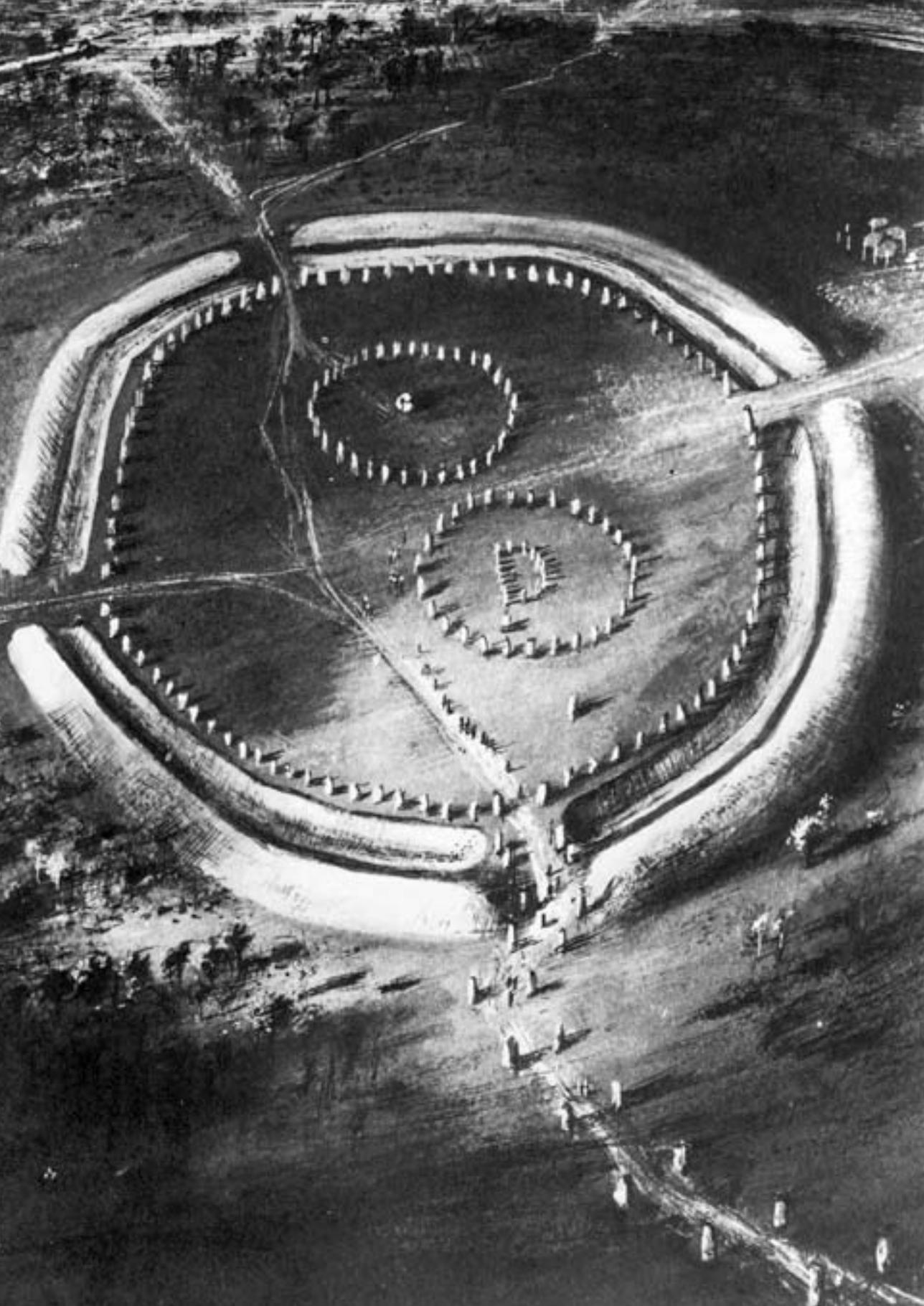


In queste pagine la struttura Villa Bisutti, Comunità terapeutica del Dipartimento di Salute Mentale di Pordenone, nata venti anni fa e recentemente ristrutturata. Nelle immagini: alcuni scorci dell'edificio, una festa di compleanno, la vendita di lavori dell'atelier al mercatino d'autunno, il buffet di Natale e alcuni disegni degli ospiti. Qui sotto il presepe allestito per il Natale 2001.



*Fotoservizio di Gianni Pignat.*





# COMUNITÀ CHE CURANO

«Trattamento morale» è una coppia di significanti-chiave delle origini della psichiatria moderna. Lo riconosce per esempio Liberman<sup>1</sup>, rintracciando nell'epoca del trattamento morale la prima origine della riabilitazione psichiatrica. Eppure la lingua inglese e quella francese producono spesso dei “falsi amici”, e tradurre il *moral treatment* dei

Tuke e il *traitement moral* di Pinel con l'identico “trattamento morale” finisce per cancellare la distanza abissale tra due modi di intendere sia “trattamento” che “morale”. *Moral*, infatti, nel francese dell'epoca, non copre la stessa area semantica del *moral* inglese: ne fa testo lo scritto di un contemporaneo di Pinel, P.-J. G. Cabanis, che si intitola *Les rapports du physique et du moral de l'homme* (1802). I rapporti *du physique et du moral* qui significano qualcosa di molto simile all'inglese *mind/body problem*: i rapporti tra il fisico e lo psichico, tra la mente e il corpo. *Le moral*, qui, è più che altro lo psichico, quindi il trattamento morale francese non era il trattamento “etico”, il trattamento umano del paziente, bensì il trattamento psichico, differenziandosi così dal nihilismo psichico di trattamenti precedenti, contemporanei e successivi che riguardano soprattutto *le physique* e molto, molto poco *le moral*. Abbastanza diverse sono le radici del *moral treatment* inglese, come cercherò adesso di mostrare.

Nel 1779 compare sul «Salisbury and Winchester Journal» una pubblicità: una pubblicità di un ospizio privato per *lunatics*. All'epoca, ne apparivano. Il proprietario, William Finch, decantando il suo istituto per i suoi pregi nel trattamento dei folli, sottolinea nella conclusione: «Gli amici di tali sfortunate persone, che si interessano alla loro cura, possono fare affidamento sul fatto che questi soggetti saranno trattati con la più grande tenerezza e umanità dal loro fedele e umile servitore William Finch»<sup>2</sup>. Finch evidenzia così, *a contrario*, come il trattamen-

## Il trattamento morale

*Origini della psichiatria di comunità*

FULVIO MARONE

to di un malato affidato ad un istituto non fosse sempre umanitario, affidabile, e sposta l'attenzione dalla gestione e dalla cura quotidiana (vestiti, igiene, etc.) al trattamento. Il trattamento di tali sfortunate persone deve essere tenero, umano, “morale”. Il problema evidenziato da Finch – che nel contesto di quell'annuncio pubblicitario costituiva un elemento accessorio, una

rassicurazione secondaria rispetto alla priorità della gestione dei *lunatics* – diverrà ben presto uno dei temi centrali della nascente psichiatria. Benjamin Faulkner non era un medico, ma possedeva una casa di cura privata a Chelsea, Londra. Era solo il proprietario, colui il quale avrebbe dovuto semplicemente fornire il quadro, la cornice della gestione della follia, affidata ai trattamenti “specifici” dei medici (che, all'epoca, non erano poi tanto specifici). Nel suo libro di *Observations on the general and improper treatment of insanity*, del 1790, egli scrive: «Nella mia casa, tutta la contenzione non necessaria è evitata. Mentre il medico prescrive un dieta adatta allo stato del corpo, io cerco di assecondare il suo scopo presentando oggetti di divertimento, dirigendo l'attenzione, e accontentando l'immaginazione... Faccio fare loro dell'esercizio fisico, quando lo sopportano; e viene evitato ogni aspetto di contenzione. La coercizione non è mai usata, se non quando è assolutamente necessaria, ed è abbandonata appena possibile. Viene permessa ogni indulgenza, nella misura in cui è coerente con la pratica medica e terapeutica; e non c'è da stupirsi se trattato così, come una creatura razionale, con attenzione ed umanità, sollecitato e gestito con arte, il paziente riacquisterà le proprie facoltà razionali, ritornerà alle proprie abitudini precedenti e gradualmente ridiventerà se stesso»<sup>3</sup>. Qui c'è un salto, uno spostamento del “buon trattamento” dall'esterno all'interno della cura del malato di mente. Il buon trat-

Nella pagina precedente:  
Avebury, vicino a Stonehenge,  
Wiltshire, Inghilterra.  
Ricostruzione di Alan Sorrell.

tamento del paziente cessa di essere un elemento accessorio per divenire un cardine interno alla terapia, quale aspetto necessario della cura e della guarigione.

Si apre così l'epoca d'oro del *moral treatment* inglese. Il mito di fondazione dello *York Retreat* è notissimo. Nel 1791 una ragazza quacchera morì in circostanze sospette, poche settimane dopo il suo ricovero al manicomio di York. In seguito a ciò, i membri della *Society of Friends* decisero di «fondare sotto la loro diretta responsabilità un'Istituzione di questo tipo, in cui potesse essere adottato un sistema di trattamento più mite ed appropriato». Uno di loro, William Tuke, prese in mano l'iniziativa: raccolse fondi ed



esperienze e costruì l'Istituto, che nel giugno 1796 poté accogliere i primi pazienti. Fu chiamato «*The Retreat...* affinché rendesse l'idea di ciò che una tale istituzione dovesse essere, ossia: un posto in cui l'infelice potesse ottenere rifugio – un porto tranquillo in cui la barca rovinata potesse trovare riparo o salvezza»<sup>4</sup>. Samuel Tuke, nipote di William, nel suo libro su questa istituzione riferisce che vi si sperimentavano tutti i mezzi tradizionali della medicina del corpo, per la più gran parte però inefficaci. Egli precisa, d'altra parte, che il medico non era inutile: «Il medico, per la sua funzione, possiede a volte più influenza sulla mente del paziente che non gli altri addetti»<sup>5</sup>. Il medico, dunque, non vi operava in qualità di esperto di medicina, ma *per la sua funzione*. La cura della follia nel *Retreat* seguiva quasi esclusivamente il principio del *moral treatment*, il cui scopo era quello di portare tutti i folli alla «salutare abitudine all'autocontrollo» (*salutary habit of self-restraint*). Al tempo in cui il *Retreat* aprì le sue porte il trattamento «morale», come abbiamo visto, non era un nuovo fenomeno, cosicché piuttosto che essere pioniere, Tuke si limitò a mettere in pratica idee già ben consolidate. In senso lato, il trattamento morale praticato al *Retreat* ed altrove poneva l'accento sui

fattori razionali ed emotivi piuttosto che sulle cause organiche della follia: non era tanto una tecnica specifica quanto un arco di trattamenti non medici intesi a coinvolgere il soggetto nella sua guarigione. Ovviamente – viste anche le origini dell'istituzione – era fortemente sottolineata l'importanza dei valori spirituali, e veniva quindi ufficialmente riconosciuto ciò che altrove spesso rimaneva implicito: la componente «etica» del trattamento morale. Nella comunità protetta dello *York Retreat*, la massima enfasi era posta nel cercare di far raggiungere al paziente, attraverso una sorta di strategia comportamentistica di premi e di punizioni, una sufficiente autodisciplina per dominare la sua malattia. Se i folli

conservavano la loro essenziale umanità, collocarli in un ambiente accogliente significava facilitare un recupero più rapido della ragione smarrita. Perciò era importante non solo ridurre al minimo – mai però *abbandonare del tutto* – la contenzione fisica, ma anche evitare ogni apparenza carceraria. Bisognava collocare il paziente all'interno di una struttura sociale e socializzante, *eccetto* nei momenti in cui il terapeuta si rendeva conto che essi avevano bisogno di una temporanea esclusione da essa, nei casi in cui gli impulsi violenti del paziente danneggiavano gli altri o minacciavano la sua propria vita: «...casi eccezionali, in cui una blanda costrizione è la cosa migliore e più gentile, nonché la maniera più scientifica di trattare con essi»<sup>6</sup>. Degli assistenti erano perciò responsabili della cura quotidiana dei pazienti: li aiutavano a lavarsi e vestirsi, li alimentavano quando era necessario, così come controllavano la pulizia e l'ordine delle camere da letto e delle stanze di soggiorno; nei casi più difficili potevano dormire nella stessa stanza del paziente, e fornire assistenza «ventiquattr'ore su ventiquattro». Un elemento importante del trattamento morale era l'impiego del paziente in attività lavorative, inteso originariamente per i soggetti curabili e convalescenti, e poi gradual-

Il piccolo cerchio di pietre  
a Callanish, Levis, Scozia.  
2000-1500 a.C.

mente esteso ai cronici. La terapia occupazionale assumeva una grande varietà di forme, poiché era l'attività che veniva considerata terapeutica, e non il prodotto finale. L'intenzione generale era quella di sfruttare le capacità già possedute dai pazienti, *riabilitandoli* alle loro precedenti occupazioni: appropriandosi o ri-appropriandosi di tali abilità, essi si preparavano così a ri-entrare nel mondo al di là dei cancelli del Ritiro.

Sir William Charles Ellis, soprintendente medico, fece fare un ulteriore passo a questo percorso all'interno di una certa concezione della terapia morale: oltre al buon trattamento, al trattamento umano, Ellis introdusse un elemento degno di esser preso in considerazione, cioè quello dell'alleviamento della po-



vertà del paziente. Dice Ellis: «Questo stato di povertà è non solo la fonte da cui la malattia origina, ma è frequentemente una causa di ricaduta». Il tema della ricaduta, in una prospettiva riabilitativa, è importantissimo. Ellis ci suggerisce che, tra le altre, una causa di ricaduta può appunto essere individuata nello stato di povertà. «L'allontanamento dalle scene di miseria che sono state così penosamente avvertite, occupare la mente con altri oggetti, assieme all'influenza di una buona dieta, hanno spesso prodotto effetti molto salutari in breve tempo, e infine hanno restituito la salute al paziente. Al contrario, il ritorno alla povertà che avevano lasciato li ha in molti casi portati a nuovi attacchi quasi immediatamente. Questo fatto non può essere impresso con troppa forza nelle menti di coloro il cui dovere è quello di badare ai poveri. Poche sterline giudiziosamente applicate in alcune circostanze non solo hanno salvato un nostro prossimo dalle sofferenze che derivano da questa malattia, ma, inoltre, hanno risparmiato alla parrocchia le spese per il mantenimento di quell'uomo, probabilmente a vita, e della sua famiglia fino a che non possa provvedere da sé... Ma di qualcos'altro c'è bisogno. Un posto confortevole dove... i pazienti... possano per un certo tempo trovare cibo e riparo, finché

non possano procurarsi un impiego, sarebbe una inestimabile benedizione per loro... Molti pazienti, che ora sono costretti a rimanere nei manicomi come pazzi, potrebbero essere messi alla prova in questi istituti, e infine essere restituiti alla società»<sup>7</sup>. Ma quale soluzione si poteva dare per quei disgraziati che non riuscivano a trovare un lavoro adeguato? Una donna trovò

che si poteva ovviare ai danni dell'ozio e dell'inerzia organizzando una rivendita, un negozietto. Dunque, i soggetti venivano messi al lavoro, impegnandoli ad intrecciare vimini, a ricamare, a decorare, e queste cose venivano poi vendute. Ellis applicò tutti questi principî, favorendo sovvenzioni pubbliche per

i pazienti dimessi dai vari istituti della sua contea, aprendo bazar di oggetti fatti artigianalmente dai pazienti: per contrastare l'ozio, l'inerzia, ma soprattutto per favorire il loro "reinserimento sociale", ossia la loro iscrizione nel simbolico.

William Browne, altro soprintendente medico, scrive nel 1837 un libro su *Che cosa gli asili erano, sono e dovrebbero essere*. «Immaginate una costruzione spaziosa, simile ad una residenza aristocratica, ariosa, elegante, situata in collina e circondata da estesi terreni e giardini. L'interno è costituito da ampi spazi, laboratori e sale da concerto. Il sole e l'aria entrano da ogni finestra da cui si può godere una vista, non ostruita da sbarre, di boschetti, di gruppi di persone che lavorano; tutto è pulito, quieto e attraente. I ricoverati sembrano spinti dalla medesima voglia di divertirsi, sono tutti occupati e contenti di esserlo. Oltrepassata la portineria, è come se foste entrati in una fabbrica; il lavoro è organizzato nella maniera migliore in modo da adattarsi alle capacità di ciascun lavoratore. Incontrerete allora il giardiniere, il contadino, il falciatore, il sarchiatore, ognuno allegramente intento al suo lavoro... per chi non sa fare nulla, o è debole, c'è la stoppa da cardare e il filo da avvolgere. Il fatto curioso è che tutti sono impazienti di

Jean Dubuffet (1901-1985),  
*Spiazzo con carretta*  
(1955).

avere un'occupazione, lavorano incessantemente e in genere senza altra ricompensa se non quella di tenere lontani i pensieri sgradevoli e le pene della malattia». Qui è evidente l'idea che l'ergoterapia agisca per distrazione – per spostamento. «Lavorano per se stessi, e una volta constatato che attraverso il lavoro ottengono calma, soddisfazione e l'approvazione dagli altri, riescono a dormire meglio e qualche volta sono remunerati; è difficile fermarli e farli smettere di lavorare. In questa comunità non esistono obblighi, né catene, né fruste, né punizioni corporali, semplicemente perché sono mezzi molto meno efficaci della persuasione e del desiderio di ottenere gratificazione». Browne conclude con una notazione che vorrebbe essere obiettiva, ma che suona indubbiamente ironica: «In breve, sono tutti così occupati e soddisfatti di non accorgersi della loro miseria»<sup>8</sup>. Una miseria economica curata attraverso una “miseria” psicologica.

Questo “nihilismo terapeutico” trova il suo culmine in un autore che è stato molto valorizzato in Italia: John Conolly, autore del *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi*, spesso contrapposto a Pinel come autentico fondatore o rifondatore della psichiatria moderna. L'esperimento di Conolly è della fine degli anni '30 del 1800, l'esperimento di Pinel è della fine del 1700, degli anni '90 del 1700: in realtà Conolly non solo si rifà a Pinel, ma anche a R. Gardiner Hill<sup>9</sup>, dal quale ha “preso in prestito” il suo sistema di gestione di un asilo, che per Conolly fu Hanwell. Rispetto a Browne, quello di Conolly era un metodo più complessivo: egli disegnava un'istituzione così come avrebbe dovuto essere – ma al di là di questo affermava, presentando il suo lavoro<sup>10</sup>, che l'obiettivo principale della sua opera era spiegare che l'abolizione delle catene, di ogni mezzo di contenzione, costituiva solo una parte di quel completo sistema di gestione del paziente folle che venne chiamato «sistema non costrittivo». Ci sono molti casi clinici, nel libro di Conolly, esposti seguendo un paradigma unitario: alla soglia del suo istituto si presentano persone maltrattate nei vecchi manicomi; vengono liberati, trattati bene, nutriti, considerati come esseri razionali, ed essi guariscono. Un esempio per tutti: «Una giovane donna sposata, sui venticinque anni, malata di mente da diciotto mesi, probabilmente in seguito a un troppo lungo allattamento unito a una forte denutrizione, fu portata da noi legata in modo molto complicato pur essendo debolissima e incapace di cam-

minare, aveva i polsi spellati e le caviglie ferite dalle legature e dalle catene impostele; le dita dei piedi erano praticamente in cancrena. Sembrava terrorizzata, con l'aspetto selvaggio e smarrito; insomma pareva che fosse stata mandata in manicomio per terminarvi quella misera vita. Naturalmente fu subito liberata dalle legature e, con le grandi cure prodigatele, in poche settimane fu di nuovo in grado di camminare e il suo aspetto divenne meno infelice. Ancora per parecchie settimane fu schiva e tendenzialmente turbolenta, ma perfettamente innocua. Il buon cibo, il vino, la libertà, l'aria aperta e la sensazione di avere accanto persone gentili ebbero su di lei effetti meravigliosi. Ritrovò la sua forza, la sua salute e divenne a poco a poco assolutamente ragionevole. Due dita dei piedi erano perdute, ma la sua vita era salva. Ricordava perfettamente le vicissitudini della sua malattia: ci raccontò che per un periodo, di giorno, veniva stretta in una camicia di forza e le venivano messe manette anche ai polsi e di notte era legata per le mani e i piedi al letto. Lasciò il manicomio di Hanwell perfettamente guarita»<sup>11</sup>. I pazienti trasferiti nelle nuove case di cura dai vecchi manicomi sono così per Conolly la prova lampante del risultato dei metodi non costrittivi.

Che cos'è allora il *moral treatment* all'inglese? *Prima facie*, non pare altro che un affare di “buon senso”, un atteggiamento che ciascun terapeuta dovrebbe prendere di fronte al suo malato: parlargli con dolcezza, compatire e mostrare di curare i suoi mali, restituirgli per quanto possibile dignità, benessere, agio, ridargli la speranza e le aspettative di una sorte più felice. Si tratta degli stessi elementi fondamentali del rapporto fondato sulla *suggestione*, all'epoca di Mesmer così come alla fine del nostro secolo. Questo discorso – che pure rappresenta la via maestra per l'introduzione di una comunicazione tra terapeuta e paziente – si risolve così in una pedagogia: per annullare il disordine mentale e ristrutturare la personalità del folle bisogna adottare, di fronte a lui, una posizione speculare, che finisce per ricondurre l'Altro al Medesimo. Con questo sistema diventa possibile ri-abilitare a tutte le norme dell'ordinamento borghese: il valore della proprietà, la divisione del lavoro, la competitività etc., portando così l'individuo uscito di senno a coincidere nuovamente con il Sé desiderato ed accettabile.

Eppure, anche tra le righe del libro di Conolly ci sono esempi di un diverso modo di intende-

re il trattamento, più vicino al *traitement moral* pineliano e gravido di tanto avvenire nella storia della psicoterapia: «Tra gli altri ospiti del manicomio, c'era la moglie di un povero sarto; aveva già disturbi da alcuni mesi, dopo un parto e, evidentemente, per mancanza di nutrienti e di agi. Era una specie di scheletro in stato di agitazione. Pareva ogni momento sul punto di morire, eppure correva avanti e indietro, ballava, cantava, e strappava i vestiti e le lenzuola in mille pezzi. Avevamo appena cominciato a risolvere questi problemi senza la contenzione ed ella si lasciava andare a innocue manie; le forniamo tra le altre cose dei ritagli inutilizzabili così che potesse divertirsi a strapparli. Inoltre le fu somministrato del cibo e della birra. La donna si irrobustì, divenne più quieta e ben presto si adoperò a confezionare vestiti invece di strapparli. E così stava cominciando una felice guarigione, quando il marito venne a trovarla. Il vederlo mezzo morto di fame e stracciato la sconvolse e provocò una temporanea ricaduta. Divenne depressa, pianse amaramente e voleva a tutti i costi che anche il marito fosse ricoverato a Hanwell. Tali sentimenti erano in contraddizione con il desiderio di tornare a casa sua, per quanto povera fosse, consolare il marito e dividere con lui la miseria; appena si sentì abbastanza bene il suo desiderio fu soddisfatto»<sup>12</sup>.

