

PREFAZIONE

Il trauma. Freud ci dice che “Lo spazio può essere la proiezione dell'estensione dell'apparato psichico. Nessun'altra derivazione è verosimile”¹. Se ascoltiamo con attenzione questa riflessione e non dimentichiamo l'altra indicazione freudiana sul fatto che l'inconscio non conosce il tempo e lo spazio, ci inoltriamo in un campo metapsicologico in cui la topologia psichica s'intreccia con gli interstizi del Reale. Come dire: si abita solo ciò che investiamo psichicamente. Lo spazio è lo spazio dell'investimento. Per questo l'inconscio non conosce il tempo e lo spazio, non ha necessità di conoscerlo; lo spazio non esiste prima dell'inconscio, ma lo spazio è ciò che l'inconscio investe: è una proiezione dell'apparato psichico.

Ma qual è la funzione che istituisce l'apparato psichico stesso? Il *legame*. Lo spazio e il tempo sono le due categorie topologiche del legame, fuori di esse, direbbe Freud, rimane solo il processo primario.

Cosa rimane di irrappresentabile nel tessuto connettivo della soggettivazione? Il *trauma*. Trauma inteso, freudianamente, come afflusso eccessivo di eccitazione rispetto alla capacità del soggetto di dominare, legare l'intensità dell'evento.

Ce lo spiega bene Lolli nel ricordo che ci regala nell'esordio del libro: l'assenza occasionale della madre spinge il piccolo Franco in uno stato di vigilanza che comporta il ritiro dell'investimento, quindi del legame, dal mondo. L'attesa dell'oggetto di rassicurazione sospende il tempo e lo spazio; non dà risposta, per quanto immaginaria, alla domanda di senso.

¹ S. Freud, *Risultati, idee, problemi*, in *Opere*, vol. 11, Boringhieri, Torino 1978, p. 566.

Direbbe Blanchot: “Non rispondere o non ricevere risposta è la regola: ma questo non basta a porre fine alle domande. Quando però la risposta è l’assenza di risposta la domanda diviene a sua volta l’assenza di domanda (la domanda mortificata), la parola passa, fa ritorno a un passato che non ha mai parlato, passato di ogni parola. Per questo il disastro, per quanto nominato, non figura nel linguaggio”². I giocattoli, per il piccolo Franco, perdono senso, si riducono a infirmi pezzi di plastica: è, in quel momento, nello spazio del disastro, fuori dal linguaggio. Eccesso, trauma.

La domanda di assicurazione costituisce la malta della casa del soggetto; l’attivazione dello spazio come dimensione legata, come contenimento di ciò che permanentemente dispropria il soggetto. Casa, ciò che è proprio, assicurazione; il trauma, l’evento, l’eccesso ricondotto, attraverso l’illusione necessaria, al legame e perciò al linguaggio: poeticamente abita l’uomo.

E dove ciò non è possibile? E dove il trauma permane e non si fa dire? Dove il non-senso abita costantemente l’essere umano: nell’insufficienza mentale, che succede?

È forse questa l’angoscia che assilla i genitori dei soggetti affetti da insufficienza mentale: che succederà “Dopo di noi”. Dopo, perché nel prima, nell’adesso sono i familiari stessi che si fanno mediatori di senso e permettono, per quanto possibile al disabile psichico di abitare nello spazio dell’investimento dell’Altro. Vicarietà con la quale ogni operatore fa fatica a misurarsi; punto di partenza per sostenere il vuoto dell’altro all’interno di un possibile transfert.

Fenomenologia della dimora. “Concretamente, la dimora non si situa nel mondo oggettivo, ma il mondo oggettivo si situa rispetto alla mia dimora. Il soggetto idealista che costituisce a priori il suo oggetto e persino il luogo in cui si trova, non li costituisce, se si vuole essere precisi, ma appunto a cose fatte, dopo aver dimorato, come essere concreto, in esso andando al di là del sapere, del pensiero e dell’idea in cui soggetto vorrà, a cose fatte, racchiudere il fatto di dimorare che non ha misura come sapere”³.

La “mia dimora” articola il resto, è il contenitore che permette agli elementi diffusi della nostra percezione di raccogliersi in un

² M. Blanchot, *La scrittura del disastro*, SE, Milano 1990, p. 45.