Qui troviamo in più un lavoro con le cose, sulle cose, una psico-terapia per mezzo non delle parole ma degli oggetti, un lavoro centrato sul soggetto che fa in modo di favorire un'identificazione immaginaria con il marito, che la possa supportare nel momento della crisi – e che è d'altra parte la causa del nuovo scopenso all'arrivo del consorte. La strategia terapeutica, qui, è quella di localizzare innanzitutto il godimento dell'Altro per potersi fondare: la paziente corre avanti e indietro, balla, canta, strappa i vestiti e le lenzuola, cioè fa qualcosa con questi frammenti di reale, così come il nevrotico fa qualcosa con dei pezzetti di discorso, si lamenta, fa dei lapsus. (Dietro) il sintomo (si) rappresenta il soggetto, ed eliminare questo sintomo significherebbe eliminare la soggettività della paziente. Si tratta invece di far passare nell'Altro sociale questo godimento dell'Altro persecutorio, affinché si producano degli effetti di ritorno, affinché il soggetto ne condivida una piccola parte, affinché qualcosa gli ritorni come soddisfazione: le vengono dati dei ritagli, così che possa divertirsi a strapparli, e ben presto la paziente passa a confezionare ve-

stiti invece di strapparli, ossia trova un'iscrizione nel simbolico che interseca famiglia e società. Non c'è qui nessuna forzatura pedagogica, ma solo il favorire delle linee di tendenza strutturali – che sarà quel senso, quella direzione che infine Freud rappresenterà con il suo: «*wo es war, soll Ich werden*». [«Dove ora es, bisogna che io avvenga» NdR].

1. R. P. Liberman (a cura di), *La riabilitazione psichiatrica*, Cortina, Milano 1997, p. 64.
2. Cit. in R. Hunter, I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*, Carlisle Publishing, Hartsdale, New York 1982, p. 472.
3. B. Faulkner, *Observations on the general and improper treatment of insanity: with a plan for the more speedy and effectual recovery of insane persons* (1790), cit. in R. Hunter, I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*, p. 527.
4. Cit. in R. Hunter, I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*, p. 685.
5. S. Tuke, *Description of the Retreat, an institution near York, for insane persons of the Society of Friends* (1813), cit. in R. Hunter, I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*, p. 688.
6. A. Digby, «*Moral Treatment at the Retreat, 1796-1846*», in W. F. Bynum, R. Porter, M. Shepherd (eds.), *The Anatomy of Madness. Essays in the History of Psychiatry. Volume II: Institutions and Society*, Tavistock Publications, London and New York 1985, p. 61.
7. W. Ch. Ellis, *A treatise on the nature, symptoms, causes, and treatment of insanity, with practical observations on lunatic asylums, and a description of the pauper lunatic asylum for the county of Middlesex at Hanwell, with a detailed account of its management* (1838), cit. in R. Hunter, I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*, p. 875.
8. W. A. F. Browne, *What asylums were, are, and ought to be* (1837), cit. in A. T. Scull, *Musei della follia. Il controllo sociale della devianza nell'Inghilterra del XIX secolo*, De Donato, Bari 1983, pp. 80-81.
9. R. Gardiner Hill, *Total abolition of personal restraints in the treatment of the insane* (1839), cit. in R. Hunter, I. Macalpine, *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*, pp. 886-892.
10. J. Conolly, *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* (1856), Einaudi, Torino 1976.
11. J. Conolly, *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* (1856), Einaudi, Torino 1976, pp. 73-74.
12. J. Conolly, *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* (1856), Einaudi, Torino 1976, pp. 71-72.

# La Comunità terapeutica rivisitata

LUCIO SCHITTAR

Andiamo a fare la nostra visita. Anzi, andiamo a fare la nostra rivisitazione. Come ci chiede l'amico Francesco Stoppa, ripensiamo a che cosa è stata, alcuni decenni fa, la Comunità terapeutica.

Oggi, da alcuni anni, si parla di Comunità terapeutiche per definire le comunità che accolgono in prevalenza tossicodipendenti, ma allora, molti anni fa, la Comunità terapeutica costituiva una delle poche possibilità socio-terapiche per chi volesse mutare l'Ospedale psichiatrico. Per gli amanti dei fatti storici diremo che l'idea di Comunità terapeutica è sorta alla fine della Seconda Guerra Mondiale in Gran Bretagna. La guerra aveva diminuito il numero dei medici e aumentato il numero dei pazienti, ragion per cui si trovò questo... artificio per curare molte persone con, tutto sommato, poco personale. Era in fondo un'applicazione pratica della psicologia sociale: si trattava di un risparmio di personale, che così poteva occuparsi di molti pazienti. Nella Comunità terapeutica fu data per la prima volta responsabilità e iniziativa ai pazienti psichiatrici, che vennero in un certo senso liberati dai loro ceppi (si parlò di seconda rivoluzione psichiatrica, essendo la prima quella di Pinel che nel 1789 liberò dai ceppi di ferro i malati imprigionati alla Bastiglia, ed essendo la terza la "Psichiatria di Comunità", condotta all'esterno dell'ospedale psichiatrico).

Dopo aver visitato un ospedale psichiatrico in Scozia diretto dal "fondatore" della Comunità terapeutica, Maxwell-Jones, cercammo di applicare questa nuova "tecnologia sociale" all'Ospedale psichiatrico di Gorizia. Maxwell-Jones applicava alla Comunità di Dingleton anche principi interpretativi di tipo freudiano: ricordo che una volta nella riunione di *briefing* successiva ad una riunione generale sottolineò l'ingresso in riunione generale di una giovane paziente che si affacciava intorno alla sua borsetta, e lo interpretò agli astanti come un messaggio simbolico.

L'Ospedale psichiatrico di Gorizia divenne in seguito famoso perché fu il primo ospedale in cui un gruppo di medici, guidati da Franco

Basaglia, cercò di cambiare la situazione. Usando questo nuovo sistema si cercava di colloquiare con i pazienti in gruppi quotidiani, di dare loro l'importanza che meritavano come individui e di assegnare loro la responsabilità dei loro atti (cosa che, a dirla, sembra abbastanza semplice, ma fu certamente cosa piuttosto complessa da mettere in atto). Inoltre il ricorso a quell'importante strumento della Comunità terapeutica che è l'interazione "faccia a faccia" risultò determinante per aggiungere una connotazione realistica alle decisioni dei pazienti, prima facilmente ricacciati nel loro delirio, o comunque nella loro patologia mentale, dalle decisioni di chi li custodiva (il *Reality testing*, la prova di realtà, costituiva un'importante particolarità del nuovo sistema). In definitiva la Comunità terapeutica fu uno degli aspetti più importanti del cambiamento dei modi di vita all'interno dell'ospedale psichiatrico; essa fu dunque uno dei modi con cui si provò a riabilitare i pazienti psichiatrici alla vita esterna. Per notizie o informazioni sulla Comunità terapeutica si veda prima di tutto *L'istituzione negata*, recentemente ristampato da Baldini & Castoldi.

Rivisitata oggi, a distanza di tempo, e col "senno di poi", la Comunità terapeutica appare essere stata allora un utile strumento per modificare la situazione curativa e assistenziale; essa aveva in sé degli elementi di utopia che, nella sua dimensione educativa, vennero colti come elementi preziosi e stimolanti.

A quel tempo, *per la prima volta in Italia*, s'incominciò a guardare ai comportamenti quotidiani, alle cose della vita dell'ospedale, come legate non solo ai sintomi della malattia mentale, ma anche al comportamento del personale o di altri pazienti.

L'Ospedale psichiatrico, vera nave dei folli, spesso ancorata alla periferia della città, aveva quasi l'obbligo di essere autosufficiente; doveva risolvere entro i suoi confini – possibilmente senza contatto con l'esterno – ogni sua necessità: in nome dell'"ergoterapia" ciascun ospedale psichiatrico aveva la Colonia agricola, dove con la manodopera di alcuni pazienti, defi-

niti “cronici tranquilli”, venivano ad esempio coltivate le verdure perché l’ospedale in questo fosse indipendente dalle forniture esterne. La struttura urbanistica era quella del villaggio, cioè alcune costruzioni (i padiglioni) erano disseminate come a Gorizia in un bel parco. Villaggio con la chiesetta al fondo dell’insieme dei padiglioni; villaggio nelle cui straducole prima



della direzione goriziana di Franco Basaglia si muovevano pochi pazienti, “cronici tranquilli”: (la dimensione del villaggio era stata ritenuta la più consona alla cura, e fors’anche la migliore, da una commissione che, alla fine del XIX secolo, aveva girato tutta l’Europa visitando manicomi di molte nazioni. Sia detto fra parentesi questa disposizione venne fatta propria ed espressa nel modo più ordinato dalla Sanità austriaca: si pensi alla costruzione dell’Ospedale psichiatrico di Gorizia, alla disposizione di quello di Udine, o di Trieste; si pensi alla disposizione urbanistica dell’Ospedale psichiatrico di Vienna, *am Steinhof*, o a quello di Praga). La tradizione sociale lasciava all’Ospedale psichiatrico la “funzione” di cancellare la storia di una persona: spesso nelle cartelle cliniche degli ospedali psichiatrici c’erano anni di vuoto, poi improvvisamente qualcuno scriveva che il paziente aveva avuto febbre e perciò era stato curato con la consulenza di medici dell’Ospedale civile. I pazienti erano in balia delle conoscenze dei medici che, per specializzarsi in una materia che permettesse loro di lavorare in ospedale psichiatrico (allora c’era più d’una di queste specializzazioni: Neurologia, Neuropsichiatria, Clinica delle Malattie Nervose e Mentali ecc.), spesso evitavano di fare la prima esperienza fuori, con i pazienti della “pratica medica”. Comunque i pazienti psichiatrici, ormai abituati a subire, non avrebbero mai protestato; non importava che cosa essi pensassero, dopo anni di ricovero era come se non ci fossero, come

fossero trasparenti: in ogni caso non possedevano alcun potere contrattuale.

I medici che lavoravano dentro i manicomi, che si occupavano dei pazienti “mentali”, non facevano in realtà i medici, per esempio non li visitavano (forse visitavano i reparti, ma non visitavano i pazienti); è piuttosto paradossale, ma una delle cose ritenute allora necessarie per

iniziare un processo di umanizzazione in un reparto dell’Ospedale psichiatrico di Colorno fu proprio il compito di “cominciare a fare i medici”: a chi riteneva importante questa cosa si presentarono moltissimi casi clinici che erano stati per così dire trascurati. Ad esempio furono individuati una decina di diabetici misconosciuti.

Fu “inciso”, con l’intervento di un chirurgo del vicino Ospedale civile, un paziente

che da molto tempo si lamentava per un ascesso mastoideo. Riassumendo, la Comunità terapeutica all’inizio fu utilizzata come uno strumento per modificare la vita dell’Ospedale psichiatrico. Vi s’incontrarono alcuni elementi di “normalizzazione” del giudizio con elementi di tecnologia sociale, come le assemblee, le riunioni di reparto, o tra un reparto e l’altro, e, come è stato detto, cosa veramente insolita per allora, venne fatto il tentativo di spiegare il comportamento dei pazienti con gli avvenimenti quotidiani del reparto in cui vivevano. Finalmente il paziente si sentiva oggetto di considerazione come individuo ed aveva l’occasione di far capire il suo pensiero in parole che non trovavano una repressione immediata, come era più volte successo in passato. Così un modo democratico di esprimere le proprie idee diventava anche l’occasione, di confrontarsi con le idee degli altri, “mettendo a norma” il proprio pensiero. Il problema più grosso era quello di mettere poi in atto ciò che veniva deciso dall’insieme delle persone che partecipavano all’assemblea. Come la storia della psichiatria aveva dimostrato, questo era un pun-

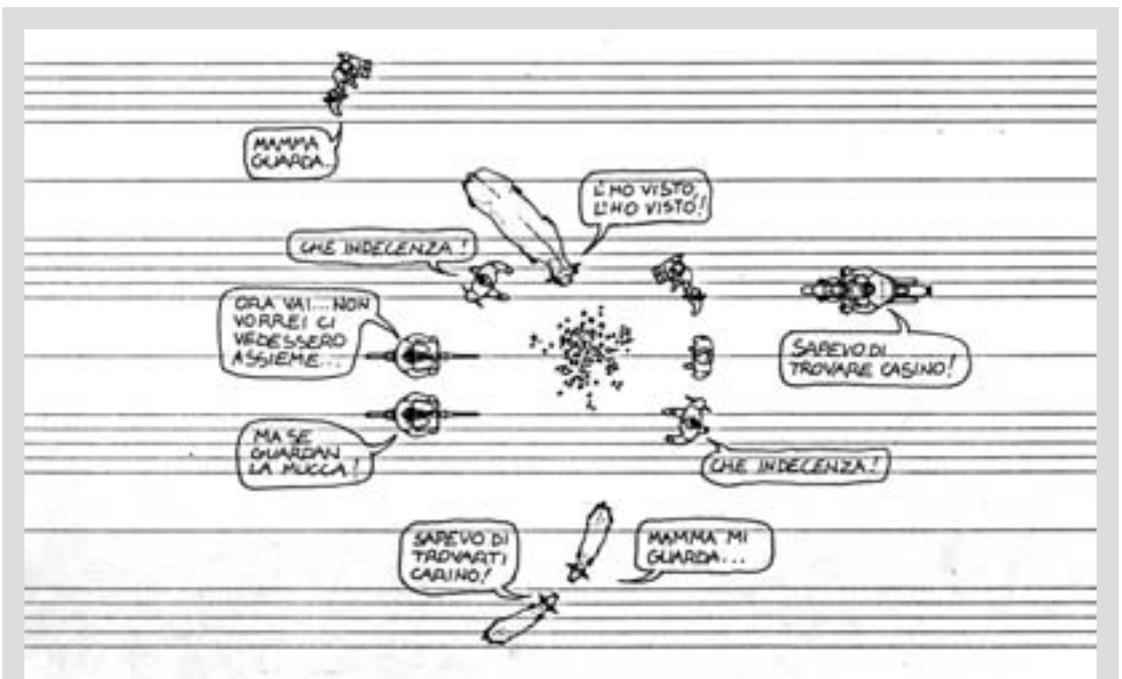
Padiglione nel parco  
dell’Ospedale psichiatrico  
di Gorizia. Anno 1966.

to critico nelle varie esperienze di Comunità terapeutica che erano sorte nel mondo.

La Comunità terapeutica di Gorizia, per essere credibile e permettere la circolazione delle idee e delle persone, doveva essere del tutto aperta (a lungo fu dibattuta la necessità di mantenere almeno un reparto chiuso). In quel cruciale momento del suo sviluppo la Comunità terapeutica di Gorizia resistette e si aprì totalmente. Vennero allora alla luce i reali contrasti fra i pazienti e i medici (che in quei giorni condividevano nei *media* la definizione di “innovatori”), e le reali impossibilità di mutare con la tecnica del consenso la condizione di soggezione dei pazienti nei confronti dell'autorità e dell'autorevolezza dei medici, e dell'autoritarismo, assai difficile da eliminare, di alcuni medici e di alcuni infermieri. La tecnologia democratica permise alle persone ricoverate di rendersi conto della rilevanza dei problemi, come anche di acquistare più forza e più considerazione da parte degli altri, per esempio vedendo sotto una luce diversa il lavoro nei servizi generali. Così lentamente il mondo alienato dell'Ospedale psichiatrico divenne praticabile anche dai pazienti, i quali un po' alla volta si resero conto che avevano anche delle

emozioni da controllare, e impararono a farlo con l'aiuto di persone che avevano studiato per questo. Seguirono, in fondo, l'itinerario di tutti e, dopo che l'Ospedale psichiatrico italiano fu abolito, si trovarono a vivere nella città, di cui percorsero preferibilmente i margini per molto tempo.

Per tornare al quesito: «Che cosa ne è stato della Comunità terapeutica?» diremo che la Comunità terapeutica fu importante per modificare il Manicomio, ma ha perso forza nell'essere usata perché: 1) ha presto rivelato la difficoltà ad uscire dalle trappole del consenso per i pazienti mentali, che nel loro gruppo di origine (la famiglia, la scuola, il lavoro, il luogo di vita) spesso in passato avevano negato essi stessi il loro consenso agli altri; 2) non è stata sufficiente la “fama” dell'esperienza di Gorizia per coagulare insieme il gruppo dei medici e dei pazienti, tant'è vero che i medici si sono poi sparsi per tutta Italia a fare i primari o i direttori; la Comunità terapeutica si è in pratica svuotata di senso e quindi è stata usata per coloro, spesso giovani, per i quali apprendere a vivere in comunità aveva ancora un senso importante, tant'è vero che il termine venne in seguito usato principalmente per i tossicodipendenti. ■



Disegno di Fulvia Spizzo.

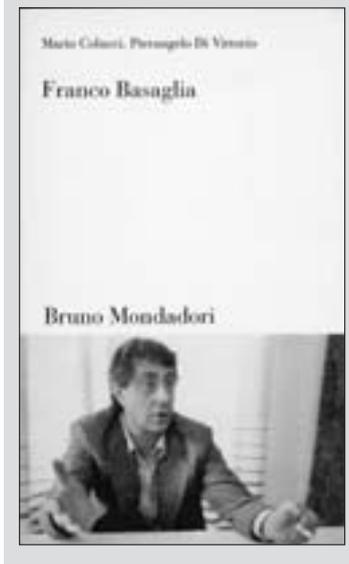
# La svolta di Gorizia

## *Basaglia e la Comunità terapeutica*

MARIO COLUCCI E PIERANGELO DI VITTORIO

Fallito il tentativo di conciliare la psicopatologia universitaria con le correnti psichiatriche d'ispirazione fenomenologica ed esistenziale, Franco Basaglia lascia la Clinica di malattie nervose e mentali di Padova e, nel 1961, vince il concorso per la direzione dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia. L'impossibilità di gestire l'orrida realtà del manicomio lo spinge a cercare nuove forme di organizzazione istituzionale. A Gorizia si combinano tre elementi: 1) il ritardo complessivo, sia teorico che pratico, della psichiatria italiana; 2) il radicalismo filosofico (fenomenologico) di Basaglia, ossia la volontà di portare alle estreme conseguenze la comprensione della follia, volontà rimasta fino ad allora frustrata, essendo l'Università dominata dal Positivismo e dall'Organicismo; 3) l'importazione del modello più innovativo – la Comunità terapeutica di Maxwell Jones – di gestione dell'Ospedale psichiatrico. Questi tre elementi hanno dato luogo a una strana alchimia, trasformando la Comunità terapeutica di Gorizia in un'esperienza estremamente avanzata. Infatti, il processo di liberalizzazione del manicomio, piuttosto che sedimentarsi in un nuovo modello tecnico-istituzionale, ha fatto esplodere nella società italiana la “contraddizione politica” del sistema psichiatrico: dietro la vocazione terapeutica c'è una funzione di controllo sociale; il sistema psichiatrico produce il malato mentale come una creatura due volte “mostruosa”, prima biologicamente, poi socialmente. Insomma, Gorizia è stato il laboratorio in

Questo testo è tratto dal volume di Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano 2001. Si tratta della prima monografia sullo psichiatra veneziano, che cerca di ricollocare nel panorama culturale del Novecento la sua complessa figura di intellettuale, intreccio di passione filosofica e impegno politico, riflessione teorica e sperimentazione istituzionale. Ringraziamo l'editore e gli autori per averci consentito la riproduzione di alcuni passaggi dai capitoli 3. “La svolta politica” e 4. “Il laboratorio della libertà”.



cui, d'un tratto, la ricerca fenomenologica di verità si è trasfigurata in una lotta politica a fianco degli internati contro la verità della “malattia mentale”, e in un più largo movimento di contestazione della “normalizzazione” psichiatrica della società.

Siamo nel 1979, a Rio de Janeiro, e Basaglia viene invitato a parlare su «Potere e violenza nell'ospedale psichiatrico»<sup>1</sup>. Giudicandolo però un tema un po' stereotipato, dal momento che la violenza del manicomio è cosa ormai nota a tutti, propone d'interrogarsi sui diversi modi in cui si è realizzato il superamento del manicomio. Comincia così un'analisi delle diverse proposte di alternativa al manicomio, che è in sostanza una storia della psichiatria europea a partire dagli anni Cinquanta. L'Inghilterra è il primo paese a promuovere una riforma della psichiatria, segue la Francia e poi, ultima arrivata, l'Italia. In Inghilterra, i manicomi vengono per la prima volta “aperti” (sistema dell'*open door*) e si sviluppa il concetto di Comunità terapeutica. Questo nuovo tipo di gestione dell'Ospedale psichiatrico ha come effetto di ridurre «l'aggressività del malato»: funzionando su principi condivisi da tutti (medici, infermieri, malati), e non imposti dai vertici dell'istituzione, la Comunità terapeutica mette il gruppo nella condizione di curare se stesso e fa perdere alla malattia «alcune sue caratteristiche essenziali perché persino il malato più grave, il più delirante, comincia a essere parte attiva della comunità»<sup>2</sup>.

Ma nel momento in cui si scopre che l'aggressività del malato può essere ridotta attraverso una gestione morbida dell'istituzione, viene alla luce che il manicomio non serve ad altro che a «controllare l'internato»<sup>3</sup>. In sostanza, quindi, il processo di umanizzazione e liberalizzazione evidenzia «la natura politica dell'istituzione manicomiale», facendo esplodere la *contraddizione della psichiatria*: dietro la funzione terapeutica c'è un mandato di controllo sociale, soprattutto nei confronti della «devianza del povero», della «devianza improduttiva»<sup>4</sup>. La scoperta della natura *politica* dell'istituzione manicomiale «diventa una falla, un punto di debolezza», che pone gli psichiatri dinanzi a un bivio: essi potranno riempire questa falla attraverso un nuovo discorso scientifico che legittimi il passaggio a una gestione più tollerante ed efficace del manicomio; oppure potranno scegliere di portare alle estreme conseguenze la contraddizione emersa, facendo entrare definitivamente in crisi l'istituzione manicomiale.