³ E. Lévinas, *Totalità e infinito*, Jaka Book, Milano 1980, p. 156.

sapere. Fuori da questo la percezione rimanda inflessibilmente all'orrore del non senso. È Rilke che racconta nei *Quaderni di Malte Laurids Brigge*, questo farsi altro della percezione: “Basta voltarsi pochissimo, e di nuovo lo sguardo è al di là delle cose note e amichevoli, e il contorno che un attimo prima era ancora tanto consolatore si precisa come un bordo di orrore. Guardati dalla luce che fa più cavo lo spazio; non volgere gli occhi intorno, se forse un'ombra non si erga come un sovrano dietro il tuo capezzale. Meglio forse se tu fossi rimasto nell'oscurità e il tuo cuore illimitato avesse cercato di essere il cuore pesante di tutto l'indistinguibile. [...] O notte senza oggetti! O finestra che di fuori è opaca, o porte chiuse con cura! Norme di altri tempi, ereditate, convalidate, mai del tutto comprese. O silenzio nelle trombe delle scale, silenzio delle camere accanto, silenzio alto presso i soffitti”⁴.

Il silenzio, la solitudine, brandelli di esistenza che necessitano di una collocazione *semplicemente* affettiva; dalla prima traccia indelebile di un amore di un amore al limite dell'allucinazione dove il senso finge di aver un fondamento, e questo si fa invito per il soggetto a credere nella coerenza della buona forma.

“O madre: o tu, l'unica che ha sostituito tutto questo silenzio, una volta, al tempo dell'infanzia. Che lo prende su di sé, dice: non aver paura, sono io. Che a notte fonda ha il coraggio di essere questo silenzio per chi ha paura, chi muore di paura [...] sei tu la luce intorno alla cose consuete e amiche, che sono là senza intenzioni nascoste, buone, semplici, sincere. E se qualcosa si agita sulle pareti o fa un passo sulle tavole dell'impiantito: tu soltanto sorridi, sorridi, sorridi trasparente sullo sfondo chiaro nel volto impaurito di chi ti scruta, come se fosse una cosa sola con il più lieve rumore, come se con esso fosse d'accordo, partecipa dei tuoi segreti”⁵.

Il mistero che alberga nel cuore profondo delle cose acquisisce significato nel sorriso rassicurante della madre, che nella funzione di *revêrie* trasferisce significazioni insieme al latte che irrorà a spegnere il terrore senza nome del bambino.

La dimora è la pelle esterna di questo contenitore intrapsichico che *in primis* è la madre. Ecco perché la dimora è un dispositivo di

⁴ R.M. Rilke, *I quaderni di Malte Laurids Brigge*, Garzanti, Milano 1974, p. 56.

⁵ *Idem*.

controllo dell'angoscia e di riorganizzazione soggettiva del processo primario.

Come possiamo estendere questo aspetto ad una comunità di disabili e soprattutto di disabili gravi? Proprio dove ha fallito il sorriso della madre, laddove non v'era spazio per la rassicurazione, lì è indispensabile creare una dimora che possa permettere all'angoscia, liberamente fluttuante, di trovare un possibile argine. Argine che permetta agli oggetti bizzarri del pensiero, alle stereotipie apparentemente senza senso, di acquisire una propria collocazione. "Il ruolo privilegiato della casa non consiste nell'essere il fine dell'attività umana, ma nell'esserne la condizione e, in questo senso, l'inizio"⁶.

Questa è la sfida che rilancia Lolli nel suo libro: cercare, per persone disabili psichiche gravi istituzionalizzate da sempre, la possibilità di un nuovo inizio.

Un luogo per l'ascolto. "La nostra intenzione era quella di organizzare e programmare il funzionamento di un luogo riabilitativo nel quale provare a far sentire a casa coloro che vi avrebbero abitato; perché – era questa la nostra ipotesi – se ci si sente a casa, il mondo acquista un senso, le cose che ci sono intorno ci appaiono inoffensive, la routine rassicura sulla prevedibilità degli eventi, la stabilità dell'esperienza attenua l'ansia, la riduzione delle difese consente la possibilità di un maggior investimento sulle facoltà intellettive"⁷.

Il disabile si pone costitutivamente fuori dalla possibilità di articolare un progetto di vita: questo lo rende soggetto fragile e dipendente dai progetti degli altri. Esce dalla logica del desiderio, ne diventa margine scomodo, è ritenuto per questo esente dal desiderio, al massimo portatore di bisogni.

Questo lo rende, per un effetto di paradosso, muto, non solo perché spesso non parla, ma anche quando parla nessuno lo ascolta. Il desiderio del disabile, anche se espresso, rimane inascoltato e produce come eco un aggravamento del processo di alienazione. Siccome nessun Altro ascolta il disabile, egli rimane adesivo all'altro.

Ecco che creare un luogo preposto, anche, all'ascolto rende viva la vita del disabile, la disancora dalla mortificazione permanente.

⁶ E. Lévinas, *op. cit.*, p. 155.

⁷ F. Lolli, *Riabilitare l'inconscio*, ETS, Pisa 2012, p. 17.

Parlare perché “Del resto, ciò che più lo interessa in quel momento, mi pare, non è dirmi qualcosa ma parlarmi. Vuole parlarmi, vuole *rivolgermi la parola* anche se – e ogni giorno che passa, sempre più me ne convinco – ciò che ha da dirmi non conta più di tanto –, o, perlomeno, non sempre. [...] Questo suo sforzo di parlarmi lo rende molto simile a me. Sento in lui un’umanità imprigionata, sofferente, che scalpita per potersi esprimere. Lui vuole avere uno scambio con me, so che lo interessa. Ma i suoi mezzi sono scarsi, goffi, esagerati, a volte persino fastidiosi”⁸.

Dal perturbante al familiare. In *Al di là del principio di piacere*, Freud lega la dimensione del trauma alla nozione di coazione a ripetere, lì, in quel non luogo, c’è qualcosa di non risolto a cui l’essere umano è costretto a ritornare sistematicamente. Questa indicazione non può che rimandare al saggio sul *Perturbante*, dove dice “[...] sarà avvertito come elemento perturbante tutto ciò che può ricordare questa profonda coazione a ripetere”. La stereotipia del disabile psichico rinvia potentemente a una passività ulteriore la coazione a ripetere.

Se già nella coazione a ripetere s’insinua l’angoscia di essere imprigionato in una costrizione che diventa inevitabilmente costruzione, nella stereotipia il disabile abita una passività dove non riesce mai ad allontanarsi da qualcosa di non consumato, dove il linguaggio non permette di assimilare l’estraneo.

Possiamo dire, estremizzando, che la stereotipia è il fare casa del disabile. Al di là della coazione la stereotipia: l’estremo tentativo di padroneggiare un dominio che sfugge sempre alle proprie azioni e alle proprie intenzioni. Come dice Lolli: “In effetti, come l’esperienza ci insegna, il disabile mentale sembra *vivere in due scene diverse*. In una ci siamo noi; in questa ci parla, esige la nostra attenzione, ricerca il nostro desiderio, vuole che gli confermiamo il suo ‘esserci’. Nell’altra, è preso da pensieri che noi non possiamo conoscere. Ne possiamo solamente supporre l’esistenza; possiamo ipotizzare che nell’altra dimensione egli abbia a che fare con questioni che lo costringono a disinteressarsi a quanto, fino a un momento prima, sembrava così indispensabile”⁹.

⁸ *Ibidem*, p. 24.

⁹ *Ibidem*, p. 32.

In questo l'operatore, se ascolta l'oscillazione tra le due scene, si fa testimone della presenza del disabile, e promuove costantemente un'operazione di significazione; di riconduzione del perturbante al familiare.

“Questo lavoro di ricerca sul senso soggettivo della sintomatologia della persona con disabilità mentale richiede, sul versante dell'operatore, una raffinata capacità di tollerare un tempo di incertezza e di sospensione, che è quello in cui l'incomprensibilità dell'agito sembra impedire ogni possibilità di relazione efficace”¹⁰.

È nel parlare, in un parlare che non implica necessariamente il comunicare, che la Casa che in questo libro racconta Lolli si fonda. Il fare Casa implica l'inesausto tentativo di credere che nelle parole del disabile, parole che rinviano l'operatore al perturbante, si possa trovare, con una logica freudiana inversa, il familiare.

“Il fatto è che parlare fa bene. L'attività del parlare è, in una qualche misura, sganciata dalla necessità di farsi comprendere; lo verificiamo tutti noi quando, in presenza di un interlocutore che non parla la nostra lingua, non ci riduciamo certamente ad uno sconcolato silenzio, ma continuiamo a parlare, magari accompagnando la nostra parola con gesti che speriamo suppliscano alla difficoltà comunicativa, magari parlando più lentamente o, addirittura, senza alcuna ragione, alzando il tono e il volume della voce. Cioè, si parla perché non parlare fa male; si parla anche se l'altro non ci capisce; si parla perché la presenza della parola rende più umana l'esperienza che si sta vivendo”¹¹.