Dopo aver parlato dell'Inghilterra, Basaglia passa al caso della Francia, riferendosi ai primi programmi di umanizzazione del manicomio a opera di psichiatri che avevano partecipato alla Resistenza. Poi s'interrompe bruscamente e riporta un fatto abbastanza singolare verificatosi in Italia nello stesso periodo. Questa interruzione è essa stessa singolare, è una sorta d'incidente che turba l'ordinata successione della sua ricostruzione storica. Racconta: «Era stata bombardata una piccola provincia, Ancona, in cui c'era un manicomio. Una bomba era caduta sul manicomio e non lo aveva distrutto ma la maggior parte dei malati era fuggita. Si era nel pieno della guerra e nessuno aveva il tempo di pensare dove stavano matti e non matti... c'erano problemi ben più urgenti, altri pazzi si sparavano l'un l'altro... Dopo la guerra, quando si tornò alla normalità, la gente cominciò a domandarsi dove stavano i malati di mente. Molti non furono trovati, ma alla fine si scoprì che alcuni di loro stavano vicino al manicomio, vivendo e lavorando come qualsiasi altra persona. Questo indusse alcuni psichiatri a pensare che il trattamento di quei malati, di quegli internati poteva essere fatto in modo diverso. Ma questo fatto non ebbe alcun seguito»<sup>5</sup>.

Il seguito di questo incidente "terapeutico" è Gorizia, e non c'è forse immagine più appropriata della bomba, dell'esplosione a catena, per descrivere la dinamica che s'innescò, in Italia, con l'apertura del Manicomio di Gorizia e la sperimentazione di una Comunità terapeuti-

ca. La Comunità terapeutica di Gorizia è la bomba che esplose (in ritardo) nella psichiatria italiana. L'urto, subitaneo e violento, aprirà una falla così ampia e profonda che sarà difficile richiuderla con nuovi modelli gestionali e nuovi supporti scientifici. Da allora, contraddizioni inarginabili entreranno a fiotti nel manicomio, facendolo colare a picco insieme alle pretese scientifiche della psichiatria. Gorizia è la breccia che fa fuggire gli internati, mostrando che si può e si deve avere con loro un altro tipo di rapporto, che si possono e si debbono incontrare come uomini liberi. È la bomba che rende liberi, e che fa della *scoperta della libertà* un punto di non ritorno: se la libertà è terapeutica, se soltanto sulla base di un rapporto di uomini liberi con altri uomini liberi si può costruire una relazione terapeutica, allora il prezzo da pagare è la distruzione del manicomio, macchina implacabile che produce instancabilmente esclusione, discriminazione, violenza e oppressione. Per gli psichiatri, si tratta di un prezzo molto alto, il più alto, dal momento che è in gioco il loro ruolo, la loro identità, il loro sapere e il loro potere.

Testimoni di questa esplosione della libertà, gli psichiatri di Gorizia non hanno intrapreso la strada di una giustificazione "scientifica" del nuovo modo di gestire il manicomio, non hanno sanato la contraddizione psichiatrica costituendosi come soggetti della «scienza della gestione comunitaria», ma hanno preferito affermare «la scelta di mantenere aperta questa contraddizione»<sup>6</sup>, consapevoli che il manicomio «sarebbe comunque rimasto un luogo di controllo e non di cura». Dice in conclusione Basaglia: «Il solo modo per affrontare la malattia mentale o la follia era l'eliminazione del manicomio. Così abbiamo cominciato questa lotta del nano contro il gigante»<sup>7</sup>. Eppure, dietro questo netto rifiuto della "scienza" c'è anche una pretesa propriamente scientifica: la volontà d'incontrare l'altro, di comprendere il malato mentale o il folle e d'instaurare con lui una relazione terapeutica. Le contraddizioni devono restare "aperte", il manicomio deve continuare a essere "messo in stallo" (piuttosto che essere giustificato da nuovi saperi e nuove tecniche), e si vede bene come questo esercizio di sospensione dia anche, e subito, risultati scientifici: «Noi portammo comunque il nostro *contributo scientifico* allo sviluppo della psichiatria, poiché evidenziammo che la gestione della Comunità terapeutica, che cercava di umanizzare il Manicomio, era ugualmente un

mezzo di controllo sociale»<sup>8</sup>. Nella Comunità terapeutica non c'è niente di veramente scientifico, niente di veramente terapeutico, perché la contraddizione della psichiatria è ancora all'opera e anzi funziona meglio, grazie a una più efficace dissimulazione del controllo sociale. La Comunità terapeutica è più controllo che cura, più politica che scienza, è l'ennesima e più subdola legittimazione scientifica di una norma sociale arbitraria e di una violenza politica: ecco la scoperta "scientifica" degli psichiatri di Gorizia.

[...] Dov'è che la Comunità terapeutica di Gorizia comincia a discostarsi da quella inglese (o dalle esperienze francesi della psicoterapia istituzionale), ruotando sul proprio asse fino a ricadere fuori di se stessa? Che cosa fa sì che questa esperienza fuoriesca dai binari di una semplice riforma dell'Ospedale psichiatrico, sospendendosi al suo interno e rilanciando all'esterno la contraddizione psichiatrica, il problema socio-politico del malato di mente? Agostino Pirella lo dice in modo chiaro: «Nella dinamica della *contestazione* [...] sta la differenza fra la nostra comunità e la comunità diciamo in senso classico. Il fatto nuovo è che la nostra comunità è caratterizzata da una posizione di contestazione a tutti i livelli». La reciproca contestazione che s'instaura fra medici, infermieri e pazienti «porta, in modo disordinato ed anche contraddittorio, a contestare in modo globale il potere esterno, quel potere che invece ci imporrebbe di tenere la situazione totalmente sotto controllo in una comunità guidata»<sup>9</sup>. La "contestazione" non è un valore astratto, ideologico, che l'avanguardia medica sovrappone al reale funzionamento della Comunità terapeutica di Gorizia. Si tratta invece di una dinamica provocata da precise e concrete prese di posizione, cioè dalla forma specifica che assumerà la "liberazione" dei malati di mente. [...] Basaglia condivide senz'altro l'idea che la terapeuticità dell'organizzazione comunitaria consista essenzialmente nella partecipazione di tutti – pazienti,



Marco Cavallo a Villa Fulcis.  
Ponte delle Alpi, marzo 1975.  
Foto di Mark Edward Smith.

medici e infermieri – al perseguimento di una "finalità comune" che è la terapeuticità stessa. Ma si rende anche conto che questa finalità può emergere soltanto sulla base di un rapporto di reciproca tensione, di conflittualità; a partire cioè da una *crisi permanente* della Comunità terapeutica. Se la sua "funzionalità istituzionale" non viene ogni volta interrotta, sospesa, messa

fra parentesi, c'è il rischio che la finalità comune diventi una formula vuota, sotto la quale si nasconde una nuova soluzione tecnica del problema istituzionale del malato di mente, imposta dai criteri di organizzazione e di efficienza dell'istituzione stessa. L'unico modo per far emergere la finalità terapeutica, sulla base della reciproca ten-

sione fra tutti i membri della comunità, è quello di *fare leva sull'aggressività dei malati*, cercando di farne un momento di contestazione più ampia, di carattere socio-politico. [...]

L'aggressività, come leva per far insorgere il sapere degli internati contro il sistema psichiatrico, è il motivo centrale di tutti i contributi che compongono *L'istituzione negata*: tappa fondamentale per il movimento anti istituzionale, non soltanto perché ne segna in fondo la nascita, delineandone i presupposti teorici e pratici, ma anche perché offrirà una base più larga alla sua lotta, divenendo uno dei libri-simbolo del '68. *L'istituzione negata* diventa la Bibbia della lotta per il superamento del manicomio. Quello che resta un po' nell'ombra è che si tratta anche, e in qualche misura soprattutto, di un libro *contro* la Comunità terapeutica e tutti i tentativi di "riforma" istituzionale. È un libro che parla della crisi e mette definitivamente in crisi l'esperienza di Gorizia, e questa è la sua originalità, la sua genialità. Il rapporto tra aggressività e contestazione, la necessità di ritrovare la forza della follia per far emergere il problema socio-politico del malato mentale, è una preoccupazione così forte degli psichiatri di Gorizia che essi giungono a proporre un'*anti-pedagogia* del perfetto ricoverato, facendo partecipare gli

internati a una sorta di lavaggio del cervello “alla rovescia”: si cercava infatti «di stimolare l’aggressività nascente facendo avvicinare la loro situazione a quella di altri “esclusi”, attraverso la proiezione di documentari in cui fossero evidenti le parti degli oppressi e degli oppressori, ricavandone discussioni, confronti, giudizi»<sup>10</sup>. Il paragone della condizione dell’internato psichiatrico con quella di altri esclusi diventa a un certo punto un motivo centrale del discorso di Franco e Franca Basaglia, che fanno riferimento alla condizione dei “negri”, dei colonizzati, degli ebrei nei campi di concentramento, delle prostitute nelle case chiuse, e citano spesso Primo Levi: «Si immagina ora un uomo, a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere se stesso»<sup>11</sup>. Questo paragone mostra chiaramente la virata del soggetto della conoscenza psichiatrica verso il soggetto etico, verso colui che si pone a testimone di un non sapere, di un silenzio, di un processo di desoggettivazione, sperimentando al tempo stesso la possibilità di ridare voce a chi non ha voce, di far insorgere il sapere degli psichiatrizzati e avviare a livello culturale e sociale un processo di soggettivazione più ampio, uno scambio fra le voci della ragione e quelle della follia. Nonostante Basaglia insistesse sovente sulla necessità di una “presa di coscienza” politica degli internati, in realtà egli non si poneva affatto come un intellettuale universale che mostra la strada e dà consigli, bensì come un intellettuale specifico che lotta a fianco di coloro che tentano di far insorgere il loro sapere locale, squalificato e assoggettato, contro il discorso scientifico e i suoi effetti di potere: «Il sapere dell’internato è che la sua unica possibilità di liberazione è andare al di là dei muri ed entrare in una situazione di dialogo con l’altro. Qui si esprime il problema del sapere: proprio

quando l’internato fa questo salto. È cioè il momento della complicità, il momento in cui balbettante diventa il tecnico perché non capisce l’azione dell’internato, non conosce la cultura del dissenso, perché l’ha sempre catalogata col suo potere e col suo sapere»<sup>12</sup>. Non si tratta d’insegnare qualcosa agli internati, di indicargli il progetto, i bersagli, le tattiche, perché sono gli internati stessi che “sanno”, loro e nessun altro. Si tratta al contrario, da un lato di svuotare il proprio discorso a pretesa scientifica per fare posto al sapere degli psichiatrizzati, dall’altro di “spendere” la propria volontà di sapere come ricerca degli strumenti critici – storici e sociologici – che possano offrire alla loro lotta una percezione spessa del presente, il rilievo topografico e geologico della battaglia. Da questo punto di vista, se si può ancora parlare di un “discorso” di Basaglia dopo la svolta di Gorizia, questo sarà soprattutto la eco critica di quello che Foucault chiama il «sapere della gente».

1. F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Cortina, Milano 2000, pp. 105-120.
2. *Ivi*, p. 109 e 107.
3. *Ivi*, p. 109.
4. *Ivi*, p. 109 e 111.
5. *Ivi*, pp. 109-110.
6. *Ivi*, p. 109 e 112.
7. *Ivi*, p. 112.
8. *Ibid.* [cors.d.cur.].
9. *Riunione di équipe del 27 novembre 1967*, in F. Basaglia (a c. di), *L’istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini&Castoldi, Milano 1998, p. 174 [cors.d.cur.].
10. F. Basaglia, *La “Comunità Terapeutica” come base di un servizio psichiatrico*, in *Id.*, *Scritti*, 2 voll., Einaudi, Torino 1981-82, vol. I, p. 279.
11. P. Levi, *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino 1958, p. 23.
12. F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, A. Pirella, S. Taverna, *La nave che affonda. Psichiatria e antipsichiatria a dieci anni da “L’istituzione negata”: un dibattito*, Savelli, Roma 1978, p. 119.



## Alla ricerca di una comunità possibile

LUCIANA MOLINARI

Il tema proposto per questo numero de «L'Ipogrifo» mi ha sollecitato a riprendere alcuni appunti scritti qualche tempo fa, nel tentativo di elaborare le premesse per una riorganizzazione del Centro diurno di cui avevo la referenza tecnica. La riflessione dell'équipe all'epoca si era incentrata sul concetto di comunità, come presupposto centrale per definire le linee guida del nostro lavoro.

Il Centro diurno in cui operavamo si trovava all'interno dell'ex ospedale psichiatrico di Udine, in un ex reparto (il numero 9) ed accoglieva utenti provenienti dal territorio, inviati lì dai Centri di salute mentale del Dipartimento.

Connotare il 9 come comunità voleva indicare un punto di rottura con una certa rigidità gerarchica con cui si era organizzato il gruppo stesso degli utenti, in modo del tutto speculare al contesto istituzionale in cui la struttura era inserita. Nei nostri intenti, il termine "comunità" doveva indicare un luogo dove fosse promossa la libertà di partecipazione e di discussione, un luogo in cui fosse centrale il dibattito sulla suddivisione dei ruoli e dei poteri, sulla condivisione del senso delle regole e delle attività che la comunità stessa andava a strutturare al suo interno; in questa ottica l'organizzazione giornaliera e settimanale del Centro prevedeva molti momenti dedicati all'incontro e alla discussione.

La comunità, in quanto struttura intermedia, doveva essere un luogo di mediazione tra i circuiti istituzionali e la realtà territoriale, quindi un luogo in cui necessariamente si sarebbero dovuti incrociare vari percorsi, varie opportunità, varie culture. Un luogo in cui la "follia" intesa come ciò che è incomprensibile, che si sottrae al piano della comunicazione, potesse convivere con discorsi e ritmi più quotidiani con cui contaminarsi e trovare dei punti di aggancio.

La comunità allora sarebbe dovuta essere una realtà flessibile, rispettosa dei tempi necessari al costituirsi della soggettività; uno scenario, uno sfondo delineato, in cui cominciare ad alloggiare qualche cosa di sé. Si trattava di immaginare un luogo in cui fosse possibile creare le condizioni per un passaggio terapeutico: il passaggio

dall'essere oggetto di cura, cioè di una domanda da parte dei curanti, all'essere agenti di un percorso e di una domanda soggettiva riguardo al proprio disagio e al proprio progetto di vita. In questa direzione, l'associazione «È Vento Nuovo», nata all'interno della comunità, poteva costituire la possibilità, per le persone che avevano fatto un percorso al Centro diurno, di rimanere collegate al 9 al di là di ogni vincolo istituzionale e di decidere attivamente le modalità con cui mantenere questo rapporto. Entrare nell'Associazione portava ad operare una scelta: non era prescritto dal Servizio inviante, ma dipendeva dal desiderio di far parte di qualche cosa (squadra di calcio, gruppi di cucina, pittura musica, gite ecc.) e rimanere in contatto con degli amici.

Chiamarci "comunità" avrebbe dovuto aiutarci ad evitare il rischio di semplificare le cose e lasciare che il Centro diurno venisse definito dalle attività che si svolgevano al suo interno piuttosto che dalle relazioni vissute. Le attività riabilitative, infatti, assumevano per noi la funzione di *pre-testo* nel doppio significato che questa parola può avere: artificio ma anche ciò che precede un testo, prerequisito alla costruzione di un discorso. Si trattava cioè di artifici, *pre-testi* appunto, posti nella speranza di consentire alla particolarità di ciascuno di trovare agganci in un discorso, cioè in una delle possibili strutture del legame sociale. Il riferimento va al pensiero di Heidegger, nella sua concezione filosofica l'essere è progetto, continuo tendere verso una diversa definizione della realtà. Questo progettare il mondo, questo entrare in rapporto con le cose, è però possibile solo all'interno di un quadro *pre-definito* che non dipende dal soggetto, ma è dato dal linguaggio. Credo che il senso più autentico che le attività riabilitative possano avere consista in questo: costituire un quadro, una realtà delimitata, a partire dalla quale poter riprogettare il proprio rapporto con le cose del mondo e quindi con se stessi. Secondo Heidegger l'autenticità dell'essere è, per ognuno, divenire responsabile dello scegliere se stesso, del conquistarsi. L'essere si realizza andando oltre quello che è il valore con-

venzionale delle cose, nel ricreare la realtà secondo un insieme di significanti che fanno capo a lui stesso. Pensare la riabilitazione in questi termini, la riabilitazione come *pre-testo*, significa allora non ridurla ad un semplice imparare a fare delle cose, ma aprirla a divenire lo sfondo rispetto al quale può cominciare a delinearsi la possibilità di questo scegliersi. Nella lettera ai primari dei manicomi, Antonin Artaud afferma che tutti gli atti individuali sono atti antisociali. I folli, in quanto uomini che pensano ed agiscono, sono le vittime per eccellenza della dittatura sociale. L'artista testimonia la sua via d'uscita a questo essere vittima attraverso la sua opera, che gli consente di ricreare il proprio linguaggio ed il proprio corpo, di riscrivere il suo essere al mondo. La riabilitazione a cui ci piace

pensare dovrebbe porsi in questi termini: non riadattamento forzato al sistema, ma atto creativo. In questa prospettiva la comunità ci sembra essere una sorta di cuscino che media l'impatto con la follia dell'Altro, con il *non-senso* delle regole del contesto sociale; una dimensione che accompagna a vivere la città, l'inserimento lavorativo, il corso di formazione professionale come luoghi abitabili, luoghi in cui ci si può inserire senza troppa angoscia proprio perché c'è un altro luogo, eccentrico a questi, dove l'angoscia si può esprimere e il senso si può reinventare.

Una bella utopia il 9, un sogno che in parte ha funzionato e tuttora funziona, ma guardando indietro, alle speranze di allora, continuo a chiedermi cosa c'è che non va? Qual è la principale resistenza a tutto questo? Che cosa determina, alla fine, per quanto possa essere accurato un progetto, quel senso di inerzia, di stagnazione, di fatica a cui inevitabilmente si approda? Per articolare questa questione mi è sembrato interessante riprendere alcuni testi freudiani tra cui *Il disagio della civiltà*. In esso Freud ci ricorda

che il concetto di comunità in fondo si basa su un paradosso, su una spaccatura strutturale, irrisolvibile tra la tendenza dell'individuo ad essere felice e la tendenza a congiungersi con altri esseri umani.

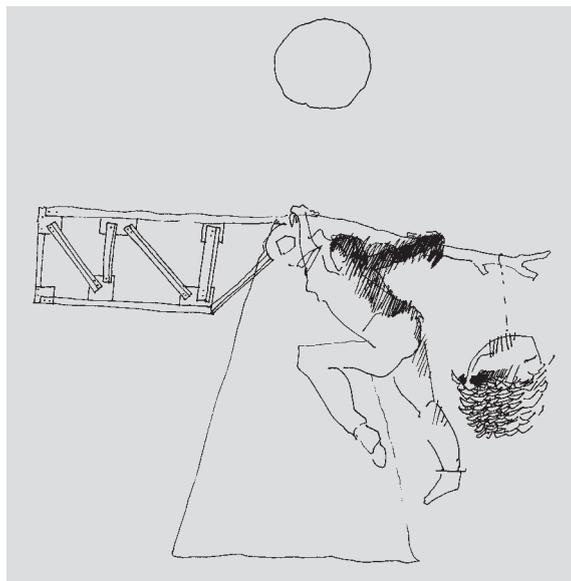
In fondo ogni tipo di organizzazione che la civiltà raggiunge è sempre sintomatica e riguardo a questo ci avverte Freud: «Forse ci abiteremo all'idea che ci

sono difficoltà inerenti all'essenza stessa della civiltà che non cedono di fronte ad alcun tentativo di riforma. Oltre agli obblighi cui siamo preparati concernenti la restrizione pulsionale ci sovrasta il pericolo di una condizione che potremmo definire la miseria psicologica delle masse. Questo pericolo incombe maggiormente dove il legame è stabilito attraverso l'identificazione reciproca dei

vari membri, mentre le personalità dei capi non acquistano quel significato che dovrebbero avere nella formazione di una massa» S. Freud, *Il disagio della civiltà e altri saggi*, Boringhieri, Torino 1971, pp. 250-51.

Come sarà possibile allora non passare dalla libertà e dalla creatività dell'utopia al rimbacillimento generalizzato, dall'inventare strategie per entrare in relazione con soggetti, sempre ermetici e conflittuali, al compiacersi di trattare con burattini di cui illusoriamente teniamo i fili fino alla prossima crisi?

Proprio perché qualche cosa del nostro ideale, del nostro sogno ha funzionato, rischiamo ora di ritrovarci rinchiusi in una gabbia d'oro, in un luogo un po' più democratico, dove si sta un po' meglio, le pressioni istituzionali sono un po' meno forti, ma... tutto si ferma lì. Il rischio è quello di accontentarsi di una patina di falso benessere che semplifica le contraddizioni, le copre, le risolve, senza che questo implichi dei percorsi per i singoli soggetti, sempre imbarazzanti e faticosi. Si consolida così la routine all'insegna di «nessuna nuova... buona nuova», eliminando la



*Bilancia temporale.*  
Disegno di Stefano Jus.

dimensione vitale della sorpresa e l'attenzione a quei piccoli intoppi, a quegli imprevisti che lo scorrere della vita quotidiana ci pone davanti come momenti preziosi, momenti in cui i giochi di ruolo stereotipati si rompono e lo scenario si apre a nuove dimensioni, a nuove valenze dell'essere insieme.

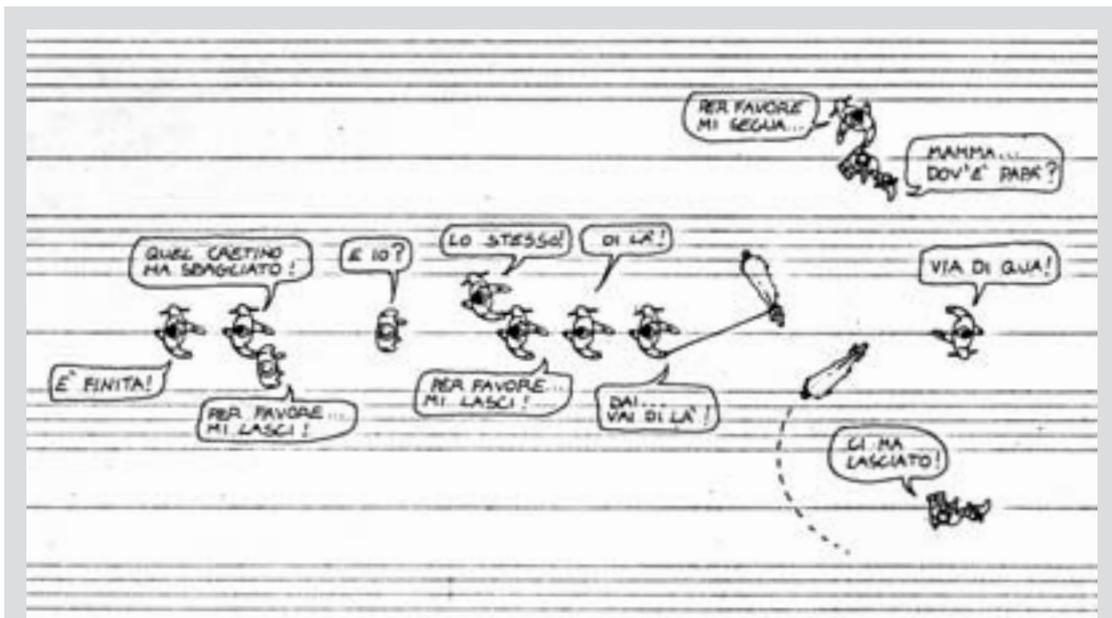
Il rischio maggiore di rimbecillimento, ci avverte Freud, è dove il legame è stabilito in funzione dell'identificazione reciproca: tutti uguali per il funzionamento della comunità, ma in questa omologazione dove finiscono la passione e la creatività che hanno animato il sogno? In fondo, parafrasando Minkowski, potremmo dire che il desiderio di qualche cosa è sempre il desiderio di qualcuno, anzi, di ciascuno.

Sottolinea ancora Freud: «Riguardo all'alacrità intellettuale è un fatto che le grandi decisioni del lavoro della mente, le scoperte, le soluzioni dei problemi gravide di conseguenze sono consentite solamente al singolo che lavora in solitudine. Le masse non hanno mai conosciuto la sete di verità. Hanno bisogno di illusioni e a queste non possono rinunciare» *Ibid*, p. 75.

C'è una deriva insita nell'ideale, nell'utopia, che è proprio il perdere di vista il posto della verità, il celare il disagio, quasi fosse un dettaglio trascurabile, in funzione della perfezione del sogno con gli effetti devastanti che ne derivano.

Una comunità possibile, una comunità attenta riguardo al rischio di miseria psicologica di cui parla Freud, dovrebbe forse mirare a preservare una dialettica, una tensione tra i momenti di elaborazione, di chiusura, di solitudine individuale e a volte di crisi, ed i momenti in cui qualche cosa di questa chiusura può essere detto, può circolare tra tutti e provocare la comunità a reinventare i propri costumi, cioè le modalità del *con-esserci*, dell'aver cura reciproco. Penso che sia questa l'unica possibilità affinché nella struttura di finzioni e giochi identificatori, quale è una comunità, un soggetto possa evitare di perdersi ulteriormente e ritrovare un po' della sua verità, del suo essere.

Una comunità possibile, un luogo abitabile ha inevitabilmente a che fare con la possibilità di ritrovare un'etica nelle proprie azioni, cioè con la possibilità di interrogare e riformulare continuamente il proprio rapporto con le regole che fondano la comunità stessa e il proprio stare con gli altri: è questo l'impegno, il patto di chi vive la comunità e riguarda entrambi, operatori e pazienti. Se questo patto non viene rispettato ci si ritrova immancabilmente in una dimensione di finzione fine a se stessa e pertanto sterile, stupida, misera, in una pantomima di incontri sempre mancati dove si continua a ripetere le stesse cose perché, in fondo, non rimane niente da dire.



Disegno di Fulvia Spizzo.

# La costruzione della quotidianità

## *Suoni e colori di una Comunità terapeutica*

PATRIZIA ZANET

Il tema di questo numero è complesso da trattare... proverò ad esporre alcune suggestioni a riguardo. Quando si parla di comunità penso bisogni entrare subito nella “struttura portante” di tale concetto, ovvero la relazione interpersonale tra i soggetti che la formano. Comunità evoca svariate situazioni che erroneamente si possono confondere con altri concetti quali “folla” o “massa”. Gustav Le Bon in *Psicologia delle masse* (Parigi, 1895) intende con questo termine una moltitudine umana nella quale un individuo pensa e agisce in maniera completamente diversa dal suo solito; nella massa, ritiene Le Bon, le acquisizioni individuali dei singoli scompaiono e con ciò scompare il loro specifico modo di essere. Il dizionario ci dà la seguente definizione di comunità: «Aggregato di persone che hanno comuni origini, idee, interessi». Per cui orienta il significato di tale parola verso il senso di condivisione, reciprocità e cura di qualcuno. Tale concetto, diversamente da quello di “massa”, rimanda ad un insieme di soggettività che valorizza e fa emergere le differenze di ognuno, dando spazio alla creatività ed ai propri vissuti. In un clima del genere, in cui le differenze soggettive sono un punto di forza, si creano le condizioni che fanno della comunità un luogo ove i rapporti si costruiscono e ri-costruiscono in un continuo divenire. Questa idea si oppone perciò alla tendenza sociale dominante che fa dell'indifferenziazione e globalizzazione i propri “valori” fondanti, per cui la diversità (in ogni sua forma) viene negata, in nome di un'omologazione di pensiero e stili di vita. All'interno della comunità in cui lavoro – Villa Bisutti del Dsm di Pordenone – nulla rimane immutato... le stesse regole di convivenza, erroneamente considerate rigide, diventano oggetto di discussione “viva” per



Disegno di un ospite di Villa Bisutti.

una costruzione della quotidianità mai fissata su dettami vuoti di senso. Il senso lo creiamo insieme, a volte ce lo inventiamo... l'importante è che l'ospite senta di avere la possibilità di incidere in queste regole assumendosi, a volte, una parte di responsabilità (per il grado in cui gli è possibile) nell'andamento della casa. Tutto questo avviene se, dentro la testa dell'operatore, c'è prima di tutto quello spazio mentale necessario per permettere all'ospite di giocare, di sperimentare il rapporto con il suo Altro (sia esso uno spazio fisico, una persona, un mondo di sensazioni sconosciute), di poter “assaggiare” sapori e profumi per lui “buoni” e rassicuranti. È una questione di sensazioni personali che scavalcano la sterile professionalità. Lavorare nell'ambito della salute mentale significa accettare di entrare in un terreno sdrucchioloso in cui spesso i primi a scivolare sulle proprie certezze teoriche siamo noi operatori. La forza trainante della comunità in cui lavoro, è la continua messa in discussione della propria presenza e del senso del percorso. Ketty afferma: «Venire qui mi ha permesso di vedere le cose da un altro punto di vista. Gli altri ci permettono di vedere il problema un po' meno ingigantito, ci aiutano a prendere le distanze dai nostri dolori personali». Se da un lato risulta importante interrogare ed interrogarsi, dall'altro è indispensabile creare una cornice in grado di contenere l'angoscia dell'ospite attraverso dei rapporti significativi con l'équipe curante e la casa. È proprio in questo contesto che si delinea il destino della comunità, all'interno della quale ogni soggetto, alla fine della propria cura, giunge a dar forma a questioni prima confuse e inesprimibili quali: «Che posto ho io nel mondo? Che cosa rappresento per gli altri e gli altri per me?»

Qual è il senso della mia malattia? Come potete aiutarmi?...».

Questo può succedere soltanto all'interno di una relazione di senso, dialettica, nella quale l'operatore funge da terzo mediatore, quasi da "oggetto transizionale" tra il mondo interno dell'ospite e il suo Altro. In questo binario relazionale incidono le ansie e le aspettative degli operatori, i colori e i suoni della casa, le incertezze e tutto quello che dà spessore al vivere quotidiano, perché anche il non-detto crea atmosfera e occupa spazi vitali.

Ed allora la frase di Luca: «Qui non serve parlare, a volte ci si urta anche con gli umori di ciascuno di noi» diventa eloquente. Anche i silenzi sono carichi di significati, scandiscono un ritmo per ognuno diverso ma condiviso.

Proprio in relazione a questo, un giorno un ospite mi chiese: «Quando il "respirare" insieme può diventare collettivo senza essere omologante?». Cerchiamo allora di costruire un discorso in cui ognuno, tramite la parola, si possa rappresentare, per evitare che, come dice Cristina: «La verità sia sempre degli altri».

## Riflessioni sulla Controriforma Burani alla Legge 180

ANGELO CASSIN

Tra le tante qualità che ha la Legge 180 è la continua necessità di una sua modifica, come testimoniano le 23 proposte presentate in Parlamento nei vent'anni della sua applicazione, segno questo di vitalità, di una legge che apre interrogativi, piuttosto che chiuderne, che "tiene aperta la contraddizione" insita nella psichiatria, pericolosamente in bilico tra cura e controllo sociale, come ci ha insegnato la lezione basagliana. A riprova del suo contrario basti pensare alla precedente Legge 1904, che ha resistito monolitica, intorno alla certezza manicomiale, per ben 74 anni!

Perché allarmarsi tanto per una ennesima proposta, che appare la peggiore, per spessore culturale e rozzezza di proposte, tra tutte quelle che l'hanno preceduta?

Innanzitutto perché, provenendo dall'area di governo, può contare almeno teoricamente sui numeri necessari alla sua approvazione, ma soprattutto per lo stravolgimento profondo che verrebbe determinato, non tanto della Legge 180, ma di tutta quella serie di principi che, in modo ormai trasversale, informano il lavoro quotidiano dei Servizi di salute mentale italiani e di quelli delle società più evolute.

Mi limiterò ad alcune osservazioni. Al Comma a del punto tre si specifica che il Centro di Salute Mentale ha la responsabilità del malato in tutti i suoi aspetti sociali, legali e terapeutici: di fronte allo scaricabarile delle responsabilità tra

i Servizi, che tristemente compare nelle cronache di alcune città italiane, sembrerebbe auspicabile un richiamo forte in questa direzione. Nondimeno ciò appare una netta inversione di tendenza rispetto alla "restituzione della delega" di basagliana memoria, vale a dire di quella attribuzione di responsabilità, nel garantire la salute, a tutta la società, a partire dalla fruizione dei diritti fondamentali, siano essi di lavoro, di socialità, di casa, collocando la psichiatria nella sua vocazione terapeutica ed emancipativa, garanzia del diritto di parola e di senso della sofferenza, limitando la sua funzione di controllore sociale, anzi di silenziatore delle determinanti sociali e relazionali della sofferenza, entro un supposto, e mai verificato, potere delle tecniche. Il lavoro per la Salute mentale come un lavoro di integrazione di risorse e responsabilità verrebbe così gravemente minacciato.

Riportare sullo psichiatra un carico così "totale", onnipotente, carico di responsabilità, non può che riprodurre un fenomeno già visto con la «1904», per la quale le dimissioni dall'Ospedale psichiatrico potevano avvenire su diretta responsabilità del direttore: la logica conseguenza fu che non si dimetteva nessuno! È facile infatti immaginare che in questo caso lo psichiatra sceglierà le soluzioni più garantiste... delle conseguenze legali nei propri confronti, vale a dire soluzioni neo-recluserie.

Puntualmente la proposta prevede infatti alcuni aspetti facilitativi in tal senso: creazione di strutture residenziali protette di 50 posti letto. Decenni di pratiche e verifiche scientifiche hanno dimostrato che al di sopra delle 8-10 unità si perdono quelle dinamiche (relazionali e affettive) di gruppo che garantiscono la terapeuticità e la possibilità di personalizzazione (quindi di “personazione”) di ogni comunità residenziale, per l’inevitabile prevalere della logica istituzionale su quella terapeutica.

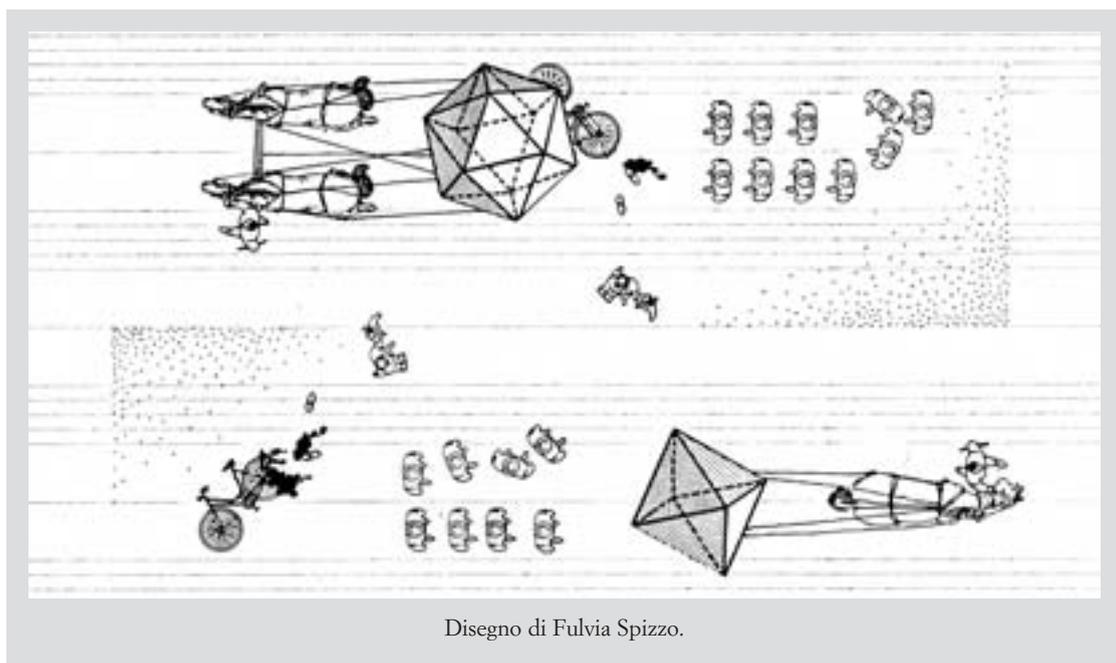
La partecipazione attiva al trattamento, la volontarietà di ogni progetto che voglia definirsi terapeutico, viene inficiata dalla possibilità, espressa dalla proposta di legge, di operare tramite inserimenti coattivi. La logica coercitiva di tali internamenti, che vengono a perdere necessariamente il valore riabilitativo, a favore della salvaguardia sociale, è tradita dalla garanzia agli ospiti di fruire di una limitata “libera uscita”, quale boccata d’aria nel regime restrittivo.

Altro punto critico. La facilitazione e l’estensione tipologica del trattamento obbligatorio, che viene nuovamente legato alla dimensione della pericolosità («deve essere effettuato solo se esistano alterazioni psichiche tali da arrecare danno o pregiudizio al malato o a terzi»), la possibilità venga chiesto da chiunque con convalida psichiatrica, mentre viene ad essere perso il valore simbolico della responsabilità della

comunità espressa dal suo rappresentante, il Sindaco, riportano decisamente la psichiatria nell’alveo del controllo sociale, dal quale si era con difficoltà emancipata.

Certamente se una simile proposta ha trovato lo spazio per giungere in Parlamento, significa che in molte parti d’Italia la Riforma non ha funzionato o non è stata applicata. La dimostrazione che la Riforma ha funzionato, laddove si sia coniugata a risorse, motivazioni professionali ed etiche ed intraprendenza organizzativa, come è accaduto in Friuli Venezia Giulia, dovrebbe far riflettere prima di operare per uno stravolgimento che si trasformerebbe in un pericoloso arretramento civile.

Il limite della «180» è proprio quello di permettere a chi non voglia applicarla, di farlo impunemente, di non coniugare ad essa gli opportuni finanziamenti e regolamenti applicativi, limitando alle dichiarazioni di intenti dei vari “progetti obiettivo” la esplicitazione dei modelli organizzativi e delle dotazioni necessarie. Un problema così rilevante per diffusione e costi sociali come quello rappresentato dai disturbi mentali, necessita di scelte adeguate di tipo strutturale e finanziario, valorizzando ciò che di buono questo Paese, in particolare questa realtà locale, ha dimostrato possibile e realizzabile con il massimo dell’integrazione e collaborazione di tutta la comunità. ■



Disegno di Fulvia Spizzo.

# La Comunità Zero

MARINA SEVERINI

Quando – sono ormai passati quindici anni – ho cominciato a lavorare con i tossicodipendenti, la Comunità Zero non c'era ancora; per alcuni anni ho lavorato in una struttura che aveva il nome generico di «Centro diurno per tossicodipendenti» e funzionava sul modello della gran parte delle comunità terapeutiche, vale a dire un sistema di regole e sanzioni (perché si sa, i tossici ne hanno bisogno...); programma terapeutico scandito in fasi, possibili da percorrere in avanti o all'indietro a seconda del comportamento; reinserimento sociale come premio finale.

Quello che però, a pensarlo ora, mi sembra fondamentale, è qualcosa che riguarda il tipo di relazione tra operatori e tossicomani, una relazione annodata all'idea, o meglio all'ideologia, che reggeva la struttura. Perché il presupposto della gran parte delle Comunità terapeutiche, e dunque dell'istituzione in cui lavoravo, è che la terapia consista nel togliere di mezzo la droga, l'oggetto cattivo, per fare posto agli oggetti buoni che la comunità dispensa a chi percorre le fasi del suo programma e che in genere consistono nell'acquisizione di alcune capacità personali (tolleranza alle frustrazioni, capacità riflessive, autocontrollo) e nella capacità di vivere secondo i valori socialmente riconosciuti, in primo luogo lavoro e famiglia.

Il compito dell'operatore è allora quello di tentare di convincere il tossicomane che il cambio di oggetti e di identificazione (da tossicomane scarto sociale ad ex tossicomane socialmente reinserito) è conveniente anche per lui, oltre che per la società, e dunque l'astinenza diventa un ideale, come ideale è lo stile di vita proposto dalla comunità.

Il modello di vita proposto può variare a seconda del tipo di comunità così come variano i metodi, più o meno rigidi, ma c'è una costante ed è che la comunità ha un sapere preconstituito e ugualmente valido per tutti, un sapere che riguarda nientedimeno che come bisogna vivere la propria vita. Gli operatori hanno il compito di far sì che questo sapere venga fatto pro-

La Comunità Zero è una struttura semiresidenziale per tossicodipendenti della AUSL n. 9 di Macerata.

prio da ciascuno, devono apprendersi con la cosiddetta “parte sana della personalità” e mettere a tacere quella malata, recalcitrante, trasgressiva, distruttiva; devono sospettare di

qualunque tipo di piacere (ad esempio: non sarà meglio impedirgli di fare la tale attività, visto che sembra piacergli tanto?). E poi, come si fa con i bambini, gli operatori devono dire «questo si fa» e «questo no», e se necessario punire (per il bene dell'altro...).

L'opera di rieducazione-ricostruzione vede l'operatore come parte attiva e l'altro, il tossicomane, più o meno bravo a capire, ad adeguarsi al modello, a comportarsi così come ci si aspetta da lui; e deve dimostrare di aver ben capito affinché possa essere reinserito nella società.

L'unica possibilità che gli rimane per fare qualcosa di suo è quella di trasgredire...

**TORNO AI MIEI RICORDI** Quelli che ogni mattina varcavano la soglia della struttura erano un po' come dei marziani; eravamo quasi coetanei, vivevamo nella stessa città, eppure nello stesso tempo “loro” sembravano venire da un altro pianeta. Certo nelle riunioni d'équipe avremmo potuto cercare di capire un po' di più, di ricostruire meno sommariamente le loro storie, ma eravamo convinti, noi ingenui presuntuosi operatori, che da qualunque storia uno venisse, quello che contava era sempre la stessa cosa: che la smettesse con la droga, perché dopo sarebbe diventato un terrestre, come noi, e sarebbe senz'altro stato meglio, avrebbe affrontato quei problemi che lo avevano portato a drogarsi.

E c'era sempre qualcuno che diceva: «Problemi? Ma io l'ho fatto perché mi piaceva».

Ricordo come mi avventuravo allora con facilità sul terreno scivoloso del godimento e affermavo che di piaceri ne avrebbe trovati altri e che di sicuro c'era di meglio... Rivedo ancora certe espressioni dei loro volti: «Sì, di meglio – sembravano dire – parla così perché non sa...». E infatti non sapevo, non sapevo che non si può sfidare un tossicomane sul piano del godimento, e non sapevo che bisogna non confondere pia-

cere e godimento, perché quello che descrivevano “loro” era uno strano piacere, legato a un impulso che scatta e che è imperativo, un piacere raggiungibile al di fuori di qualunque legame con l'altro e quasi teso a dimostrare che si può fare a meno di tutti. Il tossicomane gode da solo. E quello stato di stordimento, calma totale, assenza di pensieri, pace – così dicevano – è uno stato più vicino alla morte che alla vita. È il godimento del non esserci; più di così, si muore. Che in quello strano piacere ci fosse qualcosa di mortifero era intuibile, ma questo non faceva che rinforzare noi operatori nel considerare l'uso di droga qualcosa di totalmente negativo, sbagliato. L'idea che potesse servire – e che fosse servita – a qualcosa nella vita di



quelli che venivano in comunità, ad esempio a tentare una separazione dai legami familiari, o a tenersi a distanza rispetto a una relazione amorosa, tutto questo non ci sfiorava neanche. Non ne volevamo sapere. Come non volevamo saperne “loro”, che dicendo: «L'ho fatto perché era più forte di me» tentavano di chiudere il discorso. Ci accomunava la rimozione.

Dopo qualche tempo ho cominciato ad accorgermi che la normalizzazione per cui tanto ci adoperavamo sembrava avvenire, ma c'era qualcosa che scricchiolava.

Sentivo certi discorsi, i racconti di chi provava ad uscire con amici cosiddetti regolari e poi diceva: «Passiamo le serate insieme, loro chiacchierano, si divertono, io li guardo e mi chiedo: ma come fanno a divertirsi così, con niente?».

Vedevo quelli usciti dalle Comunità residenziali col programma portato a termine: avevano capito tutto, parlavano e parlavano, ma parlavano tutti con le stesse parole, e spesso dopo un po' ricominciavano a drogarsi.

E poi, certo, c'erano anche quelli che dopo la comunità facevano una vita regolare, niente droga, apparentemente normali, ma certe volte anche lì, a parlarci...: «Non mi drogo da dieci anni – mi dice un giorno un ex tossicomane – lavoro, vivo con una donna, ma l'eroina, l'eroina è sempre

la cosa che mi piace di più, è sempre al primo posto nella mia vita».

C'era poco da fare: scoprivo che anche i successi delle comunità potevano essere dei finti successi, dovevo prendere atto che spesso, gli “ex” con cui mi capitava di parlare, nonostante le apparenze, erano rimasti dei marziani.

Non riuscivo a capire... Finché un giorno G., che era in fase di reinserimento e per così dire uno dei meglio “riusciti” tra i tossicomani che frequentavano il nostro Centro diurno, in uno dei momenti di gruppo dice che ormai da molti mesi fa una vita regolare, non si droga più, frequenta “amici tranquilli”, ha la ragazza, ma: «Non mi diverto mai», dice in tono quasi accorato. Ag-

giunge che potrebbe continuare così, anche tutta la vita, non gli è difficile farlo, solo che non ci trova nessun gusto, nessun piacere. Valeva la pena? Per me, di sicuro, non valeva più la pena.