Pier Giorgio Curti

¹⁰ *Ibidem*, p. 64.

¹¹ *Ibidem*, p. 87.

INTRODUZIONE

Sono dietro il vetro della finestra del soggiorno. Guardo sconsolato in strada, nella speranza di vedere apparire da un momento all'altro la figura di mia madre. Non riesco a stare da nessun'altra parte. Sono incollato lì, a fissare una scena che vorrei poter cambiare. Vorrei che tornasse a casa, ora. Lei è uscita per fare delle compere. Forse è la prima volta che succede. Devo avere tre anni, al massimo quattro. Sono rimasto da solo in casa; o forse, più probabilmente, c'è mia nonna. Ma per me, stare senza mamma è come stare solo. La casa, se lei non c'è, non è più la mia casa; non mi è più familiare, non la riconosco, non mi sento protetto. Tutto mi appare estraneo. La mia casa è lei. La mia casa è la sua presenza, il conforto che mi dà il suo sguardo.

Il suo amore per me colora il mondo che mi circonda; senza di lei, tutto sbiadisce, tutto diventa grigio. L'aspetto con ansia. Penso che non ce la farò mai a starle lontano. Mi sento in trappola. Immaginarci capace di sopravvivere alla sua assenza è ancora impensabile; ci vorranno anni perché il semplice figurarmi un'evenienza del genere finisca di paralizzarmi completamente. Sono immobile dietro il vetro appannato dal mio respiro. Che fine farò? Che mi succederà se lei non torna? Dove troverò quella sensazione di quiete che solo la sua vicinanza discreta e distratta mi assicura? Ed ecco che la vedo spuntare in fondo alla strada. Sta tornando. Sono salvo. Il cuore mi batte per un'emozione che prende tutto il mio corpo. Vorrei correrle incontro e ringraziarla per non essere scomparsa. Il soggiorno riprende il suo aspetto solito. Tutto risente della gioia per una promessa mantenuta: "torno presto, Franco", mi aveva detto uscendo. È così. È tornata, anche se mi sembra che sia passata un'eternità dal momento in cui è uscita. Posso tornare a sedermi sul divano. Posso riprendere i miei giochi preferiti. Sono nuovamente i

miei giochi, quei soldatini che fino a un momento prima guardavo gettati sul tappeto come semplici pezzi di plastica; insignificanti, privi di qualunque attrattiva. Ma la certezza del ritorno di mia madre, ora, restituisce loro il valore solito. Devo sbrigarmi. Mamma non deve accorgersi della mia angoscia. Devo farle vedere che sono stato tranquillo. La porta si apre. "Ciao. Hai visto che sono tornata subito!" Sì, mamma. Sei tornata. Grazie.

La casa dell'uomo non è fatta di mura. La casa dell'uomo è l'Altro. Noi tutti abitiamo il luogo dell'Altro. Sin dal concepimento. Il grembo materno è la nostra prima dimora. Veniamo all'esistenza dentro il corpo dell'Altro. E quando ne usciamo, entriamo in un altro corpo, quello del Linguaggio, quello in cui, se abbiamo fortuna, facciamo l'incontro fondamentale per la nostra vita: il desiderio dell'Altro. La mia casa, allora, è l'universo del desiderio che mi accoglie. Mi sento a casa nella misura in cui, qualunque e comunque sia lo spazio fisico che occupo e il luogo che abito, c'è qualcuno a dirmi che sono proprio io colui che aspettava. La mia casa è il desiderio dell'Altro.

La casa è il nome che abbiamo voluto dare ad una piccola struttura residenziale pensata per ospitare adulti con insufficienza mentale medio-grave e problematiche psico-comportamentali rilevanti. Tredici persone, tutte provenienti da lunghi anni di istituzionalizzazione, allontanati precocemente dai rispettivi nuclei familiari, cresciuti all'interno di ospedali, sanatori, orfanotrofi, istituti di riabilitazione. Abbiamo cercato di dare alla nuova struttura un aspetto gradevole ed esteticamente soddisfacente; pareti colorate con gusto, arredi in legno, illuminazione rilassante, tende alle finestre, angoli relax, tutto ciò che potevamo fare per rendere un'ala di una vecchia struttura ospedaliera dei primi del '900 il più possibilmente simile ad "un appartamento", ad una casa, ad una generica abitazione per famiglia, l'abbiamo fatto. Il risultato lo giudica chi viene a visitarci. Del resto, però, non era questo ciò che più ci interessava. Non perché non riteniamo importante la cura dell'ambiente in cui si vive. Anzi. Abbiamo voluto utilizzare criteri 'estetici' nella scelta degli arredi, liberandoci dall'ossessione medico-riabilitativa della ricerca della pura funzionalità degli oggetti. Letti poco maneggevoli per l'esecuzione delle pratiche di igiene quotidiana sono stati preferiti