**LA COMUNITÀ ZERO** Erano passati sei anni da quando avevo cominciato a lavorare in una istituzione per tossicomani e credo che a quel punto avrei smesso delusa, in quello stesso stato d'animo in cui ho poi avuto modo di accorgermi che tanti continuano, aiutandosi con un po' di cinismo, dicendo che «tanto i tossici non cambiano». Avrei smesso, dicevo, se non fosse accaduto che venisse a dirigere la struttura uno psicoanalista di impostazione lacaniana.

Il cambiamento è stato immediato e radicale: il vecchio tran tran sbaragliato, via le abitudini consolidate, gli atteggiamenti moralistici, i modelli di riferimento; sparisce l'anonimo Centro diurno e nasce la Comunità Zero. Nasce portando nel nome un azzeramento, quello zero che indica che non c'è più un sapere precostituito, quello classico delle comunità, e al suo posto cosa? Niente, qualcosa da inventare. Certo però, potendo contare sul riferimento alla psicoanalisi. Supervisioni, giornate di formazione, letture, e poi interrogativi nuovi, ripensamenti, modifiche mai date per definitive perché ogni cosa

Gustave Courbet (1819-1877)  
*L'uomo ferito* (1844).  
Parigi - Museo del Louvre.

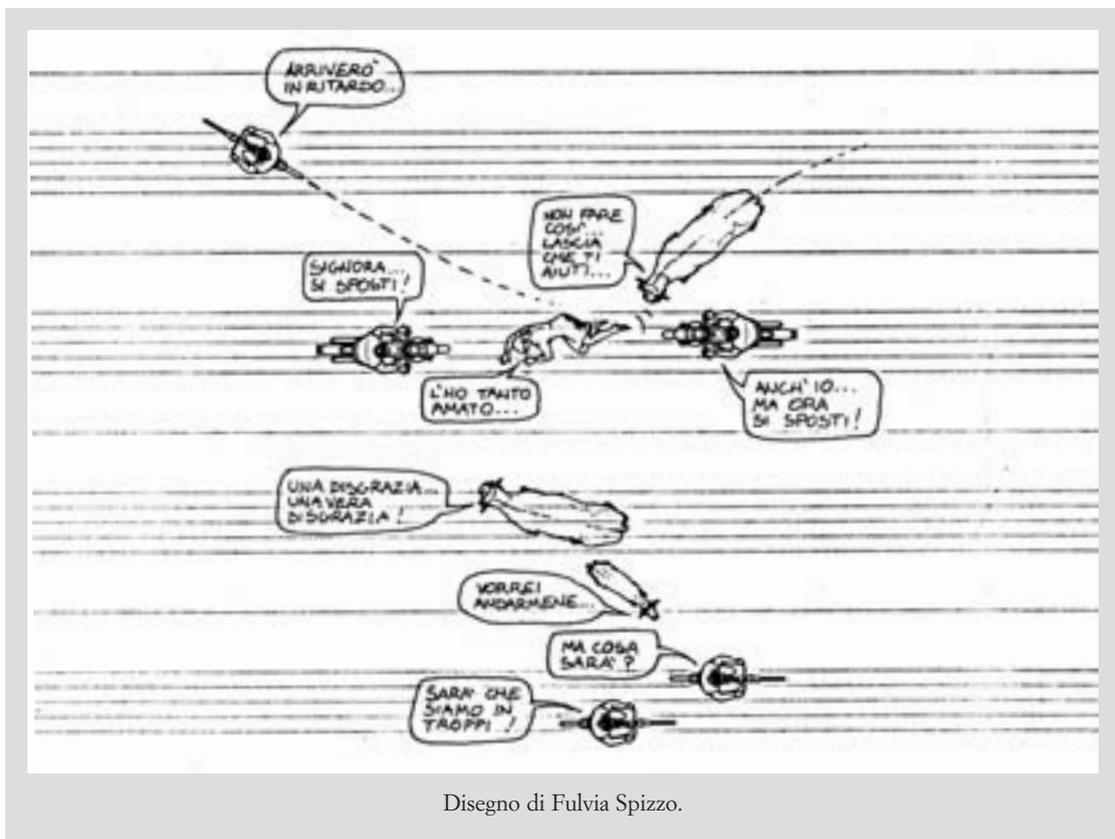
poteva essere rimessa in discussione. Quello che andava salvaguardato era lo ZERO, l'apertura al centro della comunità.

Insomma cominciava un altro lavoro, e cominciava dalle storie, dall'attenzione alla storia di ciascuno di quelli che erano in comunità, per scoprire che l'uso di droga ha una funzione che è diversa in ciascuna storia e nei vari tempi di una stessa storia, e questa funzione va rintracciata perché è fondamentale capire in che senso la droga ha rappresentato una soluzione nella vita di un soggetto.

Mi sono appassionata a questo lavoro di elaborazione che ha preso più direzioni, quella della costruzione del caso clinico, ma anche quella della funzione della comunità e degli operatori, e di cosa vuol dire lavorare in équipe.

Quello che ho capito è che la comunità può essere il luogo dove chi entra come tossicomane può riaprire un discorso che sembrava chiuso, può rimettere in gioco il suo destino, e questa possibilità è legata al fatto che chi ci entra come operatore non si faccia trovare nel posto dove il tossicomane si aspetta di trovarlo, quello dell'e-

ducatore, insegnante o genitore, così prevedibile nelle sue risposte; non farsi trovare lì, nel posto della controparte, ma da un'altra parte, questo è quello che può fare di utile un operatore. Sembra poco, ma richiede da parte dell'operatore di saper fare a meno degli ideali, di tenere a bada la tentazione pedagogica per poter pensare che l'altro deve avere le sue ragioni anche quando fa le cose più strampalate, e poterlo sopporre, un soggetto, anche quando sembra essere solo una sfilza di *acting out*. E poi essere interessato a capire perché ha trovato nella droga una soluzione per la sua vita, e perché poi questa soluzione gli si è rivelata illusoria... e poi comprendere lo spavento di chi si accosta a qualcosa che ha sempre cercato di evitare e nello stesso tempo poter testimoniare che «si può», anche se non si sa se l'altro ci riuscirà... Perché questo lo si vede dopo, quando certe volte l'inconscio si rimette in movimento e ricomincia a produrre sintomi, o sogni. Quando questo succede è perché si è creato un legame, e il passo di entrata nel legame sociale sicuramente non è cosa da marziani. ■



Disegno di Fulvia Spizzo.

## Via dalle case degli altri

*Esperienze dalla Casa dell'Ospitalità di Mestre*

ANNALISA DAVANZO

LA CASA DELL'OSPITALITÀ Sono arrivata all'Asilo dei senza-fissa-dimora di Mestre nel febbraio del '93, con la mediazione di una amica psicologa che da tempo collaborava col direttore: mi parlò dell'ipotesi di aprire un Centro di ascolto per gli ospiti, per aiutarli a trovare altre soluzioni di vita. Molti di loro erano lì da anni e sembravano determinati a passarci il resto della loro vita. Il direttore non era d'accordo: non voleva offrire una comoda nicchia, ma una via d'uscita.

Da quando era arrivato, nell'87, aveva in primo luogo allontanato i guardiani che garantivano la disciplina; poi, rimasto solo con un impiegato e un assistente sociale a mezzo servizio, aveva ampliato l'orario di apertura permettendo un rientro nel pomeriggio. Meno personale, maggior servizio, niente controllo autoritario: un miracolo?

Il direttore è arrivato a questo risultato creando, qualche mese dopo il suo arrivo, nell'insieme dell'Asilo, un sottoinsieme: una comunità autogestita, la Casa dell'Ospitalità. La sua genesi sarebbe piaciuta all'autore de *Il crudo e il cotto*: i senza-fissa-dimora, di solito, mangiano alle mense della carità, che in agosto chiudono. Stanchi di panini mangiati all'aperto, alcuni chiesero di poter cuocere qualcosa, col solo impegno di pulire dove sporcavano, e in breve si trovarono a concertare col direttore l'acquisto di una cucina adeguata e dei turni per farla funzionare, per fare le spese, per lavare i piatti. Il direttore non aveva letto Levy-Strauss, ma colse subito il segnale di un legame sociale *in farsi*, e lo sostenne. A questi pasti furono in seguito ammessi tutti quelli che erano disposti a sbrigare piccoli servizi di utilità comune. La comunità "casuale" fu sciolta e ne fu costituita un'altra, in cui bisognava *domandare* di entrare, con delle regole elaborate insieme agli stessi ospiti. Per quanto condivise, queste regole non evitavano le crisi che si susseguivano ciclicamente. Per questo e per accelerare il *turn-over* dell'Asilo, il direttore e la psicologa avevano pensato di sottoporre tutti gli ospiti a dei colloqui che dovevano: stabilire quali erano adatti o no alla Comunità; immaginare dei percorsi soggettivi; in-

dividuare quelli che potevano concepire dei progetti più ambiziosi.

Ho dunque parlato con gli ospiti che mi erano stati "assegnati", e ho avuto così la rara opportunità di ascoltare un necrofilo che aveva scontato due condanne all'Ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione, e un tale che aveva passato venti anni all'Opg di Aversa per aver fatto a pezzi la moglie con un'accetta. Ma nella stragrande maggioranza erano storie di ordinario degrado di poveracci più o meno normali, con una buona percentuale, almeno un terzo, di psicotici.

Al termine dei colloqui, la mia opinione era che tutti *potevano* accedere alla comunità, e nessuno *doveva* essere spinto né dentro né fuori. Non si poteva, infatti, sottovalutare l'enorme sforzo che esigeva la domanda e l'accettazione di un livello, seppur minimo, di scambio. Scambio di atti, ma anche di semplici parole, che la comunità richiede. L'enorme sforzo dello scambio, in quanto tale. Quanto al *turn-over*, anche la permanenza è una scommessa vinta contro la strada, poiché solo prestando agli ospiti i nostri parametri possiamo pensare che è ben più comodo restare che andare, ma loro non sono ricattabili col comfort, e capita che, potendo restare, tornino in strada per dei mesi, e non solo d'estate, perché lo stile della Casa, che per alcuni è prezioso, per gli irriducibili richiede un lavoro di socialità sempre faticoso, e ogni tanto si prendono ferie.

Nei primi mesi qualcuno volle continuare i colloqui per qualche tempo, ma più spesso non si presentava nessuno e passavo i miei venerdì guardando il giornale, coi commenti del gruppetto di turno in cucina. Non fu tempo perso. All'inizio mi avevano guardato con paura e diffidenza, supponendomi un potere sul loro destino. «Dove volete scaricarvi»: così si erano tradotti l'ipotesi dei progetti individuali, e mi salutavano: «Buongiorno dottoressa». Insistendo con la presenza, anche in assenza di colloqui, ho poi ricevuto: «Ciao Annalisa», che manteneva ancora una traccia della paura e dell'aggressività del primo incontro, e solo dopo parecchio tempo ottenni un: «Ciao dottoressa», tanto ironico

quanto affettuoso. Il passaggio si chiarisce col fatto che a più riprese alcuni di loro, sapendo che ero volontaria, mi avevano chiesto: «Ma perché vieni qui? Cosa ci trovi? Siamo speciali, abbiamo il miele?». Queste domande non volevano risposta, erano l'espressione del loro essere diventati preziosi, interessanti. Erano molto fieri di avere a loro disposizione una persona, una stimata professionista, di cui non sapevano che fare, ma che all'occasione era lì.

Aspettando l'occasione, chiaccheravamo, al di fuori di qualunque illusione di *setting* formale o informale, ma a volte è stato utile: è la "terapeuticità" del superfluo.

La Comunità è un *di più* rispetto all'Asilo notturno, che risponde ai bisogni elementari col letto e la prima colazione. L'incontro con le psicologhe (altre sono venute), la saletta delle conferenze, sono dei *di più* rispetto ai servizi previsti, e infatti un funzionario (unico) ha trovato da ridire su quell'uso "lussuoso" di un locale dove avremmo potuto sistemare «almeno 16 letti». E perché no 32, magari a castello? L'importante è ripararli per la notte. O no?

**I FIGLI DEL SUPERFLUO** C'è un passaggio di *Re Lear* che tutti gli addetti all'assistenza e gli educatori dovrebbero conoscere: il re si è privato del suo regno a favore delle figlie maggiori, tenendo per sé solo il suo seguito, le sue insegne regali. Ma che bisogno ne ha? Non ci pensano loro, le figlie, a soddisfare le sue esigenze? E allora via tutto, e il vecchio, che si allontana indignato per l'affronto, si trova solo e mal coperto nella notte, a subire la violenza di una tempesta scatenata, e allora impreca: «Concedete alla natura solo quello che la natura richiede, e la vita dell'uomo sarà l'abiezione dei bruti».

All'abiezione i nostri ospiti ci sono arrivati gradualmente, e ci hanno messo del loro. Come dicevo, la maggior parte non ha una storia particolarmente sciagurata: hanno avuto un lavoro, una casa, una famiglia, e una cosa alla volta hanno per-

so tutto. Spesso nella loro vita ci sono state delle collisioni col reale, nella figura di cattivi incontri o nella forma di incidenti traumatici, ma niente che non arrivi a molti altri, che reagiscono diversamente, cercando aiuti e soluzioni diverse. Il ricorso alla strada resta una scelta particolare, anche se diventa sempre più frequente, da parte di soggetti sempre più giovani, e in

cui anche le donne cominciano ad essere ben rappresentate.

Se e quando si riesce ad attraversare il loro silenzio, che può esprimersi tanto nel mutismo quanto nel flusso di lagne vuote, si verifica che il loro percorso in discesa parte da un No: a volte è un *no* che si oppone ad un qualche cambiamento, ma può essere anche un *no* che, ad un certo punto,

fa obiezione ad uno stile, ad un principio di vita che fino ad allora aveva regolato la loro condotta. Della serie: «Basta, questo no».

E poi, uno dietro l'altro, i *no* scandiscono le perdite, una dietro l'altra, fino a non avere più niente da perdere in un circolo in cui ogni perdita accumula stigma e lo stigma accumula perdite. Il risultato (lo scopo?) è che arrivano ad escludere dal loro interesse tutto ciò che non sia il cibo o il riparo, entrando in un tempo ciclico che non ha né futuro né passato e che è, per così dire, il tempo assoluto del bisogno elementare: mangiare, dormire, magari berci su.

A proposito di queste parabole in caduta (è molto raro che uno, semplicemente, cominci e finisca male) i sociologi parlano di fragilità, di "deboli identità", e anche se a volte si ha l'impressione di identificazioni fortissime al loro stato di abiezione, difficili da disarticolare, è pur vero che sono piuttosto armature di difesa, gabbie di vetro, che i senza-fissa-dimora difendono contro gli interventi istituzionali ("anoressia istituzionale") come se temessero di andare in pezzi.

Identificazione forte, identità debole.

È possibile, in queste storie così diverse, individuare un tratto che sia strutturale, che colga cioè non la contingenza dell'incidente particolare, ma la congiuntura che torna, uguale, per ciascuno?



L'attesa delle regole,  
dal libro *Vite a basso volume*:  
Fotoattualità, Venezia.

L'insegnamento di Jacques Lacan, che riconduce il groviglio degli affetti alla elementarietà del legame sociale, ci può forse orientare.

Come i nostri ospiti, tutti noi, all'origine, siamo in una condizione di debolezza assoluta, di pura mancanza, perché, usciti dall'utero, manchiamo di tutto: nessuna risorsa, tranne la voce, e anche quella non è istintiva, e certi sembrano muti. Il neonato non sa nulla di quello che gli manca. Urla. Magari sta solo dando fiato alle trombe, ma la madre sente il grido come una domanda, e la risposta decide «cosa lui voleva». Non sempre funziona, ci sono bambini che preferiscono urlare piuttosto che ciucciare e mostrano da subito delle voglie imperiose da cui non si lasciano distrarre facilmente, ma per fortuna non parlano. La loro totale *impotenza* può diventare la loro risorsa nella misura in cui apre alla madre un'*onnipotenza* che, di norma, la incanta. Se si mette in posizione di rispondere a questa domanda assoluta, «so io cosa ci vuole», la sua risposta vale come un'accettazione altrettanto assoluta. *Sei come sei, e come sei ti prendo*: è questo l'enunciato fondante dell'Altro, nel senso che trasforma la madre o chi per essa in un'entità, anzi nel "luogo del tutto", Altro dai bisogni, dove non manca niente. Ma è fondante anche nel senso che, partendo dall'Altro, fonda a sua volta il soggetto in quel *Sono quel che sono* in cui si radica la nostra identità.

Tale enunciato primario potremmo chiamarlo anche principio, o funzione materna perché la maternità è l'unico aggancio degli umani col naturale, con la natura in quanto tale, e questa risposta, nel suo carattere incondizionato, situa il soggetto in un'esistenza che potremmo definire "naturale" solo per opposizione alla dimensione sociale: infatti, tutto ciò che fa l'ambito sociale è il prodotto di una costruzione, è simbolico, ha una logica e un senso necessariamente condivisibili, mentre il è *così perché è così* specifica solo le leggi di natura, solo la natura può permetterselo. Anche Dio, veramente, ma se seguiamo l'ateismo di Freud, la natura viene prima di Dio. Guai al bambino se il messaggio diventa *Tu sei così, e ti prendo perché devo*, perché qualcuno (Dio?) lo vuole, perché la legge lo richiede, o per la gente che vede. Bisogna che non ci sia nessun motivo, tranne il bambino stesso, perché il soggetto possa costituirsi come quella X che farà da denominatore di tutte le possibili varianti, di tutte le possibili identificazioni che sfilano al numeratore. Le nostre varianti, anche quelle dipendono dall'Altro, dal fatto che ci siano, nell'atto dell'Altro, delle varianti. Se nella

risposta c'è non il dovere ma il piacere, la voglia di piacere rinnova e rianima sempre l'offerta, anche solo nelle modalità di presentazione.

Un'economia dello stretto necessario non consente né al bambino di diventare soggetto/ri-cettacolo, né alla madre di diventare l'Altro, il luogo delle delizie. Se il rapporto madre-figlio si appiattisce sulla modalità "a domanda risponde" diventa un confronto con la forza dell'ordine, a cui si può obbedire o disobbedire, in cui l'accento protettivo può virare facilmente a persecutorio. Invece, delle offerte superflue (anche solo paroline/parole, il latte + la voce) testimoniano di un interesse vivo nell'Altro, di un'aspettativa («come ti piace di più?»), in una parola, di un suo desiderio che mette in moto il desiderio del bambino. È come quando uno riceve un regalo da qualcuno e si chiede: «Cosa vuole, questo, da me?». Magari gli fa venire solo desiderio di scappare, ma sempre desiderio è, e del desiderio possiamo cogliere la causa, ma non se ne può determinare e controllare le peripezie.

Ogni offerta dell'Altro propone al soggetto una modalità dell'essere, una possibilità di identificazione («Ecco cosa sono io per lui») e allora la molteplicità delle offerte aprirà lo spazio al soggetto di una interrogazione («Al di là di questo, e dell'altro, e dell'altro ancora, cosa sono io per lui?») che lo accompagnerà nel suo destino, nella scelta di ciò che, secondo lui, sarà la risposta, quella vera.

Però, questo Altro del desiderio, anche se incarnato dalla madre, rimanda non più alla "fattrice" che esplica il suo ruolo nella continuazione della specie, non alla persona che si accontenta dei 30 grammi di aumento ponderale con cui il corpicino risponde alla poppata, ma ad un soggetto che vuole di più, vuole dell'altro. Nel momento in cui ci allontaniamo dai dati empirici, sensibili, noi entriamo nel campo dell'interpretazione dei segni, entriamo cioè nel campo del simbolico che specifica la funzione paterna, così detta in quanto, storicamente, la funzione del padre si sostiene non sull'evidenza della natura ma sul valore del credere. Almeno fino a prima della prova del Dna.

**ESSERE E DIVENTARE** La funzione paterna, in chiunque si incarni, concilia il tempo assoluto del *Sono quel che sono* col tempo lineare del *diventare quello che si è (stato)*, passato, presente, futuro. Il futuro dei verbi italiani è formato nelle desinenze da una commistione col verbo latino *habeo*, avere, e di fatto avere un progetto è

la radice, perfino la condizione, dell'aver, qualunque cosa, e ne abbiamo una testimonianza nell'economia dissipativa dei nostri ospiti.

Questa economia dissipativa è la reciproca dell'economia del bisogno. La risposta del bisogno non apre a nessun tempo. Quello che si ripresenta in una serie monotona non è un Altro che desidera, ma uno che domanda al soggetto di essere così e solo quella cosa lì. È vero che più che domandare comanda, ma servo e padrone sono comunque simmetrici, dunque simili. Come tali, possono contrapporsi o accettarsi, ma nessuno dei due può conoscere un'esistenza soggettiva, senza l'altro.

Solo l'apertura al divenire, quello che ho chiamato progetto, sottrae il soggetto allo scontro col simile e gli rende vivibile la coesistenza in quanto gli indica una strada sua, che nessun simile può occupargli, per quanto gli stia attaccato. Solo allora può rapportarsi agli altri, quelli come lui,

come a dei compagni di viaggio, per dei tratti più o meno lunghi, e questi altri possono essere un po' meglio o un po' peggio di lui, da prendere a volte come modello, o con cui mettersi in concorrenza, o con cui stabilire delle alleanze. Solo se all'orizzonte c'è l'Altro, a cui ciascuno va per sé, è possibile il riconoscimento, che è la condizione del rispetto. Si può parlare di rispetto e di riconoscimento reciproco, ma di fatto il riconoscimento non è né autoreferenziale né reciproco, ma si fonda su quel punto, esterno a tutti e due, che è il luogo dell'Altro. Ci si riconosce nello sguardo dell'Altro, quello che vede tutto, con più o meno benevolenza.

Senza di che, vale la legge della giungla, il regno della paura e della solitudine, dove ogni fruscio può segnalare un nemico, che è lì per portarmi via il mio. O lui o io. Sulla strada è così, non c'è nes-

suna solidarietà, al massimo complicità, ma sempre all'erta. Per difendere cosa? Capita che non si scomodino a cercare tra le offerte della Caritas qualcosa che gli piaccia, per poi rubare le mutande al vicino di letto. A livello di oggetti di carità, non avrebbero che da chiedere, ce n'è a montagne, e di qualità, ma il problema è che non sanno cosa chiedere. Non animata dal

desiderio, che non conoscono, la domanda diventa una domanda monotona, una domanda morta, che spegne anche la parola. Ed è così che arrivano, muti.

LA CASA DELL'ALTRO  
La *chance* che trovano alla Casa dell'Ospitalità è che il direttore, senza aver letto né Freud né Lacan, anzi, grazie al fatto che non li ha letti e non si è fatto fare impaccio da vincoli di tecniche, ha introdotto una pratica in cui la funzione materna e la funzione paterna sono nei fatti operative.

*Sei come sei e come sei ti prendo*: l'accoglienza non ha, davvero,

criteri ideologici o moralistici di esclusione, ma solo contingenti: se sei ubriaco, torna da sobrio. Ma il *come sei ti prendo* non sottende una logica umanitaria da lazzaretto, della serie: qui c'è posto per te perché e il posto degli ultimi. No.

L'accettazione degli infimi implica: *in te come sei, in te più di te, c'è dell'Altro*. Sulla carta dei diritti dell'ospite c'è scritto: sei un cittadino, a cui riconosco i diritti di cittadinanza, che tu li voglia o no, dove "cittadino" distingue non uno speciale, ma distingue l'uomo da una cosa o da una bestia.

E cosa vuole un uomo? Se crediamo che un soggetto ci sia, e che possa concepire dei desideri, dobbiamo in primo luogo lasciare da parte il catalogo di Auchan, ricordarci che quello che vogliamo noi è affar nostro, e metterci all'ascolto, senza aver fretta di capire, perché quando si crede di



Paul Gauguin (1848-1903)  
*Buongiorno signor Gauguin* (1889).  
Narodni Galerie - Praga.

aver capito si smette di ascoltare. L'ascolto ridà fiato alla parola, ma è fatica. Allora, vi dicono: «Eh, può immaginare quante ne ho passate». No, non lo so, me lo dica.

Se uno attacca il ritornello: «Vorrei una casa, un lavoro, una donna, un amico», il rispetto richiede non di stendere un velo pietoso, non di essere discreti, ma di informarsi su cosa ne è stato di quelli che aveva. Non è lo stesso rinfacciare o interessarsi: l'interesse attribuisce all'altro non una colpa ma una competenza: la sua vita non è tempo buttato ma un'esperienza, singolare, che lo fa competente, depositario di un sapere che a me interessa.

Meno l'interlocutore si pone come quello che sa, quanto più si pone invece come un mezzo, un tramite di un principio di diritto a cui tutti teniamo, tanto più alle sue spalle l'inquadratura si apre a creare un'orizzonte che è il luogo visibile, reale anche se inattingibile, dell'Altro, quello che sovrintende all'insieme, ed è uno spazio dove si respira.

Così capita che qualcuno, che non riusciva a vivere con una madre, un fratello, una moglie, in casa propria, riesce poi a coabitare con cinque, sei, trenta persone in camera.

Anche in una grande casa (e spesso i nostri ospiti ne hanno perso più di una) gli altri sono sempre troppi, e lo spazio è sempre troppo

stretto per evitare di sentire il loro fiato sul collo. Invece, si può stare stretti e respirare in una casa dove l'Altro disinnesci la rivalità dando ad ognuno il suo posto in un principio, in un insieme di cittadini.

Questo non vuol dire che la loro vita ricomincia da zero, che uno ha, finalmente, davanti a sé tutto il ventaglio delle possibilità, la storia segna, ma alcune possibilità le acquistano, e di più potrebbero averne se la nostra civiltà "superiore" fosse davvero libera. Invece, globalizzazione non significa, come potrebbe significare, che tutti i modelli di vita del globo hanno capacità di valere dappertutto, ma significa solo che dappertutto sono esportabili gli schemi di questa società, e neanche tutti, ma solo quelli funzionali alla globalizzazione dei mercati.

È mortificante, oltre che spesso inutile, ripetere le offerte stereotipate: mettersi in lista per la casa, l'iscrizione al Collocamento, la richiesta del sussidio. Per questo ci siamo dati degli strumenti autonomi: un appartamento comunitario, una cooperativa sociale, una comunità agricola, ma soprattutto il progetto di una battaglia culturale, modesta ma *continua*, per suscitare dei cambiamenti anche legislativi in cui coinvolgere altri cittadini, quelli normali, almeno finché non cominciano a dire di no. ■



## Intendersi e incontrarsi veramente

*Come fanno (o non fanno) comunità tra loro gli psicanalisti*

SERGIO ERBA

Sono stato invitato a presentare qualche riflessione, in tema di comunità, sulla difficoltà, per gli analisti, di intendersi e di incontrarsi veramente. Ma è solo degli analisti questa difficoltà? Ovviamente no. Il bisogno e il desiderio di intendersi e di incontrarsi con i propri simili, almeno con alcuni di essi, e le relative difficoltà di appagamento e di realizzazione, sono comuni a tutti gli esseri umani, sia nell'ambito dei rapporti interpersonali privati, sia in quello dei rapporti sociali pubblici.

Perché allora parlare delle difficoltà degli analisti, quasi che esse fossero diverse da quelle di tutte le altre categorie professionali che, al pari degli analisti, si organizzano nelle più svariate forme associative per valorizzare, difendere, incrementare e veder riconosciuti, proprio attraverso l'appartenenza a una comunità, i tratti distintivi specifici della propria identità?

Cos'hanno di particolare, gli analisti, che li autorizzi a differenziarsi, come persone e come categoria, dai comuni mortali, dal resto del mondo? La risposta è semplice, e dovrebbe essere scontata: gli analisti sono gli "specialisti" del funzionamento intrapsichico e interpersonale delle persone, sono quelli che offrono aiuto a coloro che soffrono perché incapaci o impossibilitati a intendersi e a incontrarsi con se stessi e con gli altri, sono quelli che mettono in gioco costantemente la loro personale capacità di intendersi e di incontrarsi con l'altro nella relazione analitica col paziente. C'è da stupirsi se la gente comune si aspetta che essi siano, se non immuni, almeno in misura significativa meno soggetti degli altri alla conflittualità, alle incomprensioni, ai misconoscimenti?

No, non c'è da stupirsi. C'è da stupirsi, invece, e da preoccuparsi anche, per come le cose stanno effettivamente: gli addetti ai lavori sanno, per esperienza personale, quanto siano malate le modalità degli analisti di rapportarsi tra di loro all'interno delle loro istituzioni, dei loro gruppi, delle loro scuole; per non parlare dell'immagine di sé, individuale o collettiva, che essi offrono agli occhi della società.

Ho letto recentemente, non ricordo più né dove né l'autore – ma si trattava di uno psicoana-

lista – che gli analisti hanno il diritto, fuori dalla loro stanza di lavoro, all'infuori dal rapporto col paziente sul divano, di comportarsi normalmente come tutti gli altri, nella vita.

Mi è capitato poi, talvolta, di sentir dire, da parte di profani: «Quello? È una persona normale, non sembra neppure uno psicoanalista!». Conoscendo i contesti e le circostanze in cui si collocavano i due pensieri sopra riportati, è certo che la normalità rivendicata da quell'analista è opposta a quella cui si riferivano i profani del secondo esempio.

Più precisamente: l'analista rivendica il diritto a una normalità "malata", la normalità del comune mortale che può comportarsi anche difettosamente, passionalmente, irrazionalmente. Il profano invece, nell'esprimere il concetto sopra riportato, mostra un'idea di normalità "sana", positiva del comune mortale, proprio quella da cui, ai suoi occhi di comune mortale, sarebbero esclusi gli analisti.

Questo paradosso segnala una disfunzione, è indice di un fraintendimento: il punto sta nell'individuare le ragioni, e per tentare questa operazione con un minimo di efficacia dovremmo partire dalla definizione di quell'oggetto che chiamiamo psicoanalisi, per capire se il difetto – la ragione del fraintendimento – sta nel manico, oppure in una cattiva o difettosa sua applicazione.

Già il fatto che una univoca definizione della psicoanalisi oggi non è ritenuta possibile dovrebbe metterci in guardia: com'è possibile che un insieme di persone accomunate dalla medesima qualifica (psicoanalisti) non riesca a dare di sé, della propria funzione, dei propri strumenti un'immagine omogenea? Com'è possibile che dopo un secolo di sperimentazione, di ricerca, di teorizzazione la psicoanalisi non sia ancora riuscita a spiegare il fattore della sua efficacia? Perché l'uomo della strada, un certo cinema, una certa letteratura, una certa pubblicitaria hanno e riflettono, della figura dell'analista, qualcosa che ha il sapore della caricatura?

Perché un analista in carne e ossa si trova a dover rivendicare il diritto a quella normalità che gli sarebbe negata?

Avrete tutti presente, profani e specialisti, la situazione che si determina allorché in un salotto mondano, o in uno scompartimento ferroviario, si individua la presenza di uno psicoanalista: da una parte, quel misto di eccitazione, di curiosità e di timore di fronte a qualcuno che ti può guardare dentro; dall'altra, il malcelato compiacimento per una posizione di potere e di superiorità che si confermano proprio nel modo con cui vengono ostentatamente negate dagli interessati.

E poi, le "comparsate" sui media, tutte le volte che si verifica un fatto di cronaca fuor dall'ordinario, quel misto di banalità e di astrusità elargite con inaudita supponenza.

Chi sono insomma gli psicoanalisti, che cosa fanno, perché esistono nei confronti della loro categoria soggezioni, ironie, diffidenze? Perché vengono presi troppo, o troppo poco, sul serio? È vero che ogni categoria professionale si presta a critiche e a incomprensioni. Ma mi sembra che quelle che circondano la categoria degli analisti abbiano qualcosa di "speciale".

Ho preso un po' alla larga il tema suggeritomi, ma credo che i fenomeni sui quali mi sono intrattenuto dicano pur qualcosa, abbiano delle ragioni che vanno cercate all'interno della disciplina psicoanalitica e dei gruppi e delle associazioni che la rappresentano.

Gruppi e associazioni che non a caso vengono spesso viste come "chiese" o "conventicole" per un loro modo di porsi autoritario e dogmatico nelle relazioni all'interno; chiuso, escludente, conflittuale, competitivo nei confronti del resto del mondo psicoanalitico.

La psicoanalisi è la "scienza" della soggettività umana: se è vero che in quanto soggetti siamo unici, originali, irripetibili, è inevitabile che anche il modo di vedere, di pensare, di teorizzare questa soggettività sia estremamente variegato e diversificato. Se vedessimo nella teoria del funzionamento umano il possibile elemento comune e unifi-

cante della nostra categoria, saremmo perduti, non solo perché non lo raggiungeremmo mai, ma anche perché questa pretesa sarebbe una grossolana contraddizione rispetto ai presupposti stessi della nostra disciplina.

Eppure proprio questo mi sembra che sia avvenuto finora. La situazione di conflittualità e di competitività che caratterizza al suo interno la

"comunità" psicoanalitica è sostenuta, in gran parte almeno, dalla pretesa di porre le proprie posizioni teoriche, altamente opinabili e altamente confutabili, in termini assoluti, in termini di verità affermata autoritariamente. E un'altra conseguenza di questo stato di cose, in aggiunta alla conflittualità e ai misconoscimenti tra i fautori (gruppi o persone) delle diverse teorie, è quella che, all'interno dei singoli gruppi, le apparte-

nenze, le affiliazioni, le trasmissioni di sapere e di capacità avvengono in contesti relazionali fondati sulla dipendenza, sull'autorità, sulla gerarchia, sul potere; strutture che si oppongono, anziché promuoverle, all'emancipazione, all'autonomia, alla libertà di pensiero dei singoli.

La psicoanalisi non è, se non secondariamente, un sistema di pensiero, una filosofia, una scienza: essa è in primo luogo una pratica. Come tale, con Freud, è nata; come tale si è sviluppata; come tale produce, quando li produce, i suoi effetti. In che cosa consiste questa pratica? Dentro una struttura relazionale asimmetrica, all'interno di ruoli predefiniti e non intercambiabili, un essere umano che copre il ruolo dell'autorità, dell'adulità, della capacità, della competenza accetta di rispondere alla domanda di aiuto di un altro essere umano, che copre il ruolo del bisogno, della dipendenza, dell'incapacità. Aiuto nella ricerca di una salute che il bisognoso intuisce possibile, che desidera raggiungere, ma che non riesce a realizzare. Salute che potremmo definire come una buona, soddisfacente capacità di rapporto con se



Fotografia di gruppo al Congresso di Weimar (settembre 1911), al centro Sigmund Freud.

stessi, con gli altri, col mondo. Il che significa, in altri termini, una buona capacità di rapporto non tanto e non solo con tutto ciò che dentro o fuori di noi è bello, ci piace, ci accontenta e ci soddisfa, ma soprattutto con tutto ciò che, dentro e fuori di noi, è diverso, fa male, si oppone alle nostre esigenze e alle nostre aspirazioni.

Rapporto buono, nel senso di rapporto sano, significa soprattutto rapporto vero, rapporto libero, rapporto capace di consentire a tutti quelli che vi sono coinvolti il massimo realisticamente possibile di rispetto e di spazio per le soggettività di ciascuno. Rapporto fondato su una condivisione, su una reciprocità.

Io penso che la conflittualità e le dispute sulla teoria, sul piano del pensiero, e la litigiosità (l'esser l'un contro l'altro armati) degli analisti, sul piano dei loro rapporti interpersonali, sia ascrivibile proprio al fatto che in massima parte, finora, la ricerca e la teorizzazione psicoanalitiche si sono indirizzate verso l'interiorità dell'uomo (il suo mondo interno, la sua soggettività) anziché nella direzione del suo modo di relazionarsi col mondo esterno, quello fuori di lui.

Se è vero che l'essere umano, inteso come persona e non solo organismo psichico, è un universo pressoché sconfinato, tanto che ognuno di noi rimane in massima parte ignoto e misterioso anche a se stesso, allora appare in tutta la sua velleità la pretesa di studiarlo "scientificamente", di (im)porre le leggi del suo funzionamento, di prescrivere le condizioni della sua cura.

All'interno di questa concezione materialistica, meccanicistica è inevitabile che gli analisti si trovino, da un certo punto di vista, nei panni dei polli di Renzo, condannati a beccarsi tra di loro per sfogare tutta l'aggressività derivante dall'impotenza rispetto a un obiettivo impossibile.

Questa mia affermazione vi appare eccessiva? Basterà ricordare questo dato. Quella analitica è un'esperienza che, a certe condizioni, è efficace, produce effetti, costituisce un'occasione di salute decisiva e sostanziale per i molti che vi accedono, oltre che rappresentare una ragione di vita (non solo di guadagno) per coloro che si dedicano alla sua applicazione. Com'è spiegabile che non è stato ancora trovato il suo "meccanismo d'azione"?

C'è un'evidenza banale: l'analisi, vista dai profani e teorizzata dagli specialisti come un viaggio all'interno dell'uomo, è di fatto un'esperienza di rapporto interpersonale. Conserviamo pure l'immagine del viaggio, che ha comunque una sua parte di verità, ma chiediamoci all'interno di quale dei due membri della coppia analitica

avviene questo viaggio, e come esso si compie. Ci sono due modi di vedere e considerare una coppia analitica al lavoro. Quello tradizionale, ancor oggi preponderante in barba al fatto che si parli tanto di relazionalità e di concezione biperpersonale, prevede un esperto (l'analista) impegnato a mostrare al paziente le origini del suo malfunzionamento e a indicare le possibili soluzioni. L'altro, coerentemente col presupposto dell'insondabilità dell'animo umano (soprattutto di quello altrui) e in base al principio dell'eticità e delle potenzialità di salute del soggetto (di qualsiasi soggetto, indipendentemente dalla gravità della sua malattia), attribuisce all'analista, in accordo al ruolo parentale ricoperto – ruolo dell'autorità e dell'adulità – il compito di rispondere nel modo più sano e più vero alle modalità malate con cui il paziente si relaziona con lui per chiedere aiuto.

È evidente che per svolgere questo compito l'analista è "costretto" a interrogarsi incessantemente sulle proprie modalità di risposta, che essendo a loro volte "malate" (la reciprocità umana tra paziente e analista, la processualità nella vicenda emotivo-affettiva tra due soggetti) richiedono una costante cura.

In questo secondo modo di considerare l'esperienza analitica il fulcro dell'esperienza stessa è costituito dalla testimonianza che il terapeuta offre al paziente: che l'unica cura possibile è quella su (di) se stessi, che la stessa è possibile, che la salute tanto desiderata e sentita irraggiungibile invece è possibile.

Secondo me, è questo secondo modo che può ridare spazio a una ricerca altrimenti condannata a girare su se stessa sterilmente, come di fatto sta avvenendo e come è ormai unanimemente riconosciuto.

Questo spostamento del baricentro dal mondo interno del paziente al mondo interno dell'analista (almeno di quella parte del mondo interno dell'analista direttamente e indirettamente implicata nelle sue modalità di relazionarsi col mondo, con l'altro) comporta un modo di pensare e di praticare l'analisi incredibilmente diverso (nei fatti e nei comportamenti se non nelle parole) dalla cultura e dalla prassi corrente. Ma allora cosa si è fatto, di buono e di valido, in questi primi cent'anni di psicoanalisi, se tutto quello che abbiamo fatto e pensato finora non "vale" più?

Appunto. Che cosa abbiamo "fatto" finora? Poiché è inconfutabile che l'analisi, ma direi più in generale le relazioni di aiuto, sono state e sono, sul piano pratico, operativo, una concre-

ta realtà, si tratta di riconsiderare questa realtà dirigendo lo sguardo verso quelli che si possono definire i dati strutturali della relazione analitica (il *setting*, il ruolo dell'analista, i principi e i vincoli cui lo stesso si sottomette), in altre parole tutto ciò che possiamo passare sotto il termine, e il concetto, di oggettività.

Dicevo più sopra: cosa abbiamo fatto finora?

Riprendo una riflessione di Enzo Codignola: sul piano clinico, sul piano dell'efficacia e dei risultati, non ci sono differenze significative nell'operato degli analisti, qualsiasi sia la loro posizione teorica o la metodologia applicata. Questo fa pensare che ci sia un fondo comune, capace di contenere e relativizzare tutte le diversità.

Sul piano della soggettività, della creatività, dell'immaginazione ci possiamo legittimamente sbizzarrire e seguire ciascuno la propria strada, col massimo grado di libertà e possibilità di scelta, e anche su quello delle opinioni e delle valutazioni personali. Ma se si tratta di "fare qualcosa insieme" (col paziente nell'analisi, coi colleghi nella ricerca e nella vita associativa, con la società in generale) è evidente la necessità di un riferimento comune, concordato e condiviso, cui possano essere riconosciuti il potere, l'autorità e la funzione del *tertium super partes*.

Il problema del ruolo, di come individuarlo, di come ricoprirlo è un problema che riguarda tutti gli esseri umani pensanti e dialoganti. Un buon rapporto col proprio ruolo, un buon funzionamento dentro di esso si possono considerare la base della salute (*salute*: altro concetto che andrà indagato con aperture nuove rispetto al passato, includendo in esso non solo quella psichica, come è avvenuto finora, ma anche quella esistenziale). Pur essendo un'astrazione, il concetto del ruolo e la sua funzione hanno una loro oggettività: il ruolo del genitore, ad esempio, col quale tra l'altro quello dell'analista ha molte analogie, prevede la funzione di assistere e promuovere il raggiungimento dell'adulità dei propri figli. Le modalità di funzionare dentro questo ruolo sono, sul piano soggettivo, tante quanti sono i genitori in carne e ossa, ma un dato è evidente: che ci sono modi buoni, meno buoni e pessimi di esercitare il mestiere di genitore. Da che cosa dipendono queste differenze? Una cosa si può dire: nel fare il suo mestiere, consapevolmente o meno, il genitore si attiene a criteri, principi, riferimenti di ordine generale, o almeno sa che esistono, e sono il rapporto con questi attributi di ruolo e la capacità e la volontà di rispettarli a determinare la qualità e l'efficacia della funzione. È questo che

intendo parlando di "oggettività del ruolo", ed è sufficiente questo accenno per dire quanto la funzione del genitore sia di natura etica e non tecnica o scientifica.

Ecco una bel compito per la psicoanalisi prossima ventura: indagare e definire il ruolo dell'analista, anziché limitarsi, come finora è accaduto, alla sola sua funzione. In altre parole, riconoscere che l'estrema variabilità del funzionamento soggettivo delle persone (e quindi degli analisti) va lasciata alla responsabilità e alla scelta delle stesse, mentre sono indagabili i criteri cui i singoli si attengono per gestire e governare la propria soggettività.

Da dove provengono questi criteri, a quali principi si ispirano? È qui che ritengo vada posto il problema di quella oggettività ponibile in termini generali di cui come analisti abbiamo bisogno per concettualizzare il nostro mestiere. Dire che la nostra relazione col paziente è terapeutica quando è buona è una constatazione difficilmente confutabile. Se però non ci si chiede quali condizioni oggettive – generalizzabili e predefinibili – la rendano tale, perdiamo la capacità di giudicare, valutare, confrontare con criteri che non siano solo quelli dell'emotività e dell'affettività.

Queste riflessioni, se valgono, valgono per tutte le relazioni interpersonali. Per rimanere nel campo delle relazioni all'interno di un gruppo o di una società di psicoanalisti, quali regole "oggettive" sono necessarie per un buon funzionamento di queste collettività, affinché gli individui che le compongono si incontrino e si intendano veramente?

Ho avuto il privilegio di fondare e di dirigere una di queste collettività, che nella ricerca dei presupposti che stanno alla base della terapeuticità della relazione analitica si è sempre proposta di vivere, sia al proprio interno, sia nelle relazioni dei propri terapeuti e dei propri formatori con i pazienti e coi colleghi in formazione, secondo quei criteri ritenuti decisivi al fine del benessere relazionale.

Ma questa è un'altra storia.



# Il bambino comune

RENATO GERBAUDO

Chi si occupa di bambini, incontra la famiglia. Anche la famiglia senza bambini, fosse pure il singolo che ha un desiderio. Si parla, con un'immagine un po' logora, del «bambino che è in noi». È in noi come immagine ideale, come effetto di legami simbolici, come la forza reale delle pulsioni, mascherate dalla convivenza sociale.

Ed è proprio la convivenza sociale a privilegiare, attraverso i mezzi di comunicazione di massa, l'immagine del bambino nei suoi contrasti più stridenti: da un lato, il neonato sorridente, il girotondo multicolore, il consumatore soddisfatto di oggetti, impropriamente definiti giocattoli; dall'altro, il bambino consunto e affamato, quello che abbraccia un fucile per la causa, quello abbandonato nel cassonetto o vagante ai margini della strada. L'elenco completo sarebbe troppo lungo e forse inesauribile...

Si potrebbe forse affermare che la patologia emergente del mondo degli adulti nell'attuale contingenza che si afferma come pedofilia, maltrattamento e abuso dei bambini, sia un sintomo sociale che rileva di un disagio della civiltà. Ma quale disagio? E in che modo il bambino, come nodo problematico del mondo degli adulti, ne sarebbe il portatore?