ai più efficienti ma inquietanti letti in ferro. Tavoli in legno dalle forme più diverse, ai piani d'appoggio più semplici da pulire e da conservare. E così via. Ma il nostro intento non era quello di creare una *Disneyland* del ritardo mentale. Lo sforzo di strutturare un luogo esteticamente appagante è stato motivato da una considerazione che teneva conto non tanto dei possibili effetti sui pazienti – in realtà, ancora non ci rendiamo conto se abbiamo o meno apprezzato uno sforzo del genere – quanto degli effetti su chi avrebbe lavorato al suo interno. Creare un ambiente confortevole per l'operatore era considerato da noi fondamentale. Uno spazio bello, accogliente, nel quale entrare con piacere, che procura sensazioni positive è, infatti, un elemento imprescindibile nel progetto riabilitativo; l'operatore che frequenta un luogo che percepisce come fortemente 'investito' – anche a livello della cura dell'ambiente – si sente chiamato ad essere all'altezza del luogo. Il degrado, l'incuria e lo sfascio non possono diventare così alibi utilizzati per giustificare lo scarso impegno. Vivere nel bello, inoltre, educa, responsabilizza, stimola. Era nostro dovere, pertanto, assicurare a coloro che avrebbero prestato servizio in un'unità altamente problematica un *comfort* ambientale che ritenevamo capace di smorzare ed attenuare l'impatto traumatico dell'incontro con un gruppo di persone profondamente disturbate. Credevamo che l'ambiente, in altre parole, avrebbe dovuto essere il primo partner dell'operatore; che la gradevolezza degli spazi avrebbe dovuto sostenerlo e rassicurarlo.

La nostra intenzione era quella di organizzare e programmare il funzionamento di un luogo riabilitativo nel quale provare a far sentire a casa coloro che vi avrebbero abitato; perché – era questa la nostra ipotesi – se ci si sente a casa, il mondo acquista un senso, le cose che ci sono intorno ci appaiono inoffensive, la routine rassicura sulla prevedibilità degli eventi, la stabilità dell'esperienza attenua l'ansia, la riduzione delle difese consente la possibilità di un maggior investimento sulle facoltà intellettive.

Un compito arduo, come si potrà immaginare; una sfida spregiudicata, un pò ingenua, all'apparenza – tenuto conto degli anni di ospedalizzazione dei pazienti e della condizione di 'cronicità' che li contraddistingueva. Far sentire a casa persone che a casa non erano mai state e che avevano vissuto decine di anni in camerate trasformate poi in camere; un progetto che richiedeva la messa a punto di una idea precisa sul come muoverci.

Ebbene, il punto di partenza è stato proprio la convinzione che ci si senta a casa nella misura in cui c'è l'Altro che fa spazio, nella misura in cui c'è l'Altro che dà un posto. Ma attenzione, non si tratta, come a prima vista potrebbe sembrare, di una deriva romantica o di una degenerazione sentimentale; dire che la casa del soggetto è l'Altro è, come ho tentato di spiegare in apertura, un fatto di struttura, una necessità dell'essere umano. Mi sento a casa quando l'Altro mi vuole accanto a sé: se è così, allora, posso trovarmi in qualunque posto ma la sensazione di familiarità che proverò nei confronti del mondo, di ciò che mi circonda, di ciò che sto vivendo, ebbene quella sensazione di familiarità è assicurata. Ed è tale sensazione di intimità con la realtà che mi permette di sviluppare le mie capacità e le mie potenzialità; posso addentrarmi in essa senza paura, cercando di scoprire i suoi segreti. Posso incuriosirmi dei suoi enigmi e interessarmi al suo funzionamento. In caso contrario – e le osservazioni di Renè Spitz sui bambini ospedalizzati e istituzionalizzati lo confermano in maniera indiscutibile – tutte i miei sforzi e le mie energie si dirigeranno verso la semplice sopravvivenza, nei casi più gravi, verso la chiusura autistica di fronte al pericolo e alla morte.