In che cosa si manifesta oggi il «dis-agio» prevalentemente? Nella difficoltà a saturare con oggetti sempre più sofisticati, la sempre più frequente insoddisfazione umana, relativa all'angoscia di morte. Sarei tentato di capovolgere l'ipotesi di Otto Rank già criticata da Freud (1937), sul «trauma della nascita»: non sarebbe tanto la difficoltà del bambino, nella sua fissazione alla non separazione dalla madre, quanto quella degli adulti a farsi determinare dai significanti della maternità e della paternità.

La questione del limite al godimento, imposto dalla nascita del bambino, costringe l'adulto a confrontarsi con la sua mancanza. Invece di accettarla, il bambino viene messo al posto di questa, quasi come un otturatore, che ne esalta il suo narcisismo (*His Majesty the Baby*). Para-

I temi trattati nel presente articolo sono ripresi dall'autore in maniera più ampia nel volume: *Il bambino reale. Psicodramma analitico e istituzioni della cura infantile*, edito dalla Franco Angeli nella collana «Clinica psicoanalitica dei legami sociali», in libreria dal mese di marzo 2000.

dossalmente, quindi, viene ad assumere immaginariamente una posizione di estrema importanza, poiché costituirebbe la «soluzione» ad un impossibile quesito: dove è il padre?

Questa domanda non riguarda soltanto la categoria delle coppie con figli, ma l'intera articolazione della società civile, in cui il «desiderio di bambino»

si estende a tutte le forme di legame o di convivenza sociale. Lo si può leggere sia nella forma oggettiva (procreare, fare figli) sia nella forma genitiva (desiderare come un bambino). Entrambe possono assumere, così come lo vediamo oggi, una direzione perversa legata al consumo, cioè al godimento, in cui la differenza tra bambino e oggetto reale si perde lentamente per strada.

Come percepisce tutto ciò il bambino reale? In che modo il suo sviluppo è intrecciato a queste questioni strutturali che gli possono favorire la strada verso una consapevolezza di sé o in che modo gliela possono sbarrare, nell'emergenza di situazioni patologiche o sintomatiche? È da quest'ultime che il lavoro psicologico con i bambini e le famiglie permette, soprattutto in una dimensione istituzionale, di sviluppare alcune ipotesi e tracce di ricerca.

In questi ultimi anni si incontrano sempre di più bambini che aggrediscono il tempo e lo spazio, secondo modalità e stili differenziati per sesso: i maschi sembrano fare dell'azione pantoclastica la loro attività preferita. Rompono, picchiano, si distruggono facilmente, sono insensibili ai richiami degli adulti, urlano e si rotolano per terra di fronte a qualsiasi piccola contrarietà o divieto esterno. E sembrano avere sempre una gran fame di merendine o di oggetti... Al contrario le femmine tacciono, non interloquiscono con gli adulti, la via della comunicazione verbale sembra ostruita, così come la relazione con gli oggetti di gioco o di scambio. Hanno in genere anche difficoltà alimentari... In entrambi i casi la forma sociale della bulimia-anoressia sembra configurarsi come una

specie di anticipazione precoce rispetto agli adolescenti che saranno.

Non a caso ho scelto i due *a priori* kantiani come questione strutturale rispetto alla multiforme varietà del sintomo infantile: quello che mi colpisce è il fatto che, al di là della nosologia psicotriagnostica, è come se questi bambini, che non esiterei a definire “pulsionali”, non potessero o temessero di avere un tempo o uno spazio separato dall’Altro. Quello che la loro attività privilegia è l’esclusione della parola come fondante la relazione. E soprattutto non giocano, essendo il gioco l’attività umana più vicina alla costruzione simbolica e al rischio della perdita.

L’agire del bambino, sia nella furia distruttiva dello spazio di relazione, sia nella decisa vanificazione della comunicazione, ha di mira l’evitamento della domanda dell’Altro. Questa posizione non è univoca, può essere un segnale di nevrosi, di perversione o di psicosi, secondo l’insegnamento di Lacan.

Ma quello che è più interessante è questo innesto tra due mancanze, quella dell’adulto e quella del bambino. La prima è fondata sul desiderio materno, regolato dalla questione paterna, la seconda è relativa all’operazione di separazione compiuta dal bambino, che lascia un margine di soggettività a questa determinazione degli ideali familiari.

In altre parole, è proprio perché ciascuno è mancante come soggetto che può assumersi il peso e la responsabilità del desiderio. In caso contrario prevale il godimento dell’oggetto anziché la possibilità dell’interrogazione soggettiva circa il desiderio dell’Altro.

Il godimento cerca di riempire questa mancanza come se fosse un vuoto, anche con uso di sostanze, con il risultato di al-

largare indefinitamente questo buco originario. Lo statuto del bambino riguarda dunque il riconoscimento come soggetto *alla* parola (dell’Altro), ma anche come soggetto *di* parola. È a partire da qui che si può ritrovare la radice della violenza sull’infanzia, là dove questo approccio soggettivo è negato dal godimento dell’adulto. Al linguaggio della tenerezza si sostituisce la

sessualizzazione del rapporto.

Per queste situazioni estreme e tutte le altre intermedie e sfaccettate, la risposta dello psicoanalista consiste, secondo me, nel permettere il ritrovamento di una parola soggettiva attraverso l’esperienza del discorso come legame sociale. Discorso come struttura, in cui, al di là del confronto immaginario, il soggetto è preso in una trama simbolica, che possa temperare il reale della pulsione di morte. La scommessa consiste nella possibilità di riportare questo reale, che spinge ad atti aggressivi e violenti, nell’ambito di una situazione discorsiva, che faccia sintomo per il

soggetto. Non si tratta di risocializzare le famiglie, che vivono spesso una condizione di nuclearizzazione e di isolamento, ma di riproporre un legame sociale, che permetta a ciascuno di ritrovare la strada di un desiderio singolare, al di là del godimento immediato di oggetti che ostruiscono questo percorso. I bambini ci guardano, ma soprattutto ci interrogano sul nostro desiderio, che non sia anonimo, ma particolareggiato. Vale a dire trasmissibile, capace di far circolare la mancanza soggettiva come ricerca personale.

Nella vita di tutti i giorni la dimensione del tempo si manifesta con la *fretta*, legata al consumo che, nel registro del reale, si lega a degli oggetti che producono angoscia, poiché nessuno risponde alla domanda dell’individuo. La conseguenza è un



Disegni di un ospite di Villa Bisutti.

passaggio da un oggetto ad un altro in modo indefinito. A questo si può contrapporre l'*urgenza* soggettiva, come movimento stesso della domanda indirizzata ad un Altro per chiedere *qualcosa*. In altre parole si tratta di valorizzare, contro l'universalizzazione dei bisogni, la particolarità di ognuno, a partire dal vuoto di sapere che è generato dal pieno degli oggetti prodotti dalla scienza e dalla tecnologia.

È necessario che le istituzioni locali creino per le famiglie delle infrastrutture, in base a dei progetti di lavoro che rappresentino dei luoghi "intermedi" di incontro e di attività. Strutture che non siano istituzionalizzate nel loro fine, ma legate ai progetti del luogo e del momento. E soprattutto che non presentino un sapere unico, totalizzante, ma un incontro e confronto di saperi, di cui nessuno detiene l'esclusiva, ma che sia fondato dall'esperienza di chi vi partecipa. Una specie di antenna sulle questioni infantili, che coinvolgano le famiglie e gli operatori che se ne interessano.

Captare i segnali trasmessi via radio di una comunicazione a volte buona, a volte scadente, altre volte disturbata, intermittente o muta.

Una struttura intermedia, collocata nel sociale, che rappresenti una centrale di ascolto e di trasmissione del discorso del bambino e sul bambino. Un luogo di passaggio per le famiglie che vengono a porre la loro questione in un contesto clinico, integrato in un ambiente che faccia da legame sociale, da ponte tra le istituzioni che parlano del bambino, che lo curano, che lo educano, che gli insegnano.

Spazio di accoglienza di una domanda individuale che si incontra con quella degli altri, non per confondersi né per fare massa, ma per distinguersi nella sua particolarità: gruppi di bambini che parlano di se stessi, rappresentandosi nel gioco dell'Altro della parola (psicodramma analitico), gruppi di genitori che intrecciano le loro difficoltà relazionali in un regime di scambio che getti luce sul loro deside-

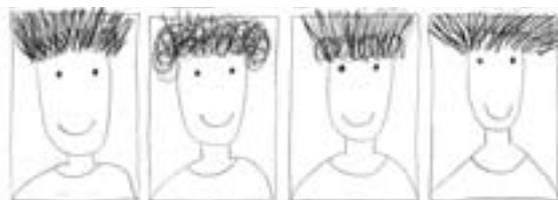
rio (gruppi di *Role-Playing*), esperienze di gioco tematiche orientate alla costruzione di oggetti sociali (*ateliers* di disegno, di parola, di giocattoli, di musica, di teatro...), sostenuti da operatori sociali e sanitari coordinati.

Spazio di gruppo che accolga le situazioni definite "gravi" perché ciascun membro della famiglia si possa ritrovare in un luogo protetto dal reale della sofferenza: una porta d'entrata, indicata dalle istituzioni, una porta d'uscita, scelta dal singolo. Luogo di scambio tra operatori diversi, occasioni di formazione per chi lo desidera (gruppi di sensibilizzazione per insegnanti e operatori psicosociali), tirocinio per chi si affaccia al mondo del lavoro sulla salute mentale e incominci a vederne gli snodi e le traversie.

Luogo in cui "i saperi" (della scuola, della clinica, della pedagogia) vengono interrogati nel punto di inciampo con la pratica, scavati nella loro apparente pienezza, perché il resto sia appannaggio della famiglia. Famiglia che, nelle forme della modernità rivela la sua complessità attuale, sia che si presenti nella contrazione sociale del "single", che nelle forme della sua estensione "grupuale" (famiglie di divorziati, famiglie allargate, adottive, affidatarie etc.).

Spazio clinico dunque rigorosamente separato dagli altri, ma immerso nel legame che partecipa alle "cure" del bambino. Spazio di cura, ma distinto dal luogo canonico delle terapie e dei trattamenti. Chi avrà la necessità di approfondire la cura troverà nelle istituzioni sanitarie il percorso adatto alle proprie necessità, come la dimensione sociale e culturale offrirà a ciascuno dei percorsi differenziati. L'obiettivo non è quello di aumentare la comunicazione, ma di cogliere in quella che si crea il progetto del singolo che si confronta in questa nuova dimensione di legame sociale.

Il bambino comune sarà allora quello condiviso e soprattutto ascoltato, differenziato dall'idea di bambino generalizzato, ma visto nella sua particolarità.



# Il silenzio, i libri e la comunità

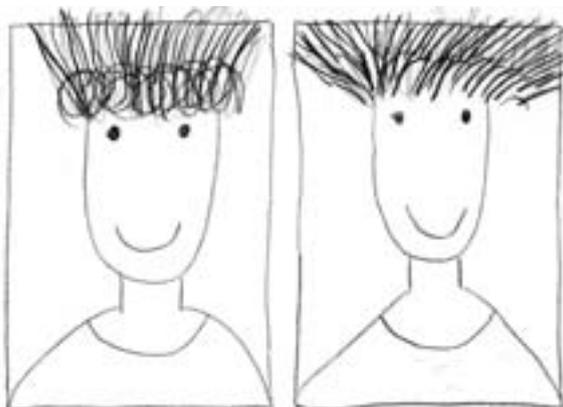
*La biblioteca come luogo dell'incontro*

MARIAPIA DE CONTO

«Peccato, è un gran peccato che non abbia cominciato prima a leggere. Quante cose ho perso». Così, nel bel libro di Monika Feth (*Ugo e i nomi delle Vie*, Jaca Book, Milano 1995), dice ai suoi colleghi Ugo il lavanomi, che pulisce le targhe delle vie, quelle con i nomi dei musicisti e dei poeti. Ugo, il miglior lavanomi della città, che dopo anni di lavoro eseguito con rigore e soddisfazione, scopre che, ahimè, quei nomi non gli dicono niente. Assolutamente niente.

E allora, preso da un insaziabile desiderio di conoscere, incomincia a trascorrere le serate, ascoltando le opere dei più grandi musicisti e a leggerne la storia. E poi, quando si sente appagato di questa nuova ricchezza, si dedica ai poeti. E passa ore e ore in biblioteca a leggere le poesie e la vita e la storia dei poeti.

Ed è felice. E soddisfatto, più soddisfatto di prima, continua a salire tutti i giorni sulla sua scala e continua a pulire le targhe della sua città, che improvvisamente gli appaiono nuove, più belle, non più anonime, ma scrigni di storia. Mica è cambiata la sua vita. E lui, Ugo, non vuole che cambi, perché a lui piace essere un lavanomi. Perché lassù, sull'ultimo piolo della sua scala, lui può accarezzare i nomi che ormai conosce. È il mondo fuori che è uguale a prima. Lui no. Ed è felice. E sono felici, un po' increduli, i passanti che si fermano ad ascoltarlo, mentre lui, assorto e ignaro di tanto pubblico, declama le poesie, fischietta le arie delle opere, racconta le storie. Felice lui che legge. Lui che sa. Felici loro che ascoltano. Perché, se è meraviglioso leggere, è altresì un'esperienza di grande piacere ascoltare. Piace a me che sono grande. E piace ai bambini. Ai bambini piccoli. Ai



bambini grandi. Provate a chiedere a un bambino: «Vuoi che ti racconti una storia?». La sua risposta sarà solo una: «Sì!». Non si schierino dietro paraventi pseudo modernisti e denigratori coloro che vogliono farci credere che i bambini non sono più i bambini di una volta. Sì, è vero, ci sono i computer,

c'è la televisione, ci sono i videogiochi e sì, d'accordo, ci sono anche i Pokemon. Ma di fronte al pifferaio di Hamelin, al piacere di una storia raccontata, e a quella magia impalpabile che si diffonde attraverso la voce e i suoi silenzi, i bambini rimangono bambini. Come eravamo noi. Come eravate voi. E come siamo ancora in quel piccolo angolo che la nostra psiche, inutilmente, tenta di nascondere sotto le coperte dell'adulto cresciuto saggio responsabile razionale di buon senso logico – o illogico?

A me, adulta poco di buon senso o molto di buon senso, infastidita dal caldo di coperte opprimenti, piace scoprirmi. Sarà per questo che amo le fiabe? E le illustrazioni dei libri? Quelle belle illustrazioni che, insieme alle parole, ti fanno entrare – o uscire? – in un altro mondo? Mi piace parlare dei libri. Mi piace che si parli di libri. Mi piace leggere. Mi piace ascoltare. E mi piace guardare le facce dei bambini quando leggo loro una storia.

E mi piace guardarli e ascoltarli, mentre tra loro parlano di quella storia. E di tante altre. E mi piace pensare a una grande biblioteca in una piccola piazza o a una piccola biblioteca in una grande piazza. E a una biblioteca, va bene grande, va bene piccola, in una scuola grande. E in una scuola piccola.

Perché una biblioteca? Perché la biblioteca è un luogo dove si può godere del piacere di arricchire la propria mente, di la-

Disegni di due ospiti  
di Villa Bisutti.

sciarsi scivolare tra le parole scritte, tra gli scaffali tappezzati di libri, di annusare l'odore della carta. È un luogo dove si può assaporare il silenzio e dove si può farsi cullare da caldi bisbigli, dal rumore ovattato delle pagine sfogliate. È un luogo dove si può godere dello stare per conto proprio, ma nello stesso tempo non si sente la solitudine; si assapora la "solitarietà", senza sentirsi soli.

La biblioteca è un po' come la piazza; la piazza del paese, dove la gente cammina, si incontra. Un rapido saluto o qualche chiacchiera, lo scambio di piccoli frammenti di vita, di tante vite, ognuna importante per sé, ma anche per gli altri. La biblioteca è così; un luogo dove ci si può



incontrare, dove si entra a contatto con la vita di altri che non siamo noi. È una persona sconosciuta, è l'amico incontrato per caso, è lo scrittore amato, incontrato tra le pagine di un libro. È la storia passata, la storia di oggi, la memoria di un tempo che continua a svolgersi intorno a noi, dentro di noi.

La biblioteca è il luogo dei libri, lo scrigno che conserva la cultura nel tempo, che la diffonde tra la gente, la regala alle persone. A tutte. Quale ruolo prezioso è affidato a questa parte della nostra comunità! E quale alto valore democratico le si può riconoscere! Una biblioteca che si rispetti non opera censure culturali, non esclude né libri né persone, di qualunque argomento parlino, di qualunque lingua o religione siano. E vi pare poco? Già nel fatto di mantenere l'abitudine di offrire dei libri in prestito, in un mondo dove il denaro e il possesso detengono spesso il primato nella sfera dei valori, la biblioteca si pone al di sopra degli interessi commerciali, delle differenze sociali ed economi-

che; chiunque può accedere alla lettura, allo studio, al piacere della cultura, all'opportunità di crescere, di arricchire la sua mente, la sua capacità critica. Basta che lo desideri.

Qui sta il punto. La biblioteca ha in sé aliti di generosità e di alto valore sociale e culturale, purché non rimanga privilegio di pochi, luogo un po' spento, che c'è e non c'è, relegata al ruo-

lo di piccola Cenerentola del paese, in attesa di qualche Buon Principe che forse un giorno passerà, chissà quando, o forse non passerà mai, a regalarle importanza, vita, colore. Il Buon Principe è il paese che crede nel valore della cultura, che sente il desiderio di offrire ai suoi abitanti la ricchezza di

un luogo ricco di libri, che vuole regalare a tutti l'opportunità di non aver perso troppo tempo prima di scoprire il piacere di leggere, di conoscere. È la scuola, che crede nei suoi allievi piccoli, nei suoi allievi grandi, che ama regalare a ognuno di loro il desiderio di imparare, la voglia di scoprire, la possibilità di sentirsi parte attiva nella costruzione della propria vita. Il Buon Principe sono il paese e la scuola insieme, che credono nella ricchezza interiore di ogni individuo, nella grandezza del sapere, nell'importanza di regalare a tutti, a ciascuno, a qualsiasi età, a qualunque strato sociale occasioni d'incontro, spazi di vita quotidiana, di crescita culturale.

Piccoli, fin da piccoli, si può amare una biblioteca, come piccoli, fin da piccoli, si può assaporare il piacere di tuffarsi dentro un libro, di gustare una storia, di ascoltare una fiaba. Piccoli, fin da piccoli, si può camminare tenendo per mano la cultura. E grandi, già da grandi, si fa meno fatica a pensare che la cultura è una cosa per tutti, anche per i lavanomi della città.



# La scuola è la comunità dove si impara “anche” l’ortografia, la grammatica, l’aritmetica...

SAVINA BACCHIN

Penso di aver vissuto una specie di Odissea, ma non vedo ancora profilarsi Itaca all’orizzonte. Al mio ingresso nella scuola elementare (era il lontano ’68) era d’obbligo abbatte-

re i sistemi della scuola tradizionale con una didattica anticonformista, ma per tener fede all’impegno «a scuola non ci si schiera» si stentava, in quegli anni, trovare un libro di lettura che non fosse spudoratamente di parte.

Più tardi con i Decreti delegati, noi insegnanti, abbiamo imparato a svelarci, a farci conoscere, a saper ascoltare, ad accettare, anche, le critiche, ma soprattutto a condividere con i genitori l’importante ruolo di educatori.

Con i nuovi programmi del 1985 siamo stati stimolati a conoscere ancora di più l’interazione educativa con la famiglia, a valorizzare nella nostra programmazione le risorse culturali, ambientali e strumentali offerte dal territorio e dalle sue strutture, a considerare l’alunno coinvolto in una realtà sociale caratterizzata da sempre più rapidi e profondi processi di mutamento dei costumi. Infine è arrivata la fine del ruolo unico dell’insegnante elementare all’interno della classe e l’adeguamento, non facile, al lavoro di *team*.

Ed ecco la rivoluzione telematica (se non usi il computer non sei un bravo insegnante!) e l’autonomia, per cui la mia vecchia e cara scuola, in certi momenti, mi dà l’idea di un progettificio in cui sembra prevalere l’equazione «più progetti più qualità», (magari progettare anche senza essere sicuri di poter attuare, perché se mancano i finanziamenti non se ne fa niente oppure... ecco, si cerca lo SPONSOR!!!). Così se prima si era curvi sui banchi di scuola, ora ci curviamo di fronte alle scrivanie di qualche Istituto bancario! A questo punto io (sarei quella del ’68) avrei il fiatone, nonostante l’entusiasmo sia quello degli inizi. In tutto

Di imparare non si finisce mai, / e quel che non si sa / è sempre più importante / di quel che si sa già. G. RODARI

questo tempo ho misurato «il lavorare con passione» con la capacità di rinnovamento e di... adeguamento, ma mi sembra che si stia esagerando con il disinteresse generale per l’effettivo

miglioramento del livello dell’apprendimento degli alunni. Tutta l’attenzione va invece a questo nuovo involucro adottato della scuola: al POF (piano di offerta formativo), alle funzioni obiettivo, alle commissioni, ai progetti.

Ma c’è, mi chiedo, una reale ricaduta di tutto questo impegno e di queste energie sulle abilità cognitive dell’alunno? Insomma imparano di più e meglio così i nostri scolari, alunni, studenti?

La Scuola Elementare Italiana era ritenuta fra le migliori in Europa: a quando il risultato di una più recente indagine?

Avrò forse una mentalità superata, ma ritengo che per acquisire certe conoscenze si richiedano esercizi, controlli, correzioni e poi nuovamente esercizi, controlli, correzioni e quindi inevitabilmente c’è bisogno di tempo. Non sempre si può essere presenti ai laboratori scientifici, artistici, alle visite guidate, alle iniziative sportive, alle proiezioni cinematografiche, agli spettacoli teatrali e chi più ne ha, più ne metta.

E per togliere qualche certezza a quello psichiatra “alla moda” che ultimamente ha invitato gli insegnanti a non essere «istruttori» ma soprattutto «educatori» oserei dire che il bravo insegnante ha da sempre saputo usare gli strumenti della didattica (esercizi di grammatica compresi) per educare o perlomeno per formare al senso di responsabilità, alla costanza nell’applicazione, alla capacità d’autonomia, allo spirito critico. Gli alunni non imparano un bel niente se l’esercizio è sterile e privo di significato.

Alla fine è quello che richiede ogni famiglia attenta e sana: che i figli vengano a scuola volentieri e che imparino.