Dunque, porsi l'obiettivo di far sentire il paziente a casa ha significato innanzitutto pensare a come garantire la presenza di un Altro capace – attraverso la più efficace arma terapeutica a sua disposizione: il desiderio – di evocare un tale effetto. Centrale, pertanto, non è stata la programmazione di tecniche, progetti e interventi specialistici super raffinati e ultra tecnologici – tutte espressioni della compulsione contemporanea a riempire di uno sterile sapere specialistico i luoghi di cura per disabili – ma preparare l'operatore a svolgere la sua funzione. Egli, infatti, è "l'arredo" più importante della casa del disabile. È la sua mente che lo pensa la vera casa del paziente. Il disabile intellettivo, infatti, abita primariamente nel pensiero dell'operatore. Supervisioni, discussioni di casi, riunioni d'equipe, osservazioni cliniche, colloqui con colleghi; l'autentico atto di fondazione della *casa* ha coinciso con la programmazione di momenti in cui gli operatori sono stati chiamati a parlare dei nuovi pazienti. Perché è la loro parola che, in fondo, li fa esistere. I nostri pazienti, assai spesso, non esistono per altri. Il che non vuol dire che non ci siano persone che se ne occupino. Ma *occuparsi di* non basta. Occorre garantire l'esistenza del paziente come soggetto considerante e non semplicemente bisognoso. Quando qualche parente

viene, raramente peraltro, a trovare il proprio caro che abita nella *Casa*, ci sembra che abbia di lui un'idea di un essere che si soddisfa nel ricevere qualche regalo o nello scambiare qualche parola. Ma, come sappiamo bene, non basta *parlare con* o *parlare a*; ciò che conta è, anche, che ci sia qualcuno che *parli di*. Perché questo *parlare di* testimonia la presenza di un desiderio che fa esistere colui di cui si parla anche nel momento della sua assenza – il che è il segno più evidente di un avvenuto e stabile riconoscimento. *Parlare di* è l'attività che compie chiunque si senta preso emotivamente dall'altro. La mamma di suo figlio, l'amante del suo amato, il maestro dei suoi alunni; *parlare di* istituisce il soggetto *parlato* come oggetto di desiderio e soggetto desiderante. Se, al contrario, il soggetto non è *parlato*, allora è a rischio la sua stessa esistenza.

Parlare di ha voluto dire, all'inizio della nostra avventura, tentare di ricostruire una storia delle persone, laddove le storie dei disabili intellettivi troppo spesso si riducono a diario clinico e la complessità delle loro espressioni esistenziali a manifestazioni della loro malattia. Ricostruire la storia non è tanto e solo un fatto di *memoria* intesa come ricostruzione del passato – per giunta, non sempre possibile – ma costruzione di un racconto – anche attuale – nel quale potersi inserire. Come a dire: Emanuela non sbatte le finestre, urla e lancia oggetti in giro per la *Casa* perché “sta avendo una crisi” o perché “stanno per tornargli le mestruazioni”, ma perché non sopporta sentir gridare Pino. Il che sembra banale, ma non lo è. Sganciare l'interpretazione dei fenomeni comportamentali da spiegazioni che rinviano esclusivamente alla presunta inferenza della patologia significa introdurre il soggetto in una dimensione di senso – in una *scena*, direbbe Lacan¹ – ovvero, in una concatenazione significativa di eventi che lo inscrivono a pieno titolo nel registro del simbolico. *Parlare di* vuol dire sforzarsi di comprendere ciò che il paziente fa o dice a suo modo, con i suoi sintomi, con le sue difficoltà; vuol dire cercare un significato nell'atto apparentemente incomprensibile del paziente, supponendo che questo ci sia. È questa supposizione – frutto di un desiderio deciso – che attribuisce all'atto una intenzionalità che, forse, non era altrimenti verificabile.

¹ Rinvio il lettore interessato ad una più approfondita riflessione sul tema in questione al mio libro *Percorsi minori dell'intelligenza. Saggio di clinica psicoanalitica dell'insufficienza mentale*. Franco Angeli, Milano 2008, pp. 119-121.

Come vedremo meglio in seguito, è la parola che crea la cosa; dunque, la parola dell'operatore, spesa con i suoi colleghi, lavorata nelle riunioni d'equipe, raffinata da discussioni di clinica, raggiunge ineluttabilmente il paziente e lo nutre di senso. Essa costruisce le pareti entro le quali il paziente può stabilirsi e "stabilizzarsi". Dentro di esse, il paziente è a casa. E gli effetti non mancano.

Il desiderio dell'operatore è una forza che non si vede, che non si può descrivere, che non si può quantificare. Parlarne rischia di far precipitare la discussione nell'ineffabile dello psicologismo. Ma dobbiamo tener presente il fatto che nel campo della realtà, non tutto è visibile. Esistono cose che non si vedono; questo è un dato di esperienza che non va confuso con deliri metafisici. Ne dà una bella e suggestiva descrizione Guy de Maupassant all'interno di un suo racconto – *Horlà* – nel quale il protagonista, angosciato dalla presenza di un'entità in casa, si rivolge ad un vecchio monaco interrogandolo sulla possibile esistenza di spiriti. Alle sue incalzanti domande, il saggio risponde: "Forse che noi vediamo la centomillesima parte di ciò che esiste? Per esempio, il vento, che è la più grande forza della natura, che atterra gli uomini, abbatte gli edifici, sradica gli alberi, solleva il mare in montagne d'acqua, distrugge le scogliere e scaglia sul frangente le grandi navi: il vento che uccide, che sibila, geme, muggisce... l'avete visto voi, e potete vederlo? Eppure esso esiste"².

Bene, il desiderio dell'operatore, quello che edifica la casa del disabile, quello che può incidere in profondità nella vita del suo paziente, che è capace di vitalizzarlo o, al contrario, di cadaverizzarlo, ebbene il desiderio dell'operatore è come il vento: potente e invisibile. Ma la sua invisibilità non nega la sua esistenza né la sua forza.

Questo libro è stato scritto mettendo insieme appunti, annotazioni, intuizioni e riflessioni, considerazioni tutte legate all'esperienza vissuta negli ultimi anni all'interno della *Casa*. Clinica e teoria si intersecano di continuo; le osservazioni sul singolo caso stimolano approfondimenti teorici e formulazioni di ipotesi di lettura così come concetti psicoanalitici di base orientano l'interpretazione di fatti e fenomeni rilevati nella pratica. Ne vien fuori un percorso di scrittura che alterna stili diversi, tenuti insieme – mi auguro – dalla

² G. de Maupassant, *Racconti fantastici*, Mondadori, Milano 2011, p. 175.

costante attenzione al dettaglio clinico ed alla ripercussione che il dato particolare impone all'universale della teoria. Lo sforzo nel riunire e nel comporre in maniera unitaria frammenti di pensieri, frutto di riunioni di equipe, di colloqui con pazienti e di conversazioni con gli operatori della *Casa* è stato quello di provare a liberare il paziente insufficiente mentale dalle maschere che abitualmente indossa per evitare di affrontare le conseguenze del sapere. Non sempre questa operazione è stata possibile. In alcuni casi, infatti, la maschera sembra incollata al volto, come fusa ad esso, come ad impedire una eventuale distinzione; sono i casi più gravi, i casi nei quali la profondità della lesione organica fa aderire la maschera al volto in maniera totale. Ma l'esperienza che abbiamo fatto nella *Casa* è che, per quanto la maschera possa coincidere con il volto stesso, è altrettanto vero che, in passaggi particolari della vita comunitaria, in alcuni momenti irripetibili, un brillio insospettato e sorprendente nello sguardo imprigionato dalla maschera può improvvisamente apparire, come a ricordarci che la soggettività del disabile intellettivo non può e non deve mai essere esclusa a priori. Effetti di sorpresa. Parentesi temporanee di 'connessione' possibile, che ci hanno dato la misura della necessità di insistere nel nostro proposito di scommettere su una 'presenza' laddove la cartella clinica sentenza il contrario. "Nel caso di molti bambini con leggero handicap secondario, c'è un essere intatto che attende, dietro i movimenti convulsi, dietro le parole pronunciate con toni gutturali, dietro il 'come va?' e dietro i sorrisi di compiacenza – un essere intatto che attende che lo si riconosca in quanto tale"³.

³ V. Sinason, *Le handicap secondaire et ses rapports avec le traumatisme*, in *La vie psychique des personnes handicapées. Ce qu'elles ont à dire, ce que nous avons à entendre*, érès Edition, Toulouse 2009, p. 222.