«Ho ricostruito le Torri Gemelle perché tanta gente ci vada a vivere felice».  
RICCARDO Busetto, Seconda A

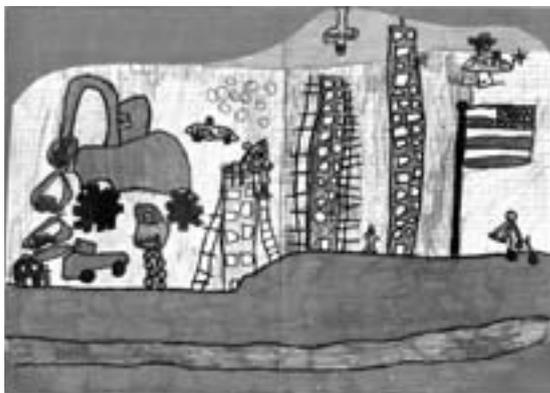
# Ho fatto un sogno: ho ricostruito le Torri Gemelle

A CURA DI ADRIANA RONCHI

Parliamo insieme dei ricordi belli e i ricordi brutti dell'estate.

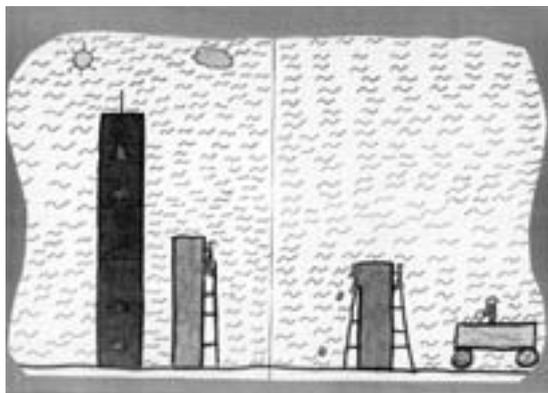
Gli alunni delle classi Seconda A e Seconda B della Scuola Elementare «Carlo Collodi» di Pordenone al rientro dalla vacanze, hanno sviluppato sotto la direzione dell'insegnante, il seguente tema:

*«Impariamo a progettare uno spazio: divento architetto ed ingegnere e ricostruisco le Torri di New York».*



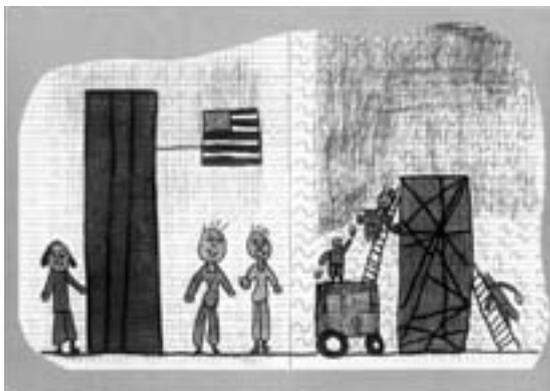
«Ho fatto questo progetto perché non voglio che succeda mai più in nessuna parte del mondo che caschino dei palazzi. A me non piace che tanti genitori siano morti così; adesso tanti bambini soffrono per colpa di quei pazzi».

MARCO BADIN, Seconda B



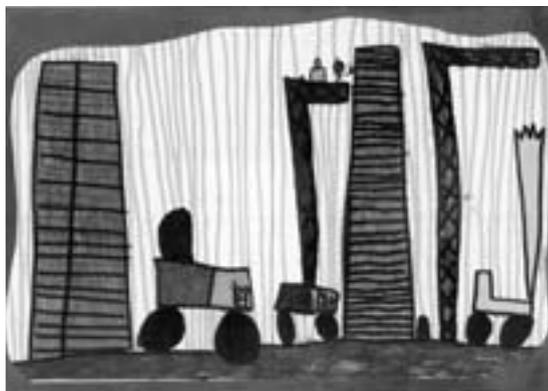
«Io non volevo vedere New York senza le Torri Gemelle perché era brutto vedere New York senza le Torri. Migliaia di persone sono morte e spero che i loro papà e i loro figli siano felici vedendo che le nuove Torri sono ricostruite».

ISABELLA DALL'AGNESE, Seconda B



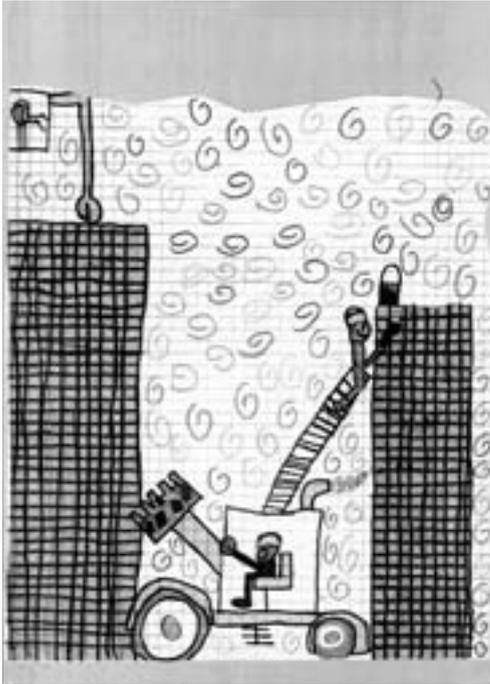
«Io ho rifatto le Torri Gemelle perché volevo rivederle in piedi e anche più belle. Sono morte migliaia di persone. Spero che adesso siano felici che sono ricostruite».

MARTA MAZZARELLA, Seconda B

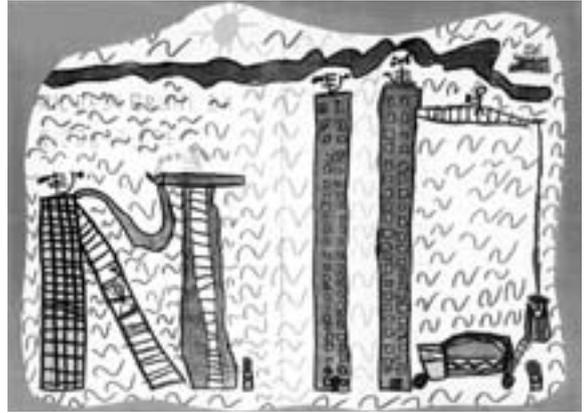


«Io ho disegnato le Torri Gemelle. Sono morti tanti papà e tante mamme. I bambini così piangono, ho visto alla televisione i pompieri».

EDOARDO GUARNERI, Seconda B



«Sono l'ingegnere Lorenzo e ho costruito le Torri per fare l'America più bella, come prima».  
 LORENZO BURIOLA, Seconda A



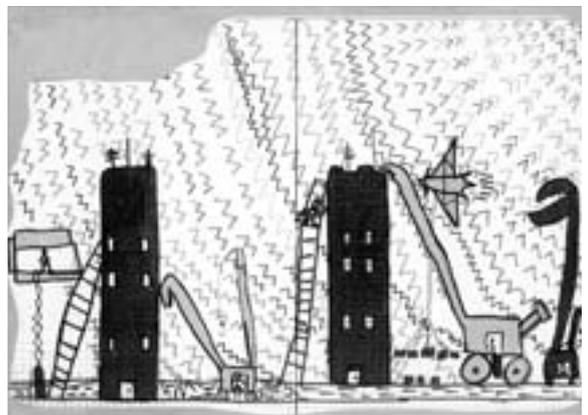
«Io ho fatto questo progetto perché mi volevo fare una idea per rifare le Torri Gemelle. Ci lavoravano tante persone che sono morte e voglio che torni tutto come prima».  
 CARLO PAVON, Seconda B



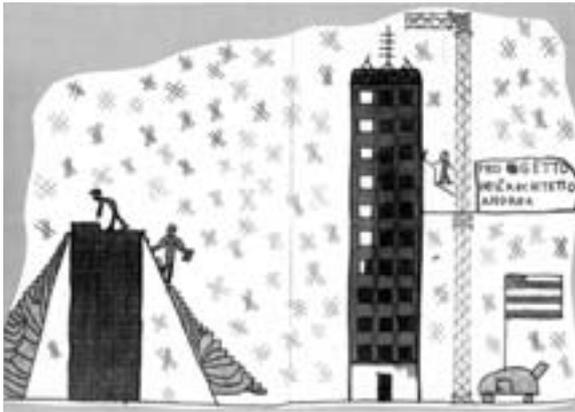
«Nicola architetto di Pordenone ha voluto ricostruire le Torri Gemelle così quelli che ci lavoravano ci lavoreranno ancora».  
 NICOLA MENTASTI, Seconda B



ANGELA HERNANDEZ, Seconda A

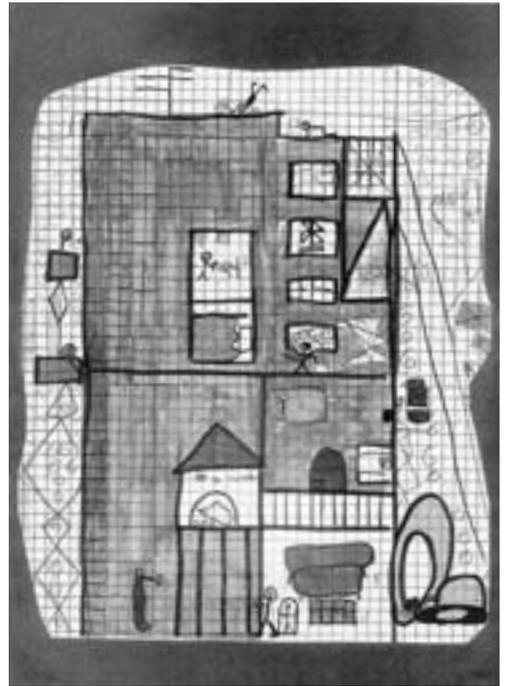


«Spero che non riattacchino i terroristi e smettano di uccidere la povera gente che soffre e noi preghiamo per loro e io ho fatto il progetto delle due Torri Gemelle».  
 MARCO PEROSA, Seconda A



«Io ho fatto il progetto perché non voglio che la gente di New York rimanga senza lavoro. Erano troppo pericolose, le ho progettate più basse e più sicure».

ANDREA ROSSIT, Seconda B



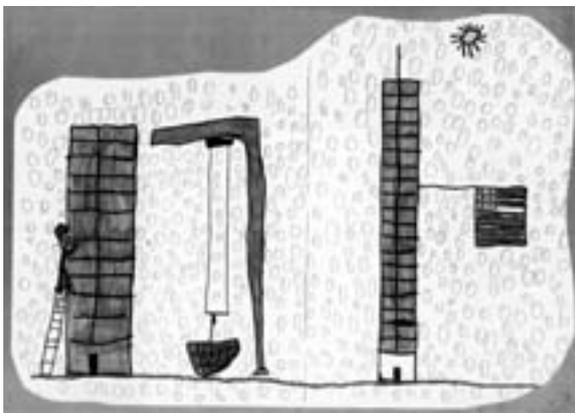
«A me non piace vedere New York senza le due Torri Gemelle. A me dispiace per quei migliaia di papà morti».

EDWARD BOMBEN, Seconda B



«Non voglio vedere le persone di New York tristi. E tanti bambini si sono disperati sentendo la notizia dei loro genitori sotto alle macerie».

DAVIDE PORTOLAN, Seconda B



«A me piace vedere New York con le due Torri Gemelle. Voglio ricostruirle perché vorrei che i papà e i loro figli fossero felici».

MAURIZIO POLESELLO, Seconda B

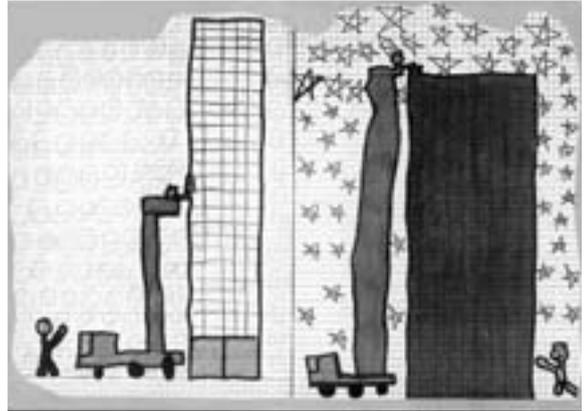


«Io sono il progettista delle due Torri Gemelle e l'ho fatto per il mio bene».

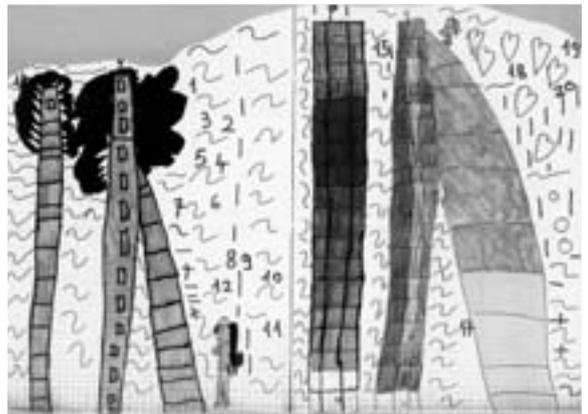
NIKI MOZZON, Seconda B



«Io ho disegnato questa Torre perché non volevo che tanti abitanti di New York non potessero andare a mangiare e a vedere un bellissimo panorama».  
 MARIA LINCETTO, Seconda B



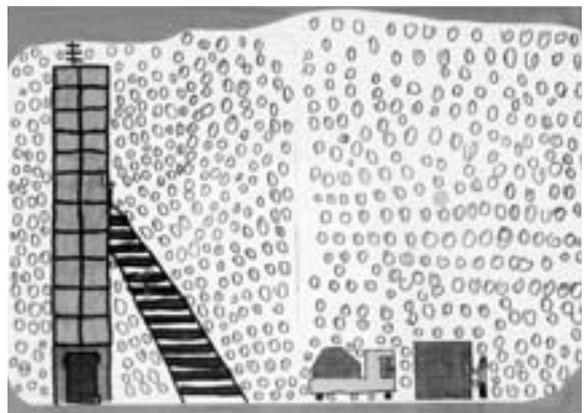
«Io non voglio vedere New York senza le due Torri Gemelle, ed ecco perché ho fatto questo progetto, penso ai papà sotto alle macerie e non voglio che i bambini soffrano più».  
 GIUSEPPE DALL'AGNESE, Seconda B



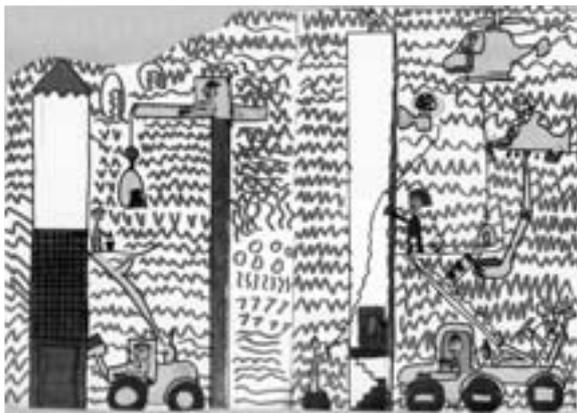
«Io voglio che ricomincino a pitturare bene le Torri e poi volevo salvare le persone morte e farle tornare vive».  
 ROSANNA HACKAMAN, Seconda A



«L'architetto Sofia ha voluto ricostruire le due Torri Gemelle perché così le persone potranno abitarci».  
 SOFIA DONADA, Seconda A

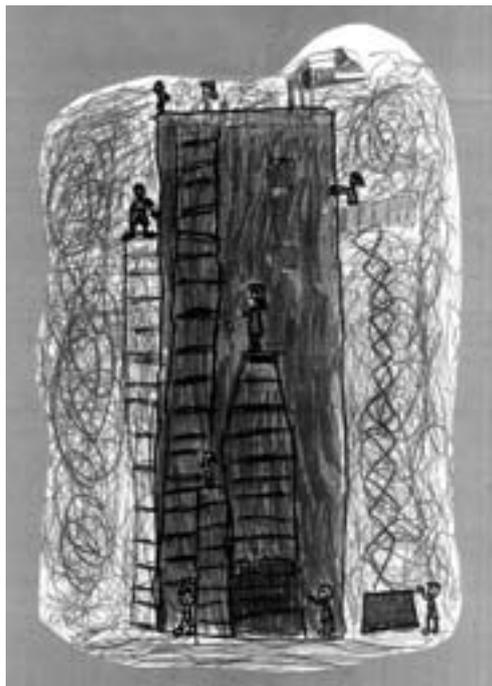


«A me piace vedere New York con le due Torri Gemelle. Voglio ricostruirle perché vorrei che le famiglie vadano a visitarle».  
 GIULIA BELLUZ, Seconda B



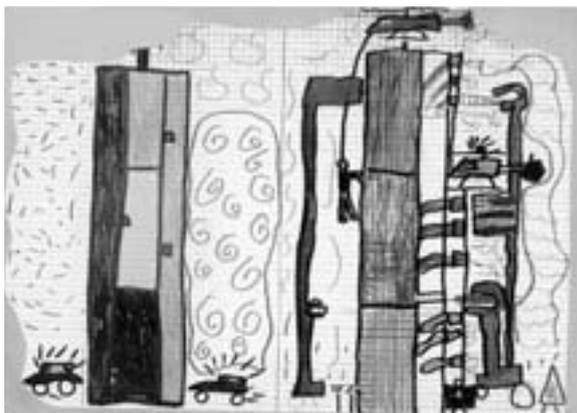
«Io sono l'architetto Francesco e ho deciso di ricostruire le Torri Gemelle perché se no nessuno aveva lavoro».

FRANCESCO MONISSO, Seconda A



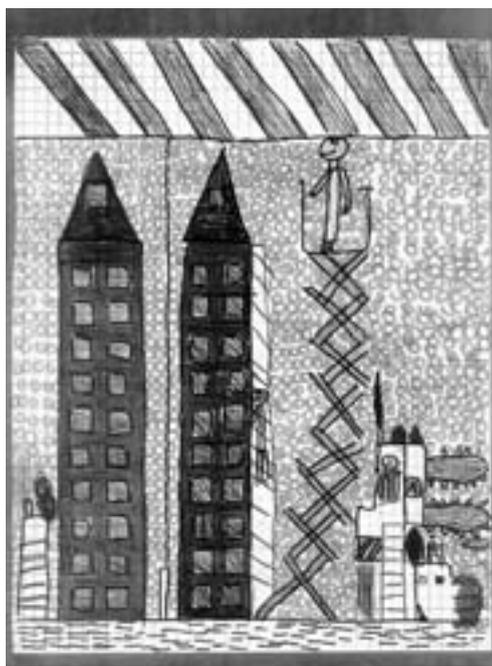
«Vorrei andare in America per rifare le Torri Gemelle, così tutti gli abitanti dell'America potranno andare a lavorarci».

ANNA PERESSON, Seconda A



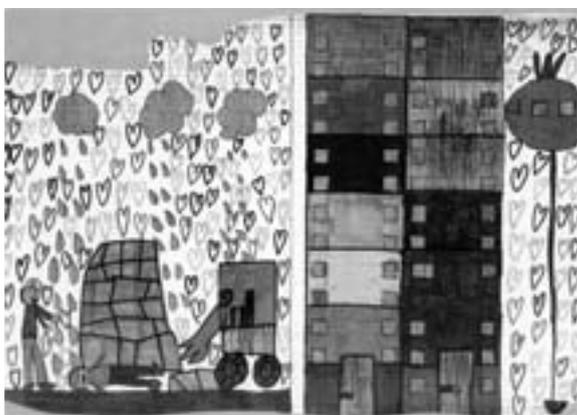
«Io architetto Keivan ho ricostruito sperando che arrestino i terroristi di New York. È brutto vedere New York senza Torri, è triste».

KEIVAN DJAFARI ZAD, Seconda B



«Ho progettato le Torri Gemelle perché Bush ha voluto ricostruirle e per fare diventare la città come era prima».

NICOLA COTONE, Seconda A



«L'architetto Erica ha voluto ricostruire le Torri Gemelle perché se no moltissime persone sarebbero rimaste senza lavoro».

ERICA IANNI, Seconda A

# INDICE

Comunità che (ci) curano *di Francesco Stoppa*

PAGINA TRE

## Comunità che curano

Il trattamento morale *di Fulvio Marone*

PAGINA SETTE

La Comunità terapeutica rivisitata *di Lucio Schittar*

PAGINA DODICI

La svolta di Gorizia *di Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio*

PAGINA QUINDICI

Alla ricerca di una comunità possibile *di Luciana Molinari*

PAGINA DICIANNOVE

La costruzione della quotidianità *di Patrizia Zanet*

PAGINA VENTIDUE

Riflessioni sulla Controriforma Burani alla Legge 180  
*di Angelo Cassin*

PAGINA VENTITRÉ

La Comunità Zero *di Marina Severini*

PAGINA VENTICINQUE

Via dalle case degli altri *di Annalisa Davanzo*

PAGINA VENTOTTO

Intendersi ed incontrarsi veramente *di Sergio Erba*

PAGINA TRENTATRÉ

Il bambino comune *di Renato Gerbaudo*

PAGINA TRENTASETTE

Il silenzio, i libri e la comunità *di Mariapia De Conto*

PAGINA QUARANTA

La scuola è la comunità dove si impara “anche” l’ortografia,  
la grammatica, l’aritmetica... *di Savina Bacchin*

PAGINA QUARANTADUE

Ho fatto un sogno: ho ricostruito le Torri Gemelle  
*a cura di Adriana Ronchi*

PAGINA QUARANTATRÉ



COMUNITÀ CHE (CI) CURANO *di Francesco Stoppa* ■ IL TRATTAMENTO MORALE *di Fulvio Marone* ■ LA COMUNITÀ TERAPEUTICA RIVISITATA *di Lucio Schittar* ■ LA SVOLTA DI GORIZIA *di Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio* ■ ALLA RICERCA DI UNA COMUNITÀ POSSIBILE *di Luciana Molinari* ■ LA COSTRUZIONE DELLA QUOTIDIANITÀ *di Patrizia Zanet* ■ RIFLESSIONI SULLA CONTRORIFORMA BURANI ALLA LEGGE 180 *di Angelo Cassin* ■ LA COMUNITÀ ZERO *di Marina Severini* ■ VIA DALLE CASE DEGLI ALTRI *di Annalisa Davanzo* ■ INTENDERSI ED INCONTRARSI VERAMENTE *di Sergio Erba* ■ IL BAMBINO COMUNE *di Renato Gerbaudo* ■ IL SILENZIO, I LIBRI E LA COMUNITÀ *di Mariapia De Conto* ■ LA SCUOLA È LA COMUNITÀ DOVE SI IMPARA “ANCHE” L’ORTOGRAFIA, LA GRAMMATICA, L’ARITMETICA... *di Savina Bacchin* ■ HO FATTO UN SOGNO: HO RICOSTRUITO LE TORRI GEMELLE *a cura di Adriana Ronchi